

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายวัฒน์ชัย จรุงวรธรรมะ

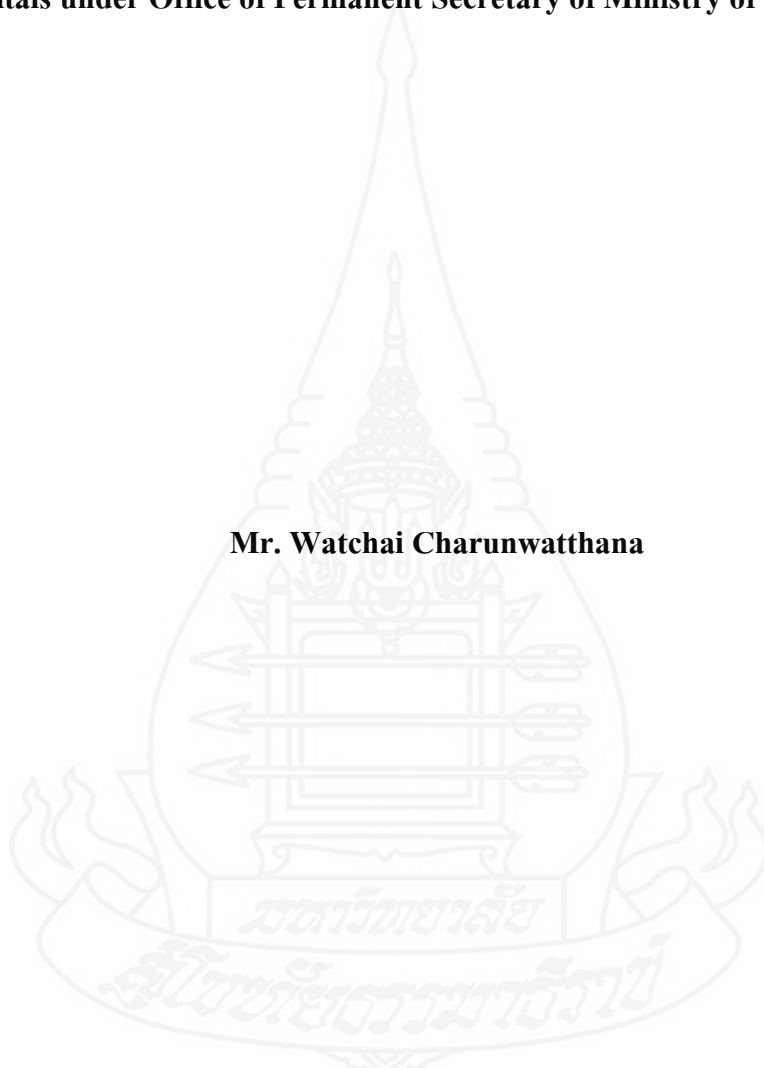


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารรัฐกิจ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2554

**Factors Affecting Continuous Quality Improvement Implementation in Public
Hospitals under Office of Permanent Secretary of Ministry of Public Health**

Mr. Watchai Charunwatthana



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

School of Management Science

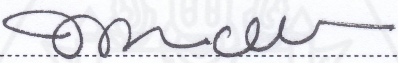
Sukhothai Thammathirat Open University

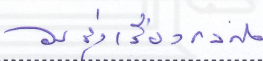
2011


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อและนามสกุล นายวัฒน์ชัย จรุงวรธรณะ
แขนงวิชา บริหารรัฐกิจ
สาขาวิชา วิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ
2. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ธนวิบูลย์ชัย

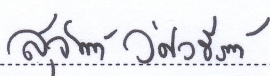
วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2555

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ธนวิบูลย์ชัย)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิศวกรรมนท์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัย นายวัฒน์ชัย จรุงวรรณนะ รหัสนักศึกษา 2493006692 **ปริญญา** รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ (2) รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ธนวิบูลย์ชัย

ปีการศึกษา 2554

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2) ระดับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรในโรงพยาบาล (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 829 คน โดยมีขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 292 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามชนิดให้เลือกตอบ และแบบสอบถามปลายเปิด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า (1) การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลศูนย์อยู่ในระดับมาก ในขณะที่โรงพยาบาลอื่น ดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง (2) ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรของโรงพยาบาลในภาพรวมและทุกประเภท ดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในภาพรวม ได้แก่ ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร และด้านการควบคุม โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ ร้อยละ 41.6 ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาแยกประเภทโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการวางแผน และด้านการนำองค์กร โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ ร้อยละ 46.8 ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการจัดองค์กร และด้านการควบคุม โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ ร้อยละ 41.0 ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น 2) ควรมีการสำรวจความต้องการ โดยเฉพาะ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) ควรมีการทบทวนผลการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะร่วมกับสายงาน/วิชาชีพ 4) ควรส่งเสริมให้เกิดการทบทวนผลการปฏิบัติงาน โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และนำผลการทบทวนเหล่านั้นมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ

คำสำคัญ การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร

Thesis title: Factors Affecting Continuous Quality Improvement Implementation in Public Hospitals under Office of Permanent Secretary of Ministry of Public Health

Researcher: Mr. Watchai Charunwatthana; **ID:** 2493006692;

Degree: Master of Public Administration;

Thesis advisors: (1) Dr. Waraporn Rungreungkolkich, Associate Professor;
(2) Dr. Jintana Thanavibulchai, Associate Professor; **Academic year:** 2011

Abstract

The objectives of this study were to (1) determine the level of continuous quality improvement implementation in public hospitals and (2) determine the level of organization management in public hospitals (3) determine factors affecting continuous quality improvement implementation in public hospitals under Office of Permanent Secretary of Ministry of Public Health, Ministry of Public Health.

The study population consisted of 829 personnel of the public hospitals who are responsible for hospital quality management; 292 of which were study sample and obtained by stratified sampling. The tools used were checklist and open-ended questionnaires. Statistical tools employed were frequency, percentage, means, standard deviation and results of multiple regression analysis.

The results showed the following. (1) Continuous quality improvement implementation of regional hospitals is at the high level, while other types of hospitals are at moderate level. (2) Level of organization management for overall and each type of hospitals are at the high level. (3) The organization management process of planning, organizing and control predicted the level of continuous quality improvement implementation for all public hospitals with predictability of 43.3% at 5 percent level of significance. According to hospital type, the organization management process of planning and leading predicted the level of continuous quality improvement implementation for all general and regional hospitals with predictability of 46.8% at 5 percent level of significance and the organization management process of organizing, and controlling predicted the level of continuous quality improvement implementation for community hospitals with predictability of 41.0% at 5 percent level of significance. Recommendations from this study for continuous quality improvement implementation were the following 1) hospital managers should promote patient participation in quality improvement process; 2) survey for patient need and requirement especially stakeholder; 3) performance review with relevant professionals 4) performance review by evidence-based analysis for quality improvement process.

Keywords: Continuous quality improvement implementation, Organization management

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก
รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์
ดร.จินตนา ธนวิบูลย์ชัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ให้คำแนะนำการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้เป็นอย่างดี
จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงเรียบร้อยสมบูรณ์ รวมถึงศาสตราจารย์ ดร.นพ.พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล ที่
ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ
นพ.นพพร ชื่นกลิ่น รองอธิบดีกรมควบคุมโรค และดร.นพ.ภานุวัฒน์ ปานเกตุ ผู้อำนวยการสำนัก
โรคไม่ติดต่อ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความ
กรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

วัฒน์ชัย จรุงวรธนะ

กรกฎาคม 2555



สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดการบริหารจัดการองค์กร	10
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	18
การดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	35
- การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลในต่างประเทศ	35
- การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลในประเทศไทย	50
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	69
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	75

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล	76
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	76
ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.....	79
ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กร.....	91
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.....	101
ตอนที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการและการดำเนินการพัฒนา คุณภาพ.....	103
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	108
สรุปการวิจัย	108
อภิปรายผล	112
ข้อเสนอแนะ	119
บรรณานุกรม	123
ภาคผนวก	130
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	131
ข แบบสอบถาม.....	133
ค การทดสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	141
ง การทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	145
ประวัติผู้วิจัย.....	149

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1	องค์ประกอบเกณฑ์รางวัลคุณภาพมาตรฐานต่างๆ.....	40
ตารางที่ 2.2	ตัวชี้วัดปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรและเอกสารอ้างอิง.....	63
ตารางที่ 3.1	จำนวนประชากรและขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามประเภท โรงพยาบาล.....	70
ตารางที่ 4.1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและเป็นผู้รับผิดชอบงาน การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.....	76
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องแยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	79
ตารางที่ 4.3	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องแยกรายด้าน.....	80
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องด้านนโยบายและกลยุทธ์แยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	81
ตารางที่ 4.5	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องด้านนโยบายและกลยุทธ์แยกรายตัวชี้วัด.....	82
ตารางที่ 4.6	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยแยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	83
ตารางที่ 4.7	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยแยกรายตัวชี้วัด.....	84
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องด้านการควบคุมมาตรฐานแยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	85
ตารางที่ 4.9	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องด้านการควบคุมมาตรฐานแยกรายตัวชี้วัด.....	86
ตารางที่ 4.10	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์แยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	87
ตารางที่ 4.11	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์แยกรายตัวชี้วัด.....	88
ตารางที่ 4.12	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่องด้านการปรับปรุงกระบวนการแยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	89

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.13	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่งด้านการปรับปรุงกระบวนการแยกรายตัวชี้วัด.....	90
ตารางที่ 4.14	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ องค์กรในภาพรวมแยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	91
ตารางที่ 4.15	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ของโรงพยาบาลในแต่ละด้าน.....	92
ตารางที่ 4.16	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการวางแผนแยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	93
ตารางที่ 4.17	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการวางแผนแยกรายตัวชี้วัด.....	94
ตารางที่ 4.18	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการจัดองค์กรแยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	95
ตารางที่ 4.19	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการจัดองค์กรแยกรายตัวชี้วัด.....	96
ตารางที่ 4.20	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการนำองค์กรแยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	97
ตารางที่ 4.21	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการนำองค์กรแยกรายตัวชี้วัด.....	98
ตารางที่ 4.22	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการควบคุมแยกตามประเภทโรงพยาบาล.....	99
ตารางที่ 4.23	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยกระบวนการบริหารจัดการ ด้านการควบคุมแยกรายตัวชี้วัด.....	100
ตารางที่ 4.24	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในภาพรวม.....	102
ตารางที่ 4.25	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป.....	102
ตารางที่ 4.26	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาลชุมชน.....	103

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.27 ค่าความถี่ของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติเกี่ยวกับปัจจัยการ บริหารจัดการองค์กร.....	104
ตารางที่ 4.28 ค่าความถี่ของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับกระทรวง สาธารณสุข.....	105
ตารางที่ 4.29 ค่าความถี่ของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง.....	107



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
ภาพที่ 4.1 ระดับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวมและจำแนกรายด้าน.....	81
ภาพที่ 4.2 ระดับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร โดยภาพรวมและจำแนกรายด้าน.....	92



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากความพยายามในการปฏิรูประบบราชการตั้งแต่ในอดีต จนกระทั่งในปี 2541 ได้มีการประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2541 กำหนดให้มีคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการขึ้นมาชุดหนึ่ง ต่อมาได้โอนความรับผิดชอบมาให้สำนักคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ หรือ ก.พ.ร. ซึ่งได้กำหนดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาระบบราชการไทยในช่วง พ.ศ. 2546-2550 คือ “พัฒนาระบบราชการไทยให้มีความเป็นเลิศ สามารถรองรับการพัฒนาประเทศในยุคโลกาภิวัตน์ โดยยึดหลักธรรมาภิบาล และประโยชน์สุขของประชาชน” และมีการกำหนดเป้าประสงค์หลักไว้ 4 ประการ ได้แก่ พัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนที่ดีขึ้น (Better Service Quality) ปรับบทบาท ภารกิจและขนาดให้มีความเหมาะสม (Rightsizing) ยกกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานให้อยู่ในระดับสูงและเทียบเท่าเกณฑ์สากล (High Performance) และเพื่อตอบสนองต่อการบริหารและปกครองในระบอบประชาธิปไตย (Democratic Governance) กลยุทธ์หนึ่งที่น่าสนใจเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว ได้แก่ การปรับเปลี่ยนกระบวนการและวิธีทำงาน โดยนำระบบการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการและการพัฒนาองค์กร รวมทั้งให้เกิดความรวดเร็ว สะดวก และเสริมสร้างความพึงพอใจแก่ประชาชนผู้รับบริการ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2546)

ในภาคราชการเอง ก็ได้พยายามพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการและพัฒนาองค์กร โดยได้นำแนวคิด เทคนิควิธีการต่างๆ มาใช้ในการบริหารและปฏิบัติราชการ ได้แก่ ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (Key Performance Indicators : KPI) การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management : TQM) การกำหนดมาตรฐานอ้างอิง (Benchmarking) การรีออกแบบ (Business Process Reengineering : BPR) และการวัดผลดำเนินงานแบบสมดุล (Balanced Scorecard : BSC) (วารสาร รุ่งเรืองกิจการ, 2548: 318)

นอกจากบทบาทหน้าที่และภารกิจในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพมาตรฐานการให้บริการประชาชนแล้ว คุณภาพการให้บริการ ยังเป็นสิ่งที่ทำให้องค์กรมีขีดความสามารถในการ

แข่งขันสูงขึ้น (Omachonu and Ross, 2004: 451-2) นอกจากนี้ ในกรณีที่ต้องมีการมีคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน เพิ่มผลผลิต เพิ่มส่วนแบ่งการตลาด ส่งผลให้องค์กรมีผลกำไรมากขึ้นและอยู่รอดในธุรกิจได้ (วารสาร รุ่งเรืองกลกิจ, 2548: 319-20)

การให้บริการดูแลสุขภาพ ก็เป็นบริการสาธารณะอีกประเภทหนึ่งที่มีความสำคัญที่หน่วยงานภาครัฐจะต้องให้บริการประชาชนอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาคุณภาพการให้บริการดูแลสุขภาพ ได้นำแนวคิดของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (TQM/CQI) มาใช้ในการบริหารจัดการให้เกิดการส่งมอบบริการที่มีคุณภาพให้แก่ผู้มารับบริการ โดยมีเป้าหมายให้องค์กรมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องของกระบวนการทั่วทั้งองค์กร ทั้งกระบวนการสนับสนุนและกระบวนการให้บริการแก่ผู้มารับบริการโดยตรง เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากเศรษฐกิจ สถานะทางสังคมและการศึกษาที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังต้องตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลง เช่น ภาวะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สังคมที่มีแนวโน้มไปสู่สังคมที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว โรคภัยไข้เจ็บอุบัติใหม่ต่างๆ ที่รักษายาก มลภาวะ ภัยจากการก่อการร้าย และภัยธรรมชาติต่างๆ (Shortell and Kaluzny, 2006: 8-9)

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2524 และได้ดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มาใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 แต่ก็มีโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยในปัจจุบัน มีเพียง 73 แห่งจากจำนวนทั้งหมด 829 แห่ง ในขณะที่ผ่านขั้นที่ 1 จำนวน 341 แห่ง ผ่านขั้นที่ 2 จำนวน 331 แห่ง และอยู่ระหว่างการพัฒนาและรับรองซ้ำอีกจำนวน 84 แห่ง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโรงพยาบาลจะผ่านการรับรองคุณภาพแล้ว ก็ยังมีการร้องเรียนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

จากการที่โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลเหล่านั้น ยังไม่สามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องเพียงพอ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการผ่านการรับรองคุณภาพ ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการวางแผน มีส่วนสำคัญต่อทิศทางการดำเนินงานขององค์กร เพื่อมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม (Dlugacz et al., 2004; Hardee and Gould, 1993;

Badri and Devis, 1995; Powell, 1995; Omachonu and Ross, 2004; Rad, 2005) ปัจจัยด้านการจัดองค์กร มีผลต่อโครงสร้างขององค์กร เพื่อจัดให้หน่วยงานย่อยภายในองค์กรและบุคลากรรองรับต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ (Badri and Devis, 1995; Lammers et al., 1996; Nwabueze and Kanji, 1997; Wagar and Rondeau, 1998; Lee et al., 2002; Anthony et al., 2002; Rad, 2005; Wardhani et al., 2009) ปัจจัยด้านการนำองค์กร มีผลทำให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพบังเกิดผลในทางปฏิบัติและดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง (Powell, 1995; Shortell et al., 1995; Lammers et al., 1996; Nwabueze and Kanji, 1997; Wagar and Rondeau, 1998; Tamimi, 1998; Kaye and Anderson, 1999; Anthony et al., 2002; Omachonu and Ross, 2004; Dlugacz et al., 2004; Rad, 2005; Wardhani et al., 2009; องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ, 2540; วรรณภา อุ่นยิ่งเจริญ, 2548) และปัจจัยการควบคุม ซึ่งมีผลทำให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพขององค์กรบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ((Shortell et al., 1995; Badri and Devis, 1995; Powell, 1995; Omachonu and Ross, 2004; Kelly and Johnson, 2006; Nwabueze and Kanji, 1997; Kaye and Anderson, 1999; Rad, 2005)

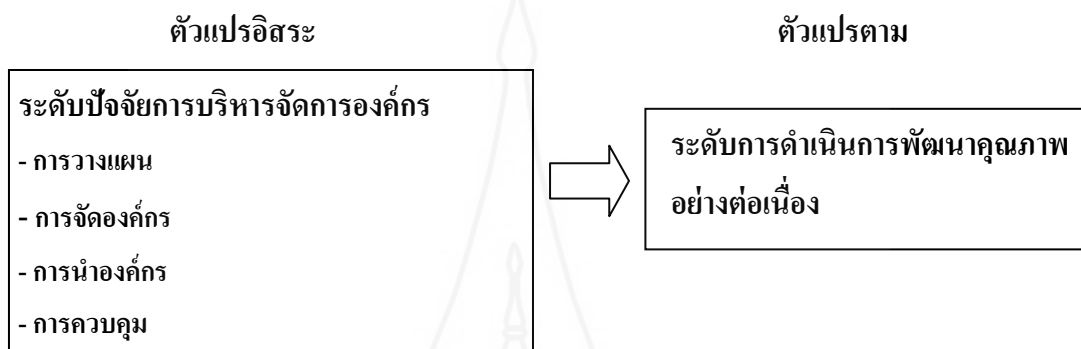
จากการที่ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรเหล่านี้ มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงเห็นว่า จะสามารถนำผลที่จะได้จากการศึกษาการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการดังกล่าว นั้น ไปใช้ประโยชน์เป็นข้อเสนอแนะในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพสำหรับโรงพยาบาล ที่ยังไม่ได้รับการรับรองคุณภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาระดับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 2.2 เพื่อศึกษาระดับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรใน โรงพยาบาล
- 2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร และตัวแปรตาม คือ การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

4. สมมติฐานของการวิจัย

- 4.1 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
- 4.2 ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
- 4.3 ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการนำองค์กร และด้านการควบคุม มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล

5. ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตการวิจัยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการดังกล่าว

5.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.2.1 ประชากร คือ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ จำนวน 829 แห่ง

5.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่มแบบ Multi-stage random sampling ทั้งหมดจำนวน 265 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเปิดตารางเครชชีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan)

5.3 ขอบเขตด้านตัวแปร

5.3.1 ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร 4 ด้าน ได้แก่

- 1) การวางแผน (Planning)
- 2) การจัดองค์กร (Organizing)
- 3) การนำองค์กร (Leading)
- 4) การควบคุม (Controlling)

5.3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

6. ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ถือเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพต่างๆ ตามสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานได้ดำเนินการวางแผนและปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการให้บริการผู้ป่วยและกระบวนการสนับสนุนของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบายและกลยุทธ์ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ และด้านการปรับปรุงกระบวนการ ได้แก่

7.1.1 ด้านนโยบายและกลยุทธ์ หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานมีการจัดทำเอกสารมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติของการให้บริการที่มีคุณภาพ ในงานวิจัยนี้มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการรักษาพยาบาล
- 2) ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้ารับบริการจนถึงการจำหน่าย
- 3) แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุวิกฤติหรือสำคัญ
- 4) แนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์

5) แนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย

6) แนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการรับและส่งต่อกับหน่วยงานอื่นในเครือข่ายบริการ

7.1.2 ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการปรับปรุงคุณภาพ (Involvement of patients) ต่างๆ ในงานวิจัยนี้ มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) การกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพกระบวนการให้บริการ
- 2) การจัดทำเกณฑ์และข้อกำหนดด้านคุณภาพกระบวนการให้บริการ
- 3) การกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติในการให้บริการ
- 4) การเข้าร่วมในโครงการปรับปรุงคุณภาพและ/หรือคณะกรรมการคุณภาพ
- 5) การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับผลการสำรวจความพึงพอใจและข้อร้องเรียน
- 6) การเข้าร่วมในกระบวนการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ

7.1.3 ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ มีการดำเนินกระบวนการตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่ได้กำหนดขึ้น (Process control based on standards) ในงานวิจัยนี้ มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการรักษาพยาบาล
- 2) ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้ามาใช้บริการจนถึงการจำหน่าย
- 3) แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุวิกฤติหรือสำคัญ
- 4) แนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์
- 5) แนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย
- 6) แนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการรับและส่งต่อกับหน่วยงานอื่นในเครือข่ายบริการ

7.1.4 ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพ ในงานวิจัยนี้ มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) ผู้ปฏิบัติงานได้รับการให้ความรู้และฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 2) ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าร่วมในการจัดระบบการทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการผู้รับบริการ

3) ผู้ปฏิบัติงานได้รับการมอบอำนาจในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเรื่องคุณภาพการให้บริการ

4) ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

5) ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลป้อนกลับเมื่อผลการปฏิบัติงาน ไม่ได้ตามมาตรฐาน

6) ผู้ปฏิบัติงานได้รับรางวัลหรือคำชมเชย เมื่อปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย

7.1.5 ด้านการปรับปรุงกระบวนการ การที่ผู้ปฏิบัติงานได้ทำกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งเน้นให้ผลการดำเนินการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Process improvement based on QI-procedures) ในงานวิจัยนี้ มีตัวชี้วัดดังนี้

1) การสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ

2) การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3) การสำรวจความต้องการของหน่วยงานภายนอก เช่น ผู้ส่งต่อ ผู้รับการส่งต่อ และอื่นๆ

4) การทบทวนผลการปฏิบัติงานภายในสายงาน/วิชาชีพเดียวกัน

5) การทบทวนผลการปฏิบัติงานร่วมกับสายงาน/วิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

6) การวิเคราะห์ข้อมูลในการทบทวนผลการปฏิบัติงาน โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากองค์กร

7) การนำผลการทบทวนมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ

7.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่ผู้บริหารทุกระดับได้ดำเนินกระบวนการตามขั้นตอนต่างๆ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การนำองค์กร และการควบคุม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

7.2.1 การวางแผน หมายถึง การกำหนดวัตถุประสงค์และพิจารณาถึงวิธีการที่ควรปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ในงานวิจัยนี้ มีตัวชี้วัดดังนี้

1) ผู้บริหารมีการกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพเป็นกลยุทธ์ในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร

2) ผู้บริหารมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน

3) องค์กรมีการค้นหาความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายก่อนการวางแผน

4) องค์กรมีการจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพและได้รับสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ

5) องค์กรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพ

7.2.2 การจัดองค์กร หมายถึง การจัดบุคคลและทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการทำงาน ในงานวิจัยนี้ มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) องค์กรมีทีมผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพ โดยตรง
- 2) ผู้บริหารกำหนดให้มีแผนพัฒนาคุณภาพรับผิดชอบงานที่ชัดเจน
- 3) ผู้บริหารกำหนดให้มีทีมคร่อมสายงานในการพัฒนาคุณภาพ
- 4) ผู้บริหารมีการปรับโครงสร้างงานการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า
- 5) ผู้บริหารมีการกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับโครงสร้างงานในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการลูกค้า
- 6) ผู้บริหารมีการแต่งตั้งและกำหนดความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพให้แก่ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงานย่อย
- 7) ผู้บริหารมีการจัดระบบสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพในองค์กรอย่างครอบคลุมและทั่วถึง

7.2.3 การนำองค์กร หมายถึง การกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้น และชักนำความพยายามของพนักงานให้บรรลุเป้าหมายองค์กร ในงานวิจัยนี้ มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) ผู้บริหารมีการกำหนดการพัฒนาคุณภาพเป็นนโยบายขององค์กร
- 2) ผู้บริหารมีความมุ่งมั่น โดยสื่อสารนโยบายการพัฒนาคุณภาพอย่างทั่วถึง
- 3) ผู้บริหารมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการพัฒนาคุณภาพ
- 4) ผู้บริหารประสานและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่ม รวมทั้งแพทย์เข้ามามีส่วนร่วม
- 5) ผู้บริหารชี้แจงความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพให้บุคลากรเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง
- 6) ผู้บริหารมีการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ

7.2.4 การควบคุม หมายถึง การติดตามผลการทำงานและดำเนินการแก้ไขเพื่อให้บรรลุผลที่ต้องการ ในงานวิจัยนี้ มีตัวชี้วัดดังนี้

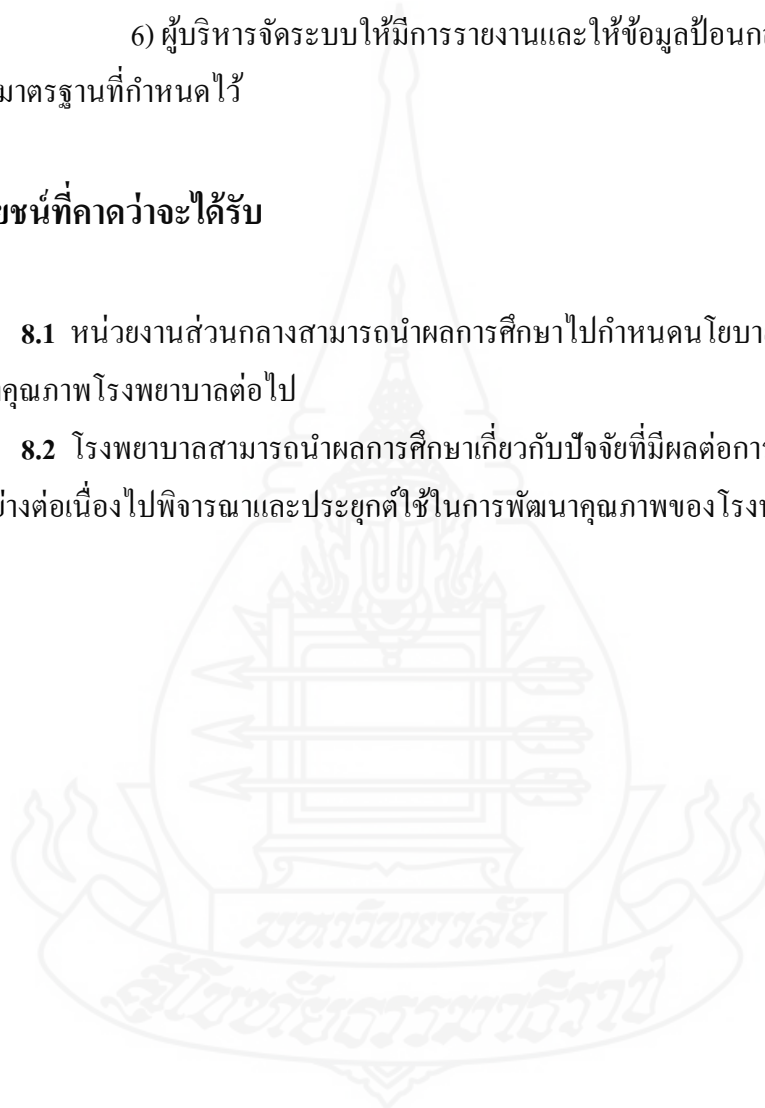
- 1) ผู้บริหารกำหนดให้มีการระบุข้อกำหนดและตัวชี้วัดของกระบวนการทำงานที่ชัดเจน
- 2) ผู้บริหารกำหนดให้มีการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- 3) ผู้บริหารจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านคุณภาพขององค์กรให้มีความพร้อมใช้งาน
- 4) ผู้บริหารมีการติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะๆ
- 5) ผู้บริหารกำหนดให้มีการวิเคราะห์และประเมินผลงานเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้
- 6) ผู้บริหารจัดระบบให้มีการรายงานและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 หน่วยงานส่วนกลางสามารถนำผลการศึกษาไปกำหนดนโยบายและวางแผนในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

8.2 โรงพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปพิจารณาและประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบริหารจัดการองค์กร การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในบทนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดการบริหารจัดการองค์กร
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ
3. การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการบริหารจัดการองค์กร

1.1 ความหมายของการบริหารจัดการ (Management)

กริฟฟิน (Griffin, 1997: 4 อ้างใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545: 18) ให้ความหมายของการบริหารจัดการ (Management) ว่าเป็นชุดของหน้าที่ต่างๆ (A set of functions) ที่กำหนดทิศทางในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทั้งหลายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficient) หมายถึง การใช้ทรัพยากรได้อย่างเฉลียวฉลาดและคุ้มค่า (Cost-effective) ส่วนการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective) หมายถึง การตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง (Right decision) และมีการปฏิบัติการได้สำเร็จตามแผนที่วางไว้ ดังนั้น ผลสำเร็จของการบริหารจัดการ จึงต้องมีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลควบคู่กัน

เซอร์โต (Certo, 2000: 555) ให้ความหมายของการบริหารจัดการ ว่าเป็นกระบวนการของการมุ่งสู่เป้าหมายองค์การจากการทำงานร่วมกัน โดยใช้บุคคลและทรัพยากรอื่นๆ หรือเป็นกระบวนการออกแบบและรักษาสภาพแวดล้อมที่บุคคลทำงานร่วมกันในกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เจมส์ ดอนเนลลี และคณะ (James Donnelly, Jr., et al, 1978: 17 อ้างใน ธงชัย สันติวงษ์ , 2545: 3) ให้ความหมายของการบริหารจัดการ (Management) ว่าเป็นภารกิจของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือหลายคนหรือที่เรียกว่าผู้บริหารที่เข้ามาทำหน้าที่ประสานให้การทำงานของบุคคลที่ต่างฝ่ายต่างทำ และไม่อาจประสบความสำเร็จจากการแยกกันทำ ให้สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี

แมรี ปาร์คเกอร์ ฟอลเล็ต (Mary Parker Follet อ้างใน สมยศ นาวิกาน 2544: 18) ได้ใช้ความหมายของการบริหารจัดการว่า เป็นศิลปะของการทำงานให้สำเร็จโดยใช้บุคคลอื่น

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2545: 18) ให้ความหมายของการบริหารจัดการว่าเป็นกระบวนการของกิจกรรมที่ต่อเนื่องและประสานงานกัน ซึ่งผู้บริหารต้องเข้ามาช่วย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร โดยมีประเด็นสำคัญว่า การบริหารจัดการสามารถประยุกต์ใช้กับองค์การใดองค์การหนึ่งได้ สามารถนำมาใช้กับผู้บริหารในทุกระดับชั้นขององค์การ เกี่ยวข้องการเพิ่มผลผลิต (Productivity) โดยมุ่งสู่ประสิทธิภาพ (Efficiency) คือใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด และประสิทธิผล (Effectiveness) บรรลุเป้าหมายคือประโยชน์สูงสุด

สมยศ นาวิกาน (2544: 18) ให้ความหมายของการบริหารจัดการว่าเป็นกระบวนการของการวางแผน การจัดองค์การ การสั่งการ และการควบคุมกำลังความพยายามของสมาชิกองค์การ และใช้ทรัพยากรอื่นๆ เพื่อความสำเร็จในเป้าหมายขององค์การที่กำหนดไว้

กล่าวโดยสรุป การบริหารจัดการ (Management) หมายถึง กระบวนการที่ผู้บริหารใช้โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้ทรัพยากรขององค์การให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล บรรลุเป้าหมายขององค์การ

1.2 วิวัฒนาการแนวคิดการบริหารจัดการองค์กร

วันชัย มีชาติ (2549, 30-68) ได้แบ่งแนวความคิดทางการบริหารองค์กร ออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ แนวความคิดในยุคคลาสสิก (Classic Theory) แนวความคิดในยุคมนุษย์สัมพันธ์และพฤติกรรมศาสตร์ (Human Relation and Behavioral Theory) และแนวความคิดทางการบริหารสมัยใหม่ (Modern Theory) มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 ช่วงแรก แนวความคิดในยุคคลาสสิก (Classic Theory)

เกิดขึ้นเมื่อราวปี 1900 เป็นต้นมา ยุคนี้ ถือเป็นยุคทองของแนวคิดทางการบริหาร นักวิชาการพยายามแสวงหาแนวทางในการบริหารองค์การและหลักการบริหารที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน แนวความคิดที่เป็นที่แพร่หลายและยอมรับกันอย่างกว้างขวางในยุคนี้ ได้แก่ แนวคิดการจัดการเชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific Management) ของเฟรดเดอริกซ์ เทเลอร์

(Frederick W. Taylor) แนวความคิดระบบราชการของแมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) แนวความคิดหลักการบริหาร (Principle of Management) ขององรี ฟาโยล (Henri Fayol) แนวความคิดหลักการบริหารของลินคอล์น เออวิก และลูเชอร์ กุลลิก (Lyndall F. Urwick and Luther Gulick) และแนวความคิดเรื่องการออกแบบงานและการศึกษาความเคลื่อนไหวของเวลาในการทำงาน (Time and Motion Studies) ของลิเลียน และแฟรงค์ กิลเบิร์ต (Lilian and Frank Gilbreth) เป็นต้น

แนวความคิดของนักวิชาการที่สำคัญ ได้แก่

1) การจัดการเชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific Management) ของเฟรดเดอริกซ์ เทเลอร์ (Frederick W. Taylor) ได้ทำการศึกษาหาวิธีเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิต (Production efficiency) ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อขจัดความสูญเปล่า แม้ว่าจะมุ่งเฉพาะการกำหนดวิธีการผลิตในโรงงาน แต่ก็ได้วางหลักการสำคัญทางการจัดการไว้ คือ การชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารทุกคนต้องรับภาระแยกตนเองมาทำงานด้านการจัดการและต้องมีการคิดวิเคราะห์และกำหนดวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพขึ้นมาใช้ในองค์กร ไม่ปล่อยให้เป็นไปตามยถากรรมปราศจากการจัดการที่ถูกต้อง โดยมีหลักการที่สำคัญ 4 ประการ คือ ต้องมีการคิดค้นและกำหนดวิธีที่ดีที่สุด สำหรับงานที่จะทำแต่ละอย่าง ต้องมีการคัดเลือกและพัฒนาคนงาน จัดงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับคนงานและมีการอบรมคนงานให้รู้จักวิธีทำงานที่ถูกต้องด้วย ต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบเกี่ยวกับวิธีทำงานและคนงาน และ ต้องมีการประสานร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างผู้บริหารและคนงาน ซึ่งส่งผลให้คนงานและผู้บริหารได้ประโยชน์สูงสุด คือ คนงานจะได้ประโยชน์จากการทำงานให้ครบตามปริมาณ ส่วนฝ่ายบริหารก็จะได้รับประโยชน์จากการได้รับผลผลิตเพิ่มขึ้น ถ้ามีการจัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นออกไปจากกระบวนการทำงาน ฝึกให้คนงานได้เรียนรู้วิธีการใหม่ๆ มีการกำหนดมาตรฐานของงานที่สูงขึ้นกว่าปกติ และจัดระบบค่าตอบแทนให้อยู่บนพื้นฐานของความสามารถและผลผลิตที่สูงขึ้น

2) ทฤษฎีการจัดการขององรี ฟาโยล (Henri Fayol) ได้กล่าวถึงหลักการจัดการ (Management principles) ไว้ 14 ข้อ ได้แก่ หลักความเท่ากันของอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ (Authority and Responsibility) หลักของการมีผู้บังคับบัญชาเพียงคนเดียว (Unity of command) หลักของการมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน (Unity of direction) หลักของการสร้างไว้ซึ่งสายงาน (Scalar chain) หลักของการแบ่งงานกันทำ (Division of work of specialization) หลักการเกี่ยวกับระเบียบวินัย (Discipline) หลักของการถือประโยชน์ส่วนบุคคลเป็นรองจากประโยชน์ส่วนรวม (Subordination of individual to general interest) หลักของความยุติธรรมในการให้ผลประโยชน์ตอบแทน (Remuneration) หลักของการรวมอำนาจไว้ส่วนกลาง (Centralization) หลักของความมีระเบียบเรียบร้อยในการทำงานร่วมกัน หลักของความเสมอภาคสำหรับผู้ใต้บังคับบัญชา (Equity)

หลักของควมมีเสถียรภาพของการว่าจ้างทำงาน (Stability of tenure) หลักของความคิดริเริ่มในการทำงาน (Initiative) และ หลักของควมสามัคคีในการทำงาน (Esprit de corps)

อย่างไรก็ดี แนวคิดในยุคนี้ ได้ถูกโต้แย้งในเวลาถัดมา โดยข้อโต้แย้งหลักที่เกิดขึ้น ได้แก่ การไม่ให้ความสำคัญของบุคคลที่ปฏิบัติงานในองค์กรและเห็นว่าคนเป็นเพียงปัจจัยการผลิต หรือหุ่นยนต์ของแนวความคิดการจัดการเชิงวิทยาศาสตร์ของเฟรดเดอริก เทเลอร์ หลักการหลายๆ ประการ ไม่ได้เป็นจริงในโลกของการปฏิบัติ เช่น หลักการทำงานตามกฎระเบียบของทฤษฎีระบบราชการของแมกซ์ เวเบอร์ ความขัดแย้งกันเองของหลักการบางอย่าง เช่น หลักขอขบข้ายในการควบคุมกับหลักสายการบังคับบัญชา ของทฤษฎีหลักการบริหาร เป็นต้น

1.2.2 ช่วงที่สองเป็นแนวความคิดในยุคมนุษยสัมพันธ์และพฤติกรรมศาสตร์

(Humand Relation and Behavioral Theory)

แนวคิดในยุคนี้ เกิดจากข้อจำกัดของแนวคิดในยุคคลาสสิกและพยายามแสวงหาทางออกและแนวทางแก้ไข โดยให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงานมากกว่าวิธีการในการทำงาน ได้แก่ แนวคิดของเอลตัน เมโย ที่กล่าวว่า คนเป็นปัจจัยที่ผันแปรได้ สามารถสร้างผลผลิตสูงได้ หากมีความพอใจและขวัญกำลังใจดี แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ (Hierarchy of Needs) ของมาสโล (Maslow) ทฤษฎีปัจจัยสุขวิทยาและปัจจัยจูงใจของเฟรดเดอริก เฮอรัทเบิร์ก (Frederick Herzberg) แนวความคิดศาสตร์การบริหารของเฮอรัทเบิร์ก ไชมอน (Herbert Simon) อย่างไรก็ตาม แนวความคิดในยุคนี้ ยังมององค์การในระบบปิด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมไม่มาก หรือไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยสภาพแวดล้อมขององค์การ

1.2.3 ช่วงที่สาม เป็นแนวความคิดทางการบริหารสมัยใหม่

เป็นแนวความคิดที่เน้นในเรื่องเทคนิคทางการบริหารต่างๆ ที่นำมาใช้ในการทำงาน เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการทำงานขององค์การ และให้ความสำคัญกับปัจจัยสภาพแวดล้อมขององค์การ แนวความคิดในยุคนี้ เกิดจากการบริหารมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น วิธีการแบบเดิมไม่สามารถอธิบายการทำงานและช่วยให้เกิดผลผลิตได้อย่างเต็มที่ ได้แก่ แนวความคิด Theory Z ของวิลเลียม อูชิ (William Ouchi) ทฤษฎีระบบ (System Theory) แนวความคิด reinventing government ของ David Osborne และ Ted Gaebler แนวความคิดด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operation Research) แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) เป็นต้น

1.3 กระบวนการบริหารจัดการ (Management process)

กระบวนการบริหารจัดการ (Management process) หรือ หน้าที่ในการจัดการของผู้บริหาร (Functions of Management) หมายถึง กระบวนการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์การ โดยมีการแบ่งขั้นตอนของกระบวนการบริหารจัดการได้หลายลักษณะได้แก่

อองรี ฟาโยล (อ้างใน สมคิด บางโม, 2548: 71) เป็นบุคคลแรกที่วิเคราะห์ถึงองค์ประกอบของการบริหารจัดการ โดยได้แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน (POCCC) ได้แก่

1. การวางแผน (Planning) คือการศึกษาข้อมูลในปัจจุบันและคาดการณ์ในอนาคต แล้ววางแผนเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติไว้
2. การจัดหน่วยงาน (Organizing) คือการจัดโครงสร้างของหน่วยงานหรือองค์การ ออกเป็นหน่วยงานย่อยๆ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน และการจัดสรรคนเข้าทำงานในตำแหน่งต่างๆ
3. การสั่งการบังคับบัญชา (Commanding) คือการสั่งให้คนทำงานตามที่มอบหมายงานให้ทำ บังคับบัญชาพนักงานให้ทำงานตามภารกิจของหน่วยงาน
4. การประสานงาน (Coordination) คือการจัดระเบียบการทำงานไม่ให้ก้าวก่ายกัน ติดต่อประสานงานให้หน่วยงานย่อยต่างๆ ขององค์การ และประสานคนให้ทำงาน โดยราบรื่นไม่ให้ขัดแย้งกัน
5. การควบคุม (Controlling) คือการควบคุมให้พนักงานปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตรวจสอบให้ผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ หรือควบคุมให้ทำงานตามระเบียบข้อบังคับที่วางไว้

ต่อมา ลูเทอร์ กุลิก และลินดอลล์ เออร์วิก (Luther Gulick and Lyndall Urwick อ้างใน สมคิด บางโม, 2548: 71-2) ได้นำหลักการจัดการของฟาโยลมาปรับปรุงประยุกต์กับการบริหารราชการ โดยแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน (POSDCoRB) ดังนี้

1. P ย่อมาจาก Planning หมายถึง การจัดวางโครงการและแผนปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้าว่าจะต้องทำอะไรบ้างและทำอย่างไร เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
2. O ย่อมาจาก Organizing หมายถึง การจัดหน่วยงาน กำหนดโครงสร้างของหน่วยงาน การแบ่งส่วนงาน การจัดสายงานตำแหน่งต่างๆ กำหนดอำนาจหน้าที่ให้ชัดเจน

3. S ย่อมาจาก Staffing หมายถึง การจัดตัวบุคคล เป็นการบริหารงานด้านบุคลากรอันได้แก่ การจัดอัตรากำลัง การสรรหา การพัฒนาบุคลากร การสร้างบรรยากาศงานที่ดี การประเมินผลการทำงาน และการให้พ้นจากงาน
4. D ย่อมาจาก Directing หมายถึง การอำนวยการ นับตั้งแต่การตัดสินใจ การวินิจฉัยสั่งการ การควบคุมบังคับบัญชา และควบคุมการปฏิบัติงาน
5. Co ย่อมาจาก Coordinating หมายถึง การประสานงาน ประสานกิจการด้านต่างๆ ของหน่วยงาน ให้เกิดความร่วมมือเพื่อดำเนินไปสู่เป้าหมายเดียวกัน
6. R ย่อมาจาก Reporting หมายถึง การรายงานผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่ผู้บริหารและสมาชิกของหน่วยงานได้ทราบความเคลื่อนไหวของการดำเนินงานว่าก้าวหน้าไปเพียงใด
7. B ย่อมาจาก Budgeting หมายถึง การงบประมาณ การจัดทำงบประมาณ บัญชีการใช้จ่ายเงิน การควบคุมและตรวจสอบด้านการเงิน

กระบวนการจัดการดังกล่าวเป็นที่ยอมรับของวงการทั่วไปอย่างกว้างขวาง รวมทั้งได้นำไปประยุกต์ในกิจการบริหารด้านต่างๆ ทั้งราชการและธุรกิจ

แฮโรลด์ กูนต์ซ์ (ฮ้างใน ธงชัย สันติวงษ์ 2545, 33-9; สมคิด บางโม, 2548: 72) ได้แบ่งกระบวนการบริหารจัดการ ออกเป็น 5 ขั้นตอน (POSDC) ดังนี้ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การจัดคนเข้าทำงาน (Staffing) การอำนวยการหรือสั่งการ (Directing) และการควบคุม (Controlling) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวางแผน (Planning) หมายถึง การกำหนดแผนงาน หรือวิธีการปฏิบัติงานไว้เป็นการล่วงหน้า เพื่อผลสำเร็จตามต้องการ ผู้บริหารจะใช้ดุลพินิจพิจารณาและคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคต และมีการคิดวิเคราะห์ เพื่อกำหนดเป้าหมายผลงานต่างๆ และกำหนดแผนหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมที่จะช่วยให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ต่างๆ

2. การจัดองค์การ (Organizing) หมายถึง การพัฒนาระบบการทำงาน เพื่อให้งานต่างๆ สามารถดำเนินไปโดยมีการประสานงานกันอย่างดี โดยมีขั้นตอน 2 ขั้นตอน คือ การจัดกลุ่มของงานที่จำเป็นเพื่อการทำงานตามเป้าหมาย และการมอบหมายอำนาจหน้าที่และจัดสรรทรัพยากรต่างๆ เพื่อการปฏิบัติงาน

3. การจัดคนเข้าทำงาน (Staffing) หมายถึง ภารกิจเกี่ยวกับการจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้องค์กรมีกำลังคนที่มีประสิทธิภาพพร้อมในการทำงานในทุกตำแหน่งงาน ประกอบด้วย การคัดเลือก ปฐมนิเทศ การอบรมและพัฒนาบุคคล ตลอดจนการประเมินผลงานและการจัดระบบรางวัลตอบแทนต่างๆ เพื่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน

4. การสั่งการ (Directing) หมายถึง การบังคับบัญชาให้การทำงานต่างๆ ภายในโครงสร้างองค์การดำเนินไปโดยราบรื่น มีการประสานร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน โดยผู้นำต้องสามารถสร้างความเข้าใจ โน้มน้าวและชักจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้ทุ่มเทการทำงาน โดยใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสารและเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์เป็นพื้นฐาน ตลอดจนอาศัยวิธีการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี

5. การควบคุม (Controlling) หมายถึง กิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าการทำงานต่างๆ จะสำเร็จผลตามแผนที่ตั้งไว้ ประกอบด้วย การวัดผลงานที่ทำได้ การเปรียบเทียบผลงานกับเป้าที่ตั้งไว้ และการดำเนินการแก้ไขเมื่อมีสิ่งผิดปกติ หรือที่มีเหตุการณ์ทำให้ผลงานคลาดเคลื่อนจากที่กำหนดไว้ในแผน

หลังจากที่มีผู้เสนอกระบวนการบริหารจัดการหลายแนวความคิด นักวิชาการทางการบริหารส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ได้วิเคราะห์และเห็นพ้องต้องกันว่า กระบวนการบริหารจัดการ ควรมีเพียง 4 ขั้นตอน คือ POLC หรือ PODC ดังนี้ (Koontz, O'Donnell and Wehrich, 1980:26; Schermerhorn, 1999: 2,5-7; Hunt and Osborn, 2000: 3,8; Bateman and Snell, 1999:5; Dessler, 1998: 678 อ้างใน สมยศ นาวิการ, 2544: 24-5; ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545: 20-22; สมคิด บางโม, 2548: 72-3) ได้แบ่งขั้นตอนของกระบวนการบริหารจัดการออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การนำ (Leading) หรือ การอำนวยการ (Directing) และ การควบคุม (Controlling) การใช้ทรัพยากรต่างๆ ขององค์การ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนในการกำหนดวัตถุประสงค์และพิจารณาถึงวิธีการที่ควรปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น มีรายละเอียด ดังนี้ การดำเนินการตรวจสอบตัวเอง เพื่อกำหนดสถานะภาพในปัจจุบันขององค์การ การสำรวจสภาพแวดล้อม การกำหนดวัตถุประสงค์ การพยากรณ์สถานการณ์ในอนาคต การกำหนดแนวทางปฏิบัติงานและความจำเป็นในการใช้ทรัพยากร การประเมินแนวทางปฏิบัติงานที่วางไว้ การทบทวนและปรับแผนเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ของการควบคุมไม่เป็นไปตามที่กำหนด และ การติดต่อสื่อสารในกระบวนการของการวางแผนเป็นไปอย่างทั่วถึง

2. การจัดองค์การ (Organizing) เป็นขั้นตอนในการจัดบุคคลและทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการทำงานนั้น หรือเป็นการจัดแบ่งงานและจัดสรรทรัพยากรสำหรับงาน เพื่อให้งานเหล่านั้นสำเร็จ มีรายละเอียด ดังนี้ การระบุและอธิบายงานที่จะถูกนำไปดำเนินการ การกระจายงานออกเป็นหน้าที่ (Duties) การรวมหน้าที่ต่างๆ เข้าเป็นตำแหน่งงาน (Positions) การอธิบายสิ่งที่จำเป็นหรือความต้องการของตำแหน่งงาน การรวมตำแหน่งงานต่างๆ

เป็นหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม และสามารถบริหารจัดการได้ การมอบหมายงาน ความรับผิดชอบ และอำนาจหน้าที่ การทบทวนและปรับโครงสร้างขององค์การเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ของการควบคุมไม่เป็นไปตามที่กำหนด การติดต่อสื่อสารในกระบวนการของการจัดองค์การเป็นไปอย่างทั่วถึง การกำหนดความจำเป็นของทรัพยากรมนุษย์ การสรรหา ผู้ปฏิบัติงานที่มีศักยภาพ การคัดเลือกจากบุคคลที่สรรหามา การฝึกอบรมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ต่างๆ การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพและปริมาณของทรัพยากรมนุษย์ เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ของการควบคุมไม่เป็นไปตามที่กำหนด และ การติดต่อสื่อสารในกระบวนการของการจัดคนเข้าทำงานเป็นไปอย่างทั่วถึง

3. การนำ (Leading) เป็นขั้นตอนในการกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้น และชักนำความพยายามของพนักงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการใช้ความพยายามของผู้จัดการที่จะกระตุ้นให้พนักงานมีศักยภาพในการทำงานสูง ดังนั้นการนำ จะช่วยให้งานบรรลุผลสำเร็จ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจผู้ใต้บังคับบัญชา มีรายละเอียด ดังนี้ การติดต่อสื่อสารและอธิบายการมอบหมายมาตรฐานของการปฏิบัติงานต่างๆ การให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาให้สอดคล้องกับมาตรฐานของการปฏิบัติงาน การให้รางวัลแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาบนพื้นฐานของผลการปฏิบัติงาน การยกย่องสรรเสริญและการดำเนินคดีอย่างยุติธรรมและถูกต้องเหมาะสม การจัดหาสภาพแวดล้อมมากระตุ้นการจูงใจ โดยการติดต่อสื่อสาร เพื่อสำรวจความต้องการและสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง การทบทวนและปรับวิธีการของภาวะความเป็นผู้นำ เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ของการควบคุมไม่เป็นไปตามที่กำหนด และ การติดต่อสื่อสารโดยทั่วทุกแห่งในกระบวนการของภาวะความเป็นผู้นำ

4. การควบคุม (Controlling) เป็นขั้นตอนในการติดตามผลการทำงานและแก้ไขปรับปรุงในสิ่งที่จำเป็น หรือเป็นขั้นตอนของการวัดผลการทำงาน และดำเนินการแก้ไขเพื่อให้บรรลุผลที่ต้องการ มีรายละเอียด ดังนี้ การกำหนดมาตรฐาน การเปรียบเทียบและติดตามผลการปฏิบัติงานกับมาตรฐาน การแก้ไขความบกพร่อง การทบทวนและปรับวิธีการควบคุม เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ของการควบคุมไม่เป็นไปตามที่กำหนด การติดต่อสื่อสารในกระบวนการของการควบคุมเป็นไปอย่างทั่วถึง

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแนวความคิดต่างๆ จะมีขั้นตอนไม่เท่ากัน แต่ยังคงสาระสำคัญและรายละเอียดครอบคลุมเรื่องต่างๆ ในการบริหารจัดการทั้งหมดคล้ายคลึงกันแล้วแต่การจัดหมวดหมู่ของแต่ละคน

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยนี้ ได้ใช้แนวคิดของนักวิชาการทางการบริหารส่วนใหญ่ในปัจจุบัน ซึ่งได้กล่าวถึงกระบวนการบริหารจัดการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน (Planning) การจัด

องค์การ (Organizing) การนำ (Leading) หรือ การอำนวยการ (Directing) และ การควบคุม (Controlling)

2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

2.1 วิวัฒนาการการพัฒนาคุณภาพ

มีนักวิชาการบางท่านได้แบ่งการพัฒนาคุณภาพออกเป็นยุคต่างๆ อาทิเช่น ไมเคิล เคย์ และ มาริลีน ไดเอสัน (Michael M. Kaye and Marilyn D. Dyason, 1995: 33-7) ได้แบ่งการพัฒนาคุณภาพออกเป็นยุคต่างๆ 5 ยุค ได้แก่

- 1) ยุคการตรวจสอบ (Inspection)
- 2) ยุคการควบคุมคุณภาพ (Quality Control)
- 3) ยุคการประกันคุณภาพ (Quality Assurance)
- 4) ยุคการบริหารจัดการคุณภาพเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Quality Management)
- 5) ยุคถัดไปจากยุคการบริหารจัดการคุณภาพเชิงยุทธศาสตร์ (beyond Strategic Quality Management) จัดเป็นยุคการบริหารจัดการคุณภาพเช่นเดียวกับยุคที่ 4 แต่มีลักษณะที่แตกต่างจากเดิม คือ มีการบริหารเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยนำข้อมูลป้อนกลับ (feedback) จากลูกค้ามาใช้ในการวางแผนเพื่อปรับกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้าที่เปลี่ยนไป มีการเทียบเคียงกับภายนอก

พอล เจมส์ (Paul James, 2005: 22-31) แบ่งยุคของการพัฒนาคุณภาพไว้เป็น 4 ยุค ได้แก่

- 1) ยุคการตรวจสอบ (Inspection)
- 2) ยุคการควบคุมคุณภาพ (Quality Control)
- 3) ยุคการประกันคุณภาพ (Quality Assurance)
- 4) ยุคการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management)

กล่าวโดยสรุปว่า ยุคของการพัฒนาคุณภาพ แบ่งออกเป็น 4 ยุค ได้แก่ ยุคการตรวจสอบ (Inspection) ยุคการควบคุมคุณภาพ (Quality Control) ยุคการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) และ ยุคการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management)

2.1.1 ยุคแรก การตรวจสอบ (Inspection)

1) ความหมายของการตรวจสอบ

แบร์รี เดล และ จอห์น โอ๊คแลนด์ (Barrie Dale and John Oakland, 1994: 17) ได้ให้ความหมายของการตรวจสอบ (Inspection) ไว้ว่า การตรวจสอบ หมายถึง กิจกรรมในการวัด (measuring) การสอบ (examining) การทดสอบ (testing) และการใช้เครื่องวัด (gauging) คุณลักษณะของสินค้าหรือบริการ โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานข้อกำหนดเพื่อประเมินความเข้ากันได้

2) แนวทางการตรวจสอบ

แบร์รี เดล และ จอห์น โอ๊คแลนด์ (Barrie Dale and John Oakland, 1994: 3-4) กล่าวว่า การตรวจสอบ สามารถทำได้ในหลายขั้นตอน ได้แก่ การตรวจสอบระหว่างกระบวนการ (In-process inspection) การตรวจสอบระหว่างเยี่ยมชมโรงงาน (Patrol inspection) การตรวจรับงาน (Acceptance inspection) หรือ การตรวจสอบขั้นสุดท้าย (Final inspection) นอกจากนี้ ยังมี การตรวจสอบเพื่อรับรองจากองค์กรอิสระ อาจมีความจำเป็นสำหรับสินค้าหรือบริการบางอย่าง

ในทางปฏิบัติ ระดับการตรวจสอบนั้น ขึ้นอยู่กับระบบการจัดการคุณภาพที่ใช้ อยู่ และ ลักษณะของสินค้า กระบวนการ หรือบริการที่มีอยู่ โดยมีสิ่งที่จะต้องพิจารณาดังต่อไปนี้

- 1) การนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบไปใช้ประโยชน์ โดยการป้อนข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบ กลับ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันความผิดพลาด จะทำให้การตรวจสอบมีประสิทธิภาพสูงสุด
- 2) ข้อจำกัดในการตรวจสอบ แม้ว่าจะมีการตรวจสอบสินค้าทุกชิ้นก็ตาม แต่สินค้าที่บกพร่องก็อาจ หลุดลอดไปได้ การตรวจสอบที่ใช้ความรู้สึก จะมีประสิทธิภาพต่ำสุด ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ จะต้องพิจารณาในแง่ของ การกำหนดมาตรฐานอ้างอิงในการตรวจสอบ การพัฒนาทักษะในการ ตรวจจับข้อผิดพลาดของสินค้าหรือบริการ การพิจารณาผลการตรวจสอบ 3) การตรวจสอบนั้น ไม่ ส่งผลกระทบต่อการป้องกันความผิดพลาด

อย่างไรก็ตาม การตรวจสอบนั้น มีข้อจำกัด เนื่องจากการตรวจสอบทุกชิ้นงาน ไม่ได้รับประกันว่าจะได้งานที่ไม่มีข้อบกพร่อง นอกจากนั้น ยังกินเวลา เป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ และทำให้เกิดค่าใช้จ่าย (James, 2005: 24)

2.1.2 ยุคที่สอง การควบคุมคุณภาพ (Quality Control)

การควบคุมคุณภาพ มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการควบคุมคุณภาพทางสถิติของชีวฮาร์ท ที่ได้นำหลักการและวิธีปฏิบัติในการวิเคราะห์ความน่าจะเป็นและสถิติ นำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาคุณภาพการผลิต โดยมีความเชื่อว่า กระบวนการผลิต โดยธรรมชาติมีความผันผวนในตัวเอง และความผันผวนดังกล่าว เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและทุกขั้นตอนของกระบวนการ ดังนั้น จึงไม่สามารถทำให้ผลผลิตได้มาตรฐานตามข้อกำหนดทุกประการ แต่สามารถทำให้มีคุณลักษณะได้ภายในขอบเขตที่ยอมรับได้ (James, 2005: 24)

1) ความหมายของการควบคุมคุณภาพ

เลสลี มันโร เฟอร์ และ มัลคอล์ม มันโร เฟอร์ (Lesley Munro-Faure and Malcolm Munro-Faure, 1992: 6) ได้ให้ความหมายของการควบคุมคุณภาพ ว่าเป็นระบบของกิจกรรมที่ถูกรออกแบบมาเพื่อประเมินคุณภาพของสินค้าหรือบริการที่ให้แก่ลูกค้า กรณีที่สินค้ามีคุณสมบัติไม่ตรงตามความต้องการของลูกค้า ก็จะถูกทำใหม่ ทิ้ง หรือ ลดเกรด โดยทั่วไป การควบคุมคุณภาพมักจะใช้เทคนิคการตรวจสอบ และถูกรออกแบบมาเพื่อตอบคำถามว่า ได้ทำงานตรงตามความต้องการของลูกค้าหรือยัง

แบร์รี เดล และ จอห์น โอ๊คแลนด์ (Barrie Dale and John Oakland, 1994: 4) ได้ให้ความหมายของการควบคุมคุณภาพ ว่าเป็นกิจกรรมและเทคนิคในการดำเนินงาน เพื่อบรรลุข้อกำหนดความต้องการ โดยเป็นกระบวนการปกติ สำหรับวัดคุณภาพของสินค้าและบริการ กิจกรรมการควบคุม มีความจำเป็นสำหรับการสร้างและกำกับติดตามคุณภาพ

พอล เจมส์ (Paul James, 2005: 24) กล่าวว่า การควบคุมคุณภาพ เป็นการจัดการกับข้อมูลจริงที่ได้จากกระบวนการผลิต

กล่าวโดยสรุป การควบคุมคุณภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ถูกรออกแบบมาเพื่อประเมินคุณภาพของสินค้าหรือบริการที่ให้แก่ลูกค้าว่า บรรลุข้อกำหนดความต้องการหรือไม่ โดยการจัดการกับข้อมูลจริง

2) องค์ประกอบของระบบควบคุมคุณภาพ

พอล เจมส์ (Paul James, 2005:175) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของระบบควบคุมคุณภาพ ว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานที่ต้องการจะบรรลุ การใช้มาตรวัดในการประเมิน และ การเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้กับผลลัพธ์ที่วางแผนไว้

3) แนวทางในการควบคุมคุณภาพ

การควบคุมคุณภาพ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถติดตามกำกับงานของตนเองได้ และสามารถพยากรณ์ได้ว่าเมื่อไรจะเกิดความผันผวนเกินกว่าขีดควบคุมและจัดการเสียก่อน (วอลเตอร์ ชิวฮาร์ต อังใน อนุวัฒน์, 2543: 21)

การควบคุมคุณภาพ ได้นำแนวคิดการควบคุมคุณภาพเชิงสถิติ (Statistical Quality Control) ของวอลเตอร์ ชิวฮาร์ต (Walter Shewhart อังใน อนุวัฒน์, 2543: 21) มาใช้ โดยประยุกต์วิธีการทางสถิติมาสร้างแผนภูมิควบคุม (control chart) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพยากรณ์และควบคุมคุณภาพของกระบวนการ (Process quality) โดยนำมาใช้ติดตามและควบคุมผลการทำงาน เทคนิคของชิวฮาร์ต ได้กำหนดเส้นขึ้นขึ้นมาคู่หนึ่งเรียกว่า ขอบเขตการควบคุม (control limit) ซึ่งหากมีความผันผวนเกินกว่าขอบเขตการควบคุมนี้ออกไปแล้วจะต้องมีการจัดการเข้าแทรกแซง ทำให้เรารู้ว่า การควบคุมกระบวนการนั้น อยู่ที่ยุทธการที่ราบว่าเมื่อไรที่ควรจะต้องปล่อยไป และเมื่อไรที่จำเป็นต้องตัดสินใจเข้าแทรกแซง

พอล เจมส์ (Paul James, 2005: 176) ได้กล่าวถึงกระบวนการควบคุมคุณภาพไว้ว่า มีขั้นตอนโดยสรุปดังนี้

- (1) เลือกสิ่งที่จะควบคุม (Control subject)
- (2) กำหนดเป้าหมายสำหรับลักษณะของสิ่งที่จะควบคุม (Control characteristics)
- (3) กำหนดหน่วยวัด
- (4) กำหนดวิธีการวัดลักษณะของสิ่งที่จะควบคุม
- (5) ดำเนินการวัด
- (6) ประเมินความแตกต่างระหว่างค่าที่วัดได้กับที่ได้วางแผนไว้
- (7) ดำเนินการแก้ไข เมื่อไม่บรรลุเป้าหมาย

พอล เจมส์ (Paul James, 2005: 179) ยังได้กล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้ในการควบคุมคุณภาพกระบวนการอีกหลายอย่าง ได้แก่ แผนผังการไหล (Flowcharts) รายการตรวจสอบ (Check sheets) แผนผังแสดงเหตุและผล (Cause and Effect diagrams) แผนภูมิฮิสโตแกรม (Histograms) แผนผังพาเรโต (Pareto diagrams) แผนผังการกระจาย (Scatter diagrams)

2.1.3 ยุคที่สาม การประกันคุณภาพ (Quality Assurance)

พอล เจมส์ (Paul James, 2005: 25) ได้กล่าวว่า การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ได้ทำให้มุมมองของคุณภาพเปลี่ยนไป จากเดิมที่มีขอบเขตจำกัด เฉพาะผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ ไปสู่มุมมองที่จำเป็นต้องมีผู้บริหารเข้ามามีส่วนร่วม การแบ่งงานตามความถนัด (specialization) เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้งานเกิดประสิทธิผลได้อีกต่อไป สิ่งที่สำคัญคือ ทุกคน ทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารต้องตระหนักในความสำคัญของคุณภาพให้มากขึ้น

1) ความหมายของการประกันคุณภาพ

เลสลี่ มันโร เฟอ์ และ มัลคอล์ม มันโร เฟอ์ (Lesley Munro-Faure and Malcolm Munro-Faure, 1992: 6-7) ได้ให้ความหมายของการประกันคุณภาพว่า เป็นระบบการบริหารจัดการที่ถูกรออกแบบมาเพื่อควบคุมกิจกรรมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การออกแบบสินค้า การผลิต จนถึงการส่งมอบและบริการ เพื่อป้องกันปัญหาคุณภาพและทำให้แน่ใจว่าสินค้าที่มีคุณภาพเท่านั้นที่จะถึงมือลูกค้า

แบร์รี เดล และ จอห์น โอ๊คแลนด์ (Barrie Dale and John Oakland, 1994: 4-5) กล่าวว่า การประกันคุณภาพ เป็นระบบที่มีการวางแผนและกระทำการใดๆ เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดความเชื่อมั่นว่า สินค้าหรือบริการมีคุณภาพตรงกับความต้องการที่กำหนด

วิฑูรย์ สิมะโชคติ (2540: 57) ได้ให้ความหมายของการประกันคุณภาพไว้ว่า เป็นการบริหารคุณภาพที่เน้นที่ตัวระบบ (System) และวิธีปฏิบัติงาน (Procedure) โดยออกแบบคุณภาพเข้าไปอยู่ในระบบหรือวิธีปฏิบัติงาน และทำให้เกิดความสม่ำเสมอเป็นไปตามมาตรฐานหรือข้อกำหนดที่วางไว้

พอล เจมส์ (Paul James, 2005: 25-26) ได้กล่าวว่า การประกันคุณภาพ เป็นการพัฒนาระบบภายในองค์กรเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าสินค้าที่ผลิตมีคุณลักษณะตามรายละเอียดที่ได้กำหนดไว้ และยังสามารถตรวจจับและขจัดความบกพร่องที่เกิดขึ้นได้

กล่าวโดยสรุป การประกันคุณภาพ หมายถึง การบริหารจัดการคุณภาพที่เน้นที่ระบบและวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้แน่ใจว่าสินค้าหรือบริการที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการที่กำหนด

2) องค์ประกอบของการประกันคุณภาพ

เลสลี่ มันโร เฟอ์ และ มัลคอล์ม มันโร เฟอ์ (Lesley Munro-Faure and Malcolm Munro-Faure, 1992: 7) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของระบบประกันคุณภาพที่มีประสิทธิผลมีดังนี้คือ

ก) มีระบบการบริหารจัดการคุณภาพที่มีประสิทธิผล (Quality Management System)

ข) มีการตรวจการดำเนินงานของระบบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ (Quality Audit)

ค) มีการทบทวนระบบเพื่อให้แน่ใจว่ายังตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (System Review)

3) แนวทางการประกันคุณภาพ

หน่วยงานจะต้องพัฒนาระบบการบริหารจัดการคุณภาพให้เกิดขึ้น โดยมีโครงสร้างองค์กรรองรับ มีการมอบหมายความรับผิดชอบ มีการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงาน และมีกระบวนการบริหารจัดการคุณภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งใช้หลักการของการควบคุมคุณภาพ (Quality Control) เรียกว่า วงจรการบริหารจัดการคุณภาพ (Quality Management Cycle) ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่

ก) คัดเลือกลักษณะคุณภาพของบริการที่จะส่งมอบ (Select quality features)

ข) กำหนดมาตรฐานคุณภาพ (Formulate standards)

ค) วัดผลการดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพ (Measure and document performance)

ง) วิเคราะห์และนำเสนอผลการดำเนินงาน (Analyze and present performance)

จ) แก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Take action and reassessment)

2.1.4 ยุคที่สี่ การบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management: TQM)

1) ความหมายของการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

วินเซนต์ โอมาโชนู และ โจเอล รอส (Vincent K. Omachonu and Joel E. Ross, 2004: 3) ได้ให้ความหมายของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management: TQM) ว่าเป็นการบูรณาการหน้าที่งานและกระบวนการทั้งหมดภายในองค์กร เพื่อบรรลุผลสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการทำให้ลูกค้าพึงพอใจ

พอล เจมส์ (Paul James, 2005: 30) ได้ให้ความหมายของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรว่าเป็นปรัชญาการบริหารจัดการองค์กรที่มุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพของกระบวนการ สินค้า

และบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักการพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ การปรับปรุงกระบวนการ สินค้าและบริการอย่างต่อเนื่อง และ ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพ โดยใช้วงจรเดมมิง ในการแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

วิฑูรย์ สิมะ โชคดี (2540: 5) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า เป็นปรัชญา แนวความคิด และ เทคนิควิธีการในการบริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งยึดเอาความต้องการของลูกค้าและคุณภาพเป็นศูนย์กลางในทุกกิจกรรมที่ดำเนินการ โดยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมปรับปรุงกระบวนการและสภาพแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการสร้างความประทับใจแก่ลูกค้าและมีผลการประกอบการที่เป็นเลิศ โดยมีความรับผิดชอบต่อสังคมด้วย อันเป็นการสร้างคุณค่าแก่ทั้งองค์กรและสังคมโดยรวม

ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และคณะ (2546: 6) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นวัฒนธรรมขององค์กรที่สมาชิกทุกคนต่างให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานขององค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งที่จะตอบสนองความต้องการ และสร้างความพอใจให้แก่ลูกค้า ซึ่งจะสร้างโอกาสทางธุรกิจ ความได้เปรียบในการแข่งขัน และพัฒนาการที่ยั่งยืนขององค์กร ประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ การให้ความสำคัญกับลูกค้า (Customer oriented) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) และ สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วม (Employee involvement)

GOAL/QPC ซึ่งเป็นองค์กรด้านการวิจัยและฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management - TQM) (2008, 1) ได้ให้คำจำกัดความ TQM ว่าเป็นระบบที่มีแบบแผน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทั่วทั้งองค์กร ในการวางแผนและดำเนินการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า

เดล และ โอ๊คแลนด์ (Dale and Oakland, 1994: 14-5) กล่าวว่า การบริหารคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management - TQM) นี้ มีความหมายเช่นเดียวกับ คุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality) การบริหารธุรกิจทั่วทั้งองค์กร (Total Business Management) ผลการดำเนินงานด้านคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Performance) การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Company Wide Quality Management - CWQM) การบริหารคุณภาพที่บรรลุต้นทุนประสิทธิผล (Cost Effective Quality Management) หรือ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement - CQI)

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นทั้งปรัชญาและวิธีปฏิบัติในการบริหารจัดการ เพื่อควบคุมการใช้ทรัพยากรขององค์กรให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการบรรลุวัตถุประสงค์

ขององค์กร วัตถุประสงค์ดังกล่าว อาจเป็นความพึงพอใจของลูกค้า หรือวัตถุประสงค์ของธุรกิจ เช่น การเติบโต ผลกำไร ตำแหน่งทางการตลาด หรือการจัดบริการให้แก่ชุมชน

กล่าวโดยสรุป การบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) หมายถึงปรัชญาการบริหารจัดการองค์กรที่มุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพของกระบวนการ สินค้า และบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความพึงพอใจและความต้องการของผู้รับบริการ โดยทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพ และมีความหมายเดียวกับ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)

2) องค์ประกอบของการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

องค์ประกอบของการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร มีหลายมุมมอง สำหรับมุมมองของ GOAL/QPC ที่เน้นองค์ประกอบด้านกระบวนการหลัก โดยมีศูนย์กลางของการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) เป็นแผนแม่บท ซึ่งมีลูกค้าเป็นแรงขับเคลื่อน (Customer driven Master Plan) ล้อมรอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ

ก) การจัดการงานประจำวัน (Daily Management) เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและเกิด optimization ของหน่วยงาน

ข) การวางแผนนโยบาย (Hoshin Planning) หรือจัดแถวในแนวตั้ง (Vertical Alignment) เพื่อให้เกิดนวัตกรรมในทุกหน่วยงาน อันจะนำไปสู่การตอบสนองต่อพันธกิจ วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ขององค์กรร่วมกัน

ค) การบริหารจัดการข้ามหน่วยงาน (Cross-functional Management) เพื่อประสานความร่วมมือในแนวราบ (Horizontal Integration) ให้เกิดผลในลักษณะที่เสริมกัน (synergy)

สำหรับการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการจัดแถวหรือประสานทั้งในแนวราบและแนวตั้ง เพื่อให้เกิดพลังในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

มันโร เฟอเร (Munro-Faure, 1992: xii-xiii) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการดำเนินการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM implementation) เพื่อมุ่งสู่การบรรลุความต้องการของลูกค้าโดยมีต้นทุนต่ำที่สุด ประกอบด้วย

ก) การทำความเข้าใจความต้องการของลูกค้าและวิธีที่จะทำให้บรรลุความต้องการ (Understanding customers)

ข) การทำความเข้าใจธุรกิจของตนเอง (Understanding the business)

ค) ระบบการบริหารคุณภาพ (Quality Management System) ที่ทำให้องค์กรสามารถดำเนินงานจนบรรลุความต้องการของลูกค้า และเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ง) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) โดยการตรวจสอบทุกกิจกรรมขององค์กรและระบุโอกาสในการปรับปรุง

จ) เครื่องมือคุณภาพ (Quality Tools) ได้แก่ การควบคุมกระบวนการทางสถิติ (Statistical Process Control) เทคนิคการวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้า (Quality Function Deployment) การเทียบเคียงผลงาน (Benchmarking) การแก้ไขปัญหา (Problem solving)

นอกจากนี้ โจเซฟ จูแรน (Joseph M. Juran อ้างใน James, 2005: 55) ยังได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการจัดการคุณภาพในแง่ของกระบวนการจัดการคุณภาพ โดยเรียกว่า Juran Quality Trilogy ซึ่งประกอบด้วย

ก) การวางแผนคุณภาพ เป็นกระบวนการระบุลูกค้า ความต้องการของลูกค้า ลักษณะของผลผลิต/บริการซึ่งลูกค้าคาดหวัง กระบวนการที่จะทำให้เกิดผลผลิต/บริการดังกล่าว และส่งผ่านความรู้นี้ไปยังหน่วยผลิตขององค์กร

ข) การควบคุมคุณภาพ เป็นกระบวนการตรวจสอบและประเมินผลผลิต/บริการ เปรียบกับความต้องการที่ลูกค้าระบุไว้ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่ตรวจพบ

ค) การปรับปรุงคุณภาพ เป็นกระบวนการนำกลไกต่างๆ ที่จะรักษาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร การมอบหมายบุคคลให้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพ การฝึกอบรมผู้ที่ได้รับมอบหมาย การมีโครงสร้างที่ถาวรเพื่อธำรงรักษาคุณภาพ

3) แนวทางการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

ก) หลักการบริหารคุณภาพ

วิลเลียม เอ็ดเวิร์ด เดมมิ่ง (อ้างใน James, 2005: 56-8) ได้กล่าวถึงหลักการบริหารคุณภาพ 14 ข้อ (Deming's 14 point) ได้แก่

(ก) สร้างเจตจำนงอันแน่วแน่ที่จะปรับปรุงผลผลิตและบริการ เพื่อความอยู่รอดขององค์กร การมีเจตจำนงอันแน่วแน่ คือการสื่อแนวคิดและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพให้ทุกคนรู้ทั่วกัน และผู้บริหารต้องลงมือทำเพื่อสนับสนุนในสิ่งที่พูด

(ข) รับคุณภาพเป็นปรัชญาใหม่ในการทำงาน โดยคุณภาพคือการมุ่งมั่นสร้างผลผลิตและบริการที่ลูกค้าพอใจ ปราศจากความบกพร่อง สามารถพยากรณ์ได้

(ค) ลดการตรวจสอบ การตรวจสอบเป็นวิธีการที่สายเกินไป แพงเกินไป และไม่สามารถแก้ไขปรับปรุงได้ คุณภาพจะต้องมาจากการปรับปรุงในกระบวนการทำงาน

(ง) หยุดการพิจารณาคัดสิน โดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณาราคาทั้งหมดที่จะเกิดขึ้น ซึ่งหมายถึง การนำเอาเรื่องคุณภาพเข้ามาพิจารณาด้วย การทำความเข้าใจกับผู้ส่งมอบว่า เราต้องการของที่มีคุณภาพอย่างไร จะทำให้เราได้ของที่มีคุณภาพที่เราต้องการ ผลผลิต/บริการออกมาดี ไม่เกิดความสูญเปล่า ทำให้ต้นทุนทั้งหมดลดลง

(จ) ปรับปรุงระบบการผลิต/บริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป การปรับปรุงมีความหมายรวมถึงการจัดลำดับความสำคัญ การจัดสรรเวลา การเลือกคนให้ตรงกับงาน การฝึกอบรม และการเปิดโอกาสให้คนได้เรียนรู้

(ฉ) การฝึกอบรม โดยเน้นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติในสถานการณ์ที่สอดคล้องกับภาระหน้าที่ ปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน การฝึกอบรมควรทำควบคู่ไปกับการจัดอุปสรรคในการทำงาน

(ช) สร้างภาวะการนำ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงจากการบริหารมาสู่การนำ การนำคือการบอกผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น ไม่ลงมาตัดสินใจในทุกขั้นตอน แต่เป็นโค้ชและที่ปรึกษา ช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับปรุงงานที่รับผิดชอบได้

(ซ) ขจัดความหวาดกลัว คนจะทำงานได้ดีต้องมีความรู้สึกมั่นคง ไม่กลัวที่จะแสดงความคิดเห็น ไม่กลัวที่จะถาม ความกลัวที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ กลัวต่อการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนา กลัวความผิดพลาดและการถูกลงโทษ และกลัวความรู้

(ฌ) ขจัดกำแพงระหว่างหน่วยงาน ผลผลิตหรือบริการหนึ่งๆ เกิดจากการทำงานที่ต่อเนื่องเป็นสาย ความร่วมมือกันทำให้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้เต็มที่ สามารถเสริมจุดอ่อนซึ่งกันและกัน

(ญ) ขจัดคำขวัญ/คำปลุกใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน คำขวัญเพื่อกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานเพิ่มขึ้น ไม่สามารถทำให้คนทำงานดีขึ้นได้กลับทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกอึดอัด ตัวอุปสรรคที่แท้จริงอยู่ที่ระบบงานซึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้บริหาร ที่ดีกว่าคือการอธิบายว่า ผู้บริหารกำลังทำอะไรเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานทราบว่า ผู้บริหารเข้ามาร่วมรับผิดชอบอย่างไร

(ฎ) ขจัดเป้าตัวเลขสำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร ความผันผวนในระบบเป็นเรื่องธรรมชาติ การที่ผู้ปฏิบัติงานจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อาจจะอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเองก็ได้ การทำความเข้าใจในเรื่องนี้ จะช่วยป้องกันการให้รางวัลและการถูกทำโทษโดยไม่เหมาะสม

(ฏ) ขจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความภาคภูมิใจในผลงานของผู้ปฏิบัติงาน สิ่งที่จะทำให้คนไม่ภูมิใจในผลงานของตนเอง เช่น เวลาทำงานที่ไม่เหมาะสม ถูกกดดันเรื่องเวลา

ได้ผลเฉพาะหน้ามากกว่าผลระยะยาว ขาดการลงทุนในเครื่องมือและกำลังคนที่จำเป็น ระบบให้รางวัลที่เน้นบุคคลมากกว่าทีมงาน ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ การประเมินผลงาน ควรเน้นที่การประเมินวิธีทำงาน

(ท) กระตุ้นให้ทุกคนศึกษาและปรับปรุงตนเองตลอดเวลาด้วยการศึกษา

ทุกรูปแบบ

(ฅ) นำทุกคนมาร่วมกันลงมือ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้เกิดคุณภาพ (Quality Transformation) ผู้บริหารระดับสูงต้องสร้างความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพและผลผลิต ซึ่งจะนำไปสู่โครงสร้างองค์กรที่จะสนับสนุนปรัชญาใหม่คือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเดินทางที่ไม่มีวันสิ้นสุด

ข) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement - CQI)

คำว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) นั้น ถูกนำไปใช้ทั้งในความหมายวงแคบและวงกว้าง สำหรับความหมายในวงกว้างนั้น การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) มักจะมีความหมายเดียวกันหรือใกล้เคียงกับ การบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) ได้แก่

แอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1991: 141-146) ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ว่าเป็นระบบการบริหารจัดการที่อยู่บนฐานของการป้องกัน โดยบูรณาการวิธีการ วิธีปฏิบัติ แนวคิดและความเชื่อในเรื่องคุณภาพและการบริหารจัดการเข้าไปเป็นวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

เคาเต และ เมอเรอ (Counte and Meurer, 2001: 197-207) ได้ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ว่าเป็นแนวทางการนำองค์กรที่มุ่งเน้นลูกค้า โดยอยู่บนพื้นฐานของการปรับปรุงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาสินค้าหรือให้บริการอย่างต่อเนื่อง และเป็นปรัชญาการบริหารจัดการที่เน้นวัฒนธรรมและโครงสร้างองค์กรที่เอื้ออำนวยต่อการปรับปรุง และมีการใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการทำความเข้าใจและปรับปรุงกระบวนการอย่างกว้างขวาง

แมคลาฟลินและ คาลุซนีย์ (McLaughlin and Kaluzny, 2006: 3) กล่าวว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) บางครั้งใช้ทดแทนกัน การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) มักใช้เมื่อกล่าวถึงการดำเนินการในทางอุตสาหกรรม ส่วนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) มักใช้ เมื่อกล่าวถึงงานทางด้านคลินิก

นอกจากนี้ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ยังใช้เมื่อกล่าวถึงปรัชญาและแนวทางการปรับปรุงคุณภาพ นอกจากนี้ ยังได้ให้ความหมายการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (TQM/CQI) ว่า เป็นกระบวนการที่องค์กรใช้ เพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในการให้บริการการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ บรรลุความคาดหวังของผู้รับบริการ

แอนโทนี และคณะ (Anthony et al., 2002: 551-566) ได้ให้ความหมายของทีคิวเอ็ม ไว้ว่า เป็นปรัชญาการบริหารจัดการแบบบูรณาการที่มุ่งให้เกิดการปรับปรุงผลงานในด้านผลิตภัณฑ์ กระบวนการและการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุหรือเหนือความคาดหวังของผู้บริหาร

เบอร์วิก (Berwick, 1989: 53-56) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เป็นกลยุทธ์ทางการบริหารที่เน้นความรับผิดชอบร่วมในแง่ของคุณภาพและต้นทุนของกระบวนการ (Process quality and costs) หลังจากที่ได้ดำเนินการอย่างเหมาะสมแล้ว จะทำให้องค์กรมีความสามารถในการลดความสูญเสียดังกล่าว (waste) ที่เกิดขึ้นในกระบวนการให้บริการ รวมทั้งสามารถเพิ่มคุณภาพของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้

ชอร์ทเทล และคณะ (Shortell et al., 1998: 593-624) กล่าวถึง แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องว่า เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถเพิ่มคุณภาพและลดต้นทุนได้ นอกจากนี้ยังอาจทำให้องค์กรมีโอกาสเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน ได้อย่างยั่งยืน

สำหรับความหมายในวงแคบนั้น การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) หมายถึง กระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานใช้ในการปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการและหรือบริการที่ส่งมอบเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้โดยใช้วงจรเดมมิง หรือ Plan-Do-Check-Action cycle (James, 2005: 30)

วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2540: 138-9) ได้กล่าวถึงวงจรเดมมิงว่า เป็นวงจรของการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า PDCA Cycle ย่อมาจาก Plan - Do - Check - Act Cycle โดยที่ Plan หมายถึงการวางแผนหรือการกำหนดแผน Do หมายถึง การลงมือทำตามแผนที่วางไว้ Check หมายถึง การตรวจสอบผลลัพธ์กับแผน ส่วน Act หมายถึง การกำหนดให้เป็นมาตรฐาน เพื่อยึดถือปฏิบัติต่อไป หากบรรลุแผน แต่หากไม่บรรลุแผน ให้หาสาเหตุและวางแผนแก้ไขใหม่ หรือเริ่มวงจร PDCA ใหม่

วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2541: 213-4) ได้กล่าวถึงการดำเนินกิจกรรมในวงจรเดมมิง ดังนี้

(ก) การจัดทำและวางแผน (Plan) ได้แก่

- ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน แล้วกำหนดหัวข้อควบคุม (Control items) ได้แก่ คุณภาพ ต้นทุน การส่งมอบ ความปลอดภัย ขวัญกำลังใจ และสภาพแวดล้อม

- กำหนดค่าเป้าหมายที่ต้องการบรรลุให้แก่หัวข้อควบคุมแต่ละข้อ
- กำหนดวิธีการดำเนินเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

(ข) ปฏิบัติตามแผน (Do)

- หากความรู้เกี่ยวกับวิธีการดำเนินนั้นด้วยการฝึกอบรมหรือศึกษาด้วยตนเอง

- ดำเนินการตามวิธีการที่กำหนด
- เก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์ของหัวข้อควบคุม

(ค) ติดตามประเมินผล (Check)

- ตรวจสอบว่าการปฏิบัติงานเป็นไปตามวิธีการทำงานมาตรฐานหรือไม่

- ตรวจสอบว่าค่าที่วัดได้ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

หรือไม่

- ตรวจสอบว่า ค่าของหัวข้อควบคุม ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

(ง) กำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่เป็นไปตามแผน

(Act)

- ถ้าการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามวิธีการทำงานมาตรฐาน ก็หามาตรการ

แก้ไข

- ถ้าผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ก็ค้นหาสาเหตุและแก้ไขที่ต้น

ตอเพื่อมิให้เกิดปัญหาซ้ำขึ้นอีก

- ปรับปรุงระบบการทำงานและเอกสารวิธีการทำงานมาตรฐาน

นอกจากนี้ ยังได้กล่าวถึงการแบ่งวงจรเดมมิ่งออกเป็น 8 ขั้นตอนย่อยของ อีซิกะวะ คะ โอรุ เพื่อให้เข้าใจง่ายและนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในนามของ “นิทานคิวซี (QC Story)” ดังนี้ (วิรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2541: 213)

(ก) กำหนดหัวข้อเป้าหมายและค่าเป้าหมาย (Plan)

(ข) กำหนดวิธีการและขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อการบรรลุเป้าหมาย (Plan)

(ค) ศึกษาหาความรู้ที่เกี่ยวข้อง (Do)

(ง) ดำเนินการ (Do)

- ดำเนินการต่อ
- (จ) ติดตามประเมินผล (Check) ถ้าไม่มีปัญหา ย้อนกลับไปขั้นตอนที่ 4
 - (ฉ) แก้ไขอาการของปัญหาเป็นการเร่งด่วนเฉพาะหน้า (Act)
 - (ช) ค้นหาสาเหตุของปัญหา แล้วแก้ไขที่สาเหตุ เพื่อป้องกันการปัญหาซ้ำ (Act)
 - (ซ) ตรวจสอบว่าแก้ไขปัญหาก็จะงัดหรือไม่ (Act)
- สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการที่ ผู้ปฏิบัติงานใช้ในการวางแผนและดำเนินการปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการให้บริการและ/หรือ กระบวนการสนับสนุนตามวงจรเดมมิ่ง โดยไม่มีที่สิ้นสุด

ค) ขั้นตอนการปรับปรุงคุณภาพ

- ฟิลลิป บี ครอสบี (Philip B. Crosby) ได้กล่าวถึงหลักการพื้นฐานของการปรับปรุงคุณภาพ โดยอยู่บนหลักการ 5 ประการ ประกอบด้วย (James, 2005: 61)
- (ก) คุณภาพคือความสอดคล้องกับข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ได้จากกระบวนการ
 - (ข) ไม่มีสิ่งที่เป็นปัญหาคุณภาพเกิดขึ้น
 - (ค) ระบบคุณภาพที่ดีคือการป้องกันและทำอย่างถูกต้องเสียแต่เริ่มแรก (Do it right the first time)
 - (ง) เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีคือ ต้นทุนที่เกิดจากคุณภาพที่ไม่ดี (Cost of quality)
 - (จ) มาตรฐานการทำงานคือความผิดพลาดเป็นศูนย์ (Zero defect) และมีขั้นตอนในการปรับปรุงคุณภาพ 14 ขั้นตอน (14 Steps of Crosby for Quality Improvement) ประกอบด้วย (James, 2005: 62-4)
 - (ก) ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นผูกพันในการพัฒนาคุณภาพ
 - (ข) มีทีมในการปรับปรุงคุณภาพ
 - (ค) มีการวัดผลการปรับปรุงคุณภาพ
 - (ง) มีการศึกษาต้นทุนคุณภาพ
 - (จ) มีความตระหนักในการปรับปรุงคุณภาพ
 - (ฉ) มีการปฏิบัติการแก้ไขเมื่อพบปัญหา
 - (ช) มีการวางแผนการปฏิบัติงานแบบ “ไม่มีข้อผิดพลาด (Zero Defect)”

(ซ) มีการให้การศึกษาศึกษาและฝึกอบรมแก่พนักงาน

(ฉ) มีการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติงานที่ไม่เกิด

ข้อผิดพลาด โดยมีการจัดงานสำหรับแนวคิดดังกล่าว

(ญ) มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน

(ฎ) มีการจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาด

(ฏ) มีการให้รางวัลสำหรับผลงานที่เป็นเลิศ

(ฐ) มีคณะกรรมการคุณภาพของหน่วยงาน

(ฑ) ทำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ฟรายด์ และคาร์เพนเตอร์ (Fried and Carpenter, 2006: 154-5) ได้กล่าวถึง ทีมปรับปรุงคุณภาพ โดยทีมงานดังกล่าว จะมีบทบาทในการวิเคราะห์ปัญหา หาวิธีแก้ไขและ ประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงในการปรับปรุงคุณภาพ ทีมของผู้ปฏิบัติงาน มีความสำคัญต่อ ความสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพ เนื่องจากเหตุผลหลายประการ ได้แก่ ผู้บริหารมักจะมองไม่เห็น ปัญหาคุณภาพในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่เข้าใจกระบวนการที่เกิดปัญหามากกว่าผู้บริหาร และสามารถเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขที่เป็นไปได้ นอกจากนี้ การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้อง ได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงาน และการมีทีมงานที่มีสมรรถนะสูงและ ประสบความสำเร็จได้นั้น ผู้บริหารต้องเข้ามามีส่วนร่วม ให้เวลา ปรับโครงสร้างให้เหมาะสม และ ส่งเสริมโดยมอบอำนาจการตัดสินใจในการทำงาน รวมทั้ง สร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการ สื่อสารอย่างเปิดเผยด้วยความรู้สึกปลอดภัย (psychological safety) ปราศจากการถูกกล่าวหาหรือ ตำหนิ ทั้งทีมทางคลินิกและทีมในการบริหารจัดการ ทีมงานที่มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง จะต้องมีความเหมาะสม สมาชิกในทีมมีความเชี่ยวชาญสอดคล้อง กับเป้าหมายของทีม ทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน บทบาทของสมาชิกแต่ละคนเชื่อม ประสานกันเป็นอย่างดี ไม่เกิดความขัดแย้ง สมาชิกสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเปิดเผย มี บรรทัดฐานในการทำงาน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ได้แก่ ทรัพยากร อาทิเช่น งบประมาณ องค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบ การสื่อสาร ตลอดจนขวัญและกำลังใจของบุคลากร โดยแสดงการยอมรับและมอบรางวัลเมื่อมี ผลงานที่ดี หัวหน้าทีมมีภาวะผู้นำ มีการสื่อสารทั้งภายในทีมและภายนอกเป็นอย่างดี และที่สำคัญ มี การฝึกอบรมและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

วินเซนต์ โอมาโชนู และ โจเอล รอส (Vincent K. Omachonu and Joel E. Ross, 2004: 101-2) ได้กล่าวถึงการจัดการคุณภาพกระบวนการ (Management of Process Quality) ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การควบคุมกระบวนการทางสถิติ (Statistical

Process Control) โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ อธิบายลักษณะและแสดงข้อกำหนดของกระบวนการ พร้อมระบุตัวแปรที่สำคัญ กำหนดมาตรฐานและมาตรวัดผลผลิต วัดผลผลิตในการปฏิบัติงาน ประเมินผลโดยเปรียบเทียบผลผลิตกับมาตรฐาน โดยผลสำเร็จของการควบคุมกระบวนการ พิจารณาจากความแปรปรวนที่ลดลงและกระบวนการมีเสถียรภาพมากขึ้น กรณีที่ไม่ได้ตามมาตรฐาน ให้ทบทวนวิธีการ พร้อมระบุตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพเพิ่มเติม รวมทั้ง ระบุและจัดสาเหตุของข้อบกพร่องหรือความแปรปรวน

ไดแอน แอล เคลลี และ ซูซาน พอล จอห์นสัน (Diane L. Kelly and Susan Paul Johnson, 2006: 95-130) ได้กล่าวถึงความแปรปรวน/ความผันผวนของกระบวนการภายในองค์กร (process variation) และความสำคัญของการวัดและวิเคราะห์ความสามารถและสมรรถนะของกระบวนการภายในองค์กร (process capability and performance) ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) โดยการวิเคราะห์จะเข้ามามีบทบาทในนำข้อมูลผลการดำเนินงานที่ได้จากการวัดมาใช้ เพื่อประเมินสถานการณ์ในปัจจุบัน ปรับปรุงกระบวนการและติดตามความก้าวหน้า เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังได้กล่าวถึงความสำคัญของเครื่องมือในการจัดการกระบวนการ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ยังถูกนำไปใช้เป็นแนวคิดของกระบวนการปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการและหรือบริการที่ส่งมอบให้กับผู้ป่วย ดังนี้

พอล บาทัลเดน (Paul Batalden) ได้กล่าวถึงกรอบของกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในวงการสุขภาพ หรือที่เรียกย่อๆ ว่า FOCUS PDCA framework ซึ่งสร้างโดยกลุ่ม Quality Resource Group ขององค์กร Hospital Corporation of America (HCA) โดยกรอบดังกล่าว เป็นการเพิ่มเติมจากวงจรเดมมิง ประกอบขั้นตอนดังต่อไปนี้ (Batalden, 1993: 67)

- (ก) ค้นหากระบวนการที่จะปรับปรุง (Find the process to improve)
- (ข) จัดทีมซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการดังกล่าว (Organize a team that knows the process)
- (ค) ค้นหาหาความรู้เกี่ยวกับกระบวนการให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน (Clarify current knowledge of the process)
- (ง) ทำความเข้าใจแหล่งที่มาของความผันผวน (Understand sources of variation)
- (จ) คัดเลือกแผนการปรับปรุง

(ฉ) วางแผนในการปรับปรุงและเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (Plan the improvement and continued data collection) ทำการปรับปรุง เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล (Do the improvement, the data collection, data analysis)

(ช) ตรวจสอบและศึกษาผลการปรับปรุง (Check and study the results)

(ซ) กระทำการรักษาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act to hold gain, continue improving)

คาเรน ฮาดี และ ไบรอัน โกลด์ (Karen Hardee and Brian Gould, 1993: 147-52) ได้กล่าวถึงกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement process) ในการดูแลคุณภาพ ว่ามีความหมายเดียวกับ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) โดยใช้ตัวแบบวิธีการที่เป็นขั้นตอน เรียกว่า FOCUS-PDCA cycle ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่

(ก) หาโอกาสในการปรับปรุง

(ข) จัดตั้งทีมงานในการปรับปรุง

(ค) ทำความเข้าใจกระบวนการให้ลึกซึ้ง

(ง) ค้นหาสาเหตุที่เป็นไปได้

(จ) เลือกวิธีการปรับปรุง

(ฉ) วางแผนในการปรับปรุง

(ช) ดำเนินการ

(ซ) ตรวจสอบข้อมูลในการปรับปรุง

(ฅ) แก้ไขหรือดำเนินการตามผลการปรับปรุง

โยเซฟ ดี ดลุแกซ และคณะ (Yosef D. Dlugacz et al. , 2004: 17-38) ได้กล่าวถึงบทบาทของข้อมูลคุณภาพ ที่นำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนใช้ประกอบการตัดสินใจในทุกระดับ ตั้งแต่ การคาดการณ์ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้า วิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อระบุประเด็นและวิธีแก้ไขปรับปรุง กำหนดแผนและประเมินผลการปรับปรุงผลการดำเนินงาน นอกจากนั้น ยังใช้ ตรวจสอบและ ติดตามผลการดำเนินงาน และระบุการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Dlugacz, 2004: 58-79)

เคอติส แมคลาฟลิน และ เดวิด คิบบี (Curtis P. McLaughlin and David C. Kibbe, 2006: 247-53) ได้กล่าวถึงบทบาทของการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศในการสนับสนุน การตัดสินใจและการกระทำ เพื่อเพิ่มความสามารถในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) การบริหารจัดการข้อมูลมีลักษณะการกระจายไปยังส่วนต่างๆ ทั่วทั้งองค์กร (decentralized data

management) โดยทีมปรับปรุงคุณภาพทั้งหลาย ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายหลายวิชาชีพ รวมทั้งผู้บริหารในระดับต่างๆ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวม และตัดสินใจว่า ข้อมูลที่จะเก็บมีอะไรบ้าง ซึ่งมีทั้งข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลสำหรับงานบริหารจัดการ นำมาจากแหล่งข้อมูล ทั้งภายในและภายนอกองค์กร

กล่าวโดยสรุป ยุคการพัฒนาคุณภาพแบบตรวจสอบ จะมุ่งเน้นที่การตรวจสอบผลผลิต เมื่อพบข้อบกพร่องแล้วจะแก้ไข ยุคต่อมา ยุคควบคุมคุณภาพ จะเน้นที่การควบคุมระหว่างกระบวนการผลิต โดยคอยตรวจจับความแปรปรวนของกระบวนการที่มากเกินไป ควบคุม ถ้ามีค่าที่ผิดปกติมาก (Outlier) ก็หาสาเหตุของความแปรปรวน และขจัดออกไป (Corrective action) ถัดมาในยุคของการประกันคุณภาพ เน้นระบบที่ดี ผลผลิตของกระบวนการอยู่ในความควบคุม มีมาตรการป้องกันสาเหตุพิเศษของความแปรปรวน มีการประเมินมาตรการป้องกัน มีการทบทวนความต้องการของลูกค้า ยุคสุดท้าย เป็นยุคการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ซึ่งมุ่งเน้นลูกค้า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคลากรในองค์กร โดยเน้นความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า ทุกคนมีส่วนร่วม รวมทั้ง ผู้บริหาร และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ของกระบวนการ

3. การดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

3.1 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในต่างประเทศ

ความเป็นมาของแนวคิดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลในต่างประเทศ สามารถแบ่งเป็นยุคต่างๆ ได้เช่นเดียวกับการพัฒนาคุณภาพในภาคอุตสาหกรรมที่กล่าวข้างต้นได้ ดังนี้

3.1.1 ยุคการตรวจสอบ

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลในต่างประเทศ เริ่มมีมาตั้งแต่กลาง ศตวรรษที่ 19 โดยเริ่มต้นด้วยการตรวจสอบ (inspection) โดยติดตามผลลัพธ์ในการดูแลรักษาของ ฟลอเรนซ์ นิงติงเกล (Florence Nightingale) ที่ได้ติดตามผลการดูแลรักษาทหารที่ได้รับบาดเจ็บ ระหว่างสงคราม พบว่า การดูแลรักษาบาดแผลที่เพียงพอมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการลดลง ของอัตราการตายของทหาร ต่อมาเธอได้ทำการศึกษาเพิ่มเติม และได้กำหนดเกณฑ์คุณภาพของการ ให้บริการทางการแพทย์ขึ้นมา (Al-Assaf, 1993: 3-4)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1914 เอิร์นเนส คอดแมน (Ernest Codman) ศัลยแพทย์แห่งโรงพยาบาลแมสซาชูเซต ได้เสนอระบบติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย เพื่อประเมินว่า การผ่าตัดช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยหรือ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลง (Bull, 1996: 144; Al-Assaf, 1993: 4)

3.1.2 ยุคการควบคุมคุณภาพ

จากการเสนอระบบติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของเอิร์นเนส คอดแมน (Ernest Codman) ได้กระตุ้นให้วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกาได้จัดทำแผนงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานในปี ค.ศ. 1918 โดยได้กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลขึ้น (Bull, 1996: 144; Al-Assaf, 1993: 4) ซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการควบคุมคุณภาพในการดูแลสุขภาพ โดยมีการกำหนดมาตรฐานขึ้นมาให้ถือปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีการจัดทำเกณฑ์และมาตรวัดในการประเมินที่ชัดเจน รวมทั้งไม่ได้มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้กับผลลัพธ์ที่วางแผนไว้ ซึ่งถือเป็นการควบคุมคุณภาพที่ไม่สมบูรณ์ แต่หลังจากนั้น การพัฒนาคุณภาพไม่ได้มีความคืบหน้ามากเท่าที่ควร เนื่องจากเป็นช่วงสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง ต่อด้วยภาวะเศรษฐกิจตกต่ำครั้งใหญ่ และสงครามโลกครั้งที่สอง

3.1.3 ยุคการประกันคุณภาพ

ในปี ค.ศ. 1952 วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งอเมริกาก็ได้จัดตั้งคณะกรรมการร่วมในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Joint Commission on Accreditation of Hospitals - JCAH) โดยมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของคณะกรรมการ JCAH ในช่วงแรกนั้น เป็นมาตรฐานเชิงโครงสร้าง ซึ่งเน้นคุณภาพของผู้ประกอบวิชาชีพและองค์กร มีวัตถุประสงค์ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้แน่ใจว่า การดูแลสุขภาพถูกส่งมอบในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่มีความปลอดภัย โดยผู้ให้บริการที่มีคุณวุฒิ

ในปี ค.ศ. 1965 รัฐบาลอเมริกันได้แก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุและคนจน ด้วยแผนงานเมดิแคร์ (Medicare) และเมดิแคด (Medicaid) และมีกลไกในการควบคุมคุณภาพในการให้บริการ โดยส่งเสริมให้คณะกรรมการร่วมในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (JCAH) บังคับใช้ข้อกำหนดและมาตรฐานในการรับรองคุณภาพดังกล่าว ส่งผลให้องค์กรที่ให้บริการดูแลสุขภาพจัดตั้งแผนกประกันคุณภาพขึ้น (Al-Assaf, 1993:7) จะเห็นได้ว่า กลไกภายในโรงพยาบาล สำหรับการพัฒนาคุณภาพเพิ่งจะเกิดขึ้น หลังจากมีการบังคับใช้กฎหมายให้มีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนั้น แผนกประกันคุณภาพจึงต้องรับหน้าที่ในควบคุมและประกันคุณภาพพร้อมกันในโรงพยาบาล

ต่อมา มาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้เน้นไปยังกระบวนการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังที่บรูคและเอเวอรี่ (Brook and Avery, 1975: 3) ได้กล่าวถึง รายงานการศึกษาคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วย 3 ฉบับ ซึ่งศึกษาโดยนายแพทย์ปีเตอร์สัน (Peterson, 1956) มอร์เฮด (Morehead, 1958) และ เพย์ (Payne, 1962) การศึกษาดังกล่าวเน้นศึกษาที่กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจร่างกายผู้ป่วย การนัดตรวจเพื่อติดตามผล การให้บริการผู้ป่วยนอก และการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผลการศึกษา พบความบกพร่องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวอย่างมากและจำเป็นต้องมีการติดตามและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Al-Assaf, 1993: 7)

ต่อมามาตรฐานในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ก็ได้ขยายขอบเขตมากขึ้นจากเดิมที่มีเฉพาะองค์ประกอบด้าน โครงสร้างและกระบวนการ โดย โคนาบีเดียน (Donabedian) ได้เสนอแนวทางการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพโดยมีองค์ประกอบของมาตรฐาน ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ (Structure – Process – Outcome) (Bull, 1996: 146) ตัวอย่างที่ทำให้มองเห็นเป็นรูปธรรม ได้แก่ การที่สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกาได้พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติสำหรับงานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยชุมชน และงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งและได้นำรูปแบบของการประกันคุณภาพ (Quality Assurance Model) มาใช้ในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย รูปแบบดังกล่าว ประกอบด้วย (Bull, 1996: 148-9)

- 1) ระบุคุณค่าของคุณภาพในมุมมองต่างๆ ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพ สังคม
- 2) การระบุมาตรฐานและหลักเกณฑ์ในการประเมิน ในรูปของ โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์
- 3) การวัดเพื่อประเมินระดับของการปฏิบัติในปัจจุบัน
- 4) การตีความผลที่วัดได้ โดยการประเมินจุดอ่อนและจุดแข็ง
- 5) การระบุแนวทางการแก้ไขที่เป็นไปได้
- 6) การเลือกแนวทางการแก้ไข
- 7) การลงมือปฏิบัติ

โดยรูปแบบดังกล่าว ได้ส่งเสริมให้มีการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างเกณฑ์เชิงโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์

3.1.4 ยุทธการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่า มาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการประกันคุณภาพ ส่วนใหญ่มาจากผู้ประกอบวิชาชีพในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงค่านิยมของตนเอง โดยที่ข้อมูลนำเข้าที่ได้รับจากผู้รับบริการยังมีขีดจำกัด

ต่อมาในช่วงทศวรรษ 1980 คณะกรรมการร่วมในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (JCAH) ได้กำหนดมาตรฐานฉบับใหม่ว่า กิจกรรมประกันคุณภาพจะต้องบูรณาการกับแผนงานในทุกส่วนของโรงพยาบาลที่เน้นการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการปรับปรุงผลการดำเนินงานขององค์กรด้วยแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) และใช้มุมมองของผู้รับบริการในการประเมินผลการให้บริการดูแลสุขภาพ หลังจากนั้น แนวคิดการประกันคุณภาพ (QA) ในสถานบริการสุขภาพก็เริ่มถูกแทนที่ด้วยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) โดยรูปแบบของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ที่เป็นที่ยอมรับ ได้แก่ แนวคิดของเดมมิง (Deming) จูเรน (Juran) และ ครอสบี (Crosby) ถึงแม้ว่าจะมีรายละเอียดของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บางส่วนที่แตกต่างกัน แต่หัวใจของการปรับปรุงคุณภาพของผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้น คือ ความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูงในการจัดอุปสรรคที่มีต่อคุณภาพขององค์กร นอกจากนี้ ใจความสำคัญของแนวคิดดังกล่าวคือ ความมุ่งมั่นต่อหลักการของการบริหารคุณภาพ ได้แก่ การกำหนดกระบวนการทำงาน การบรรลุความต้องการของผู้รับบริการ การให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุงกระบวนการ การใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและตัดสินใจ และภาวะผู้นำ (Bull, 1996: 152-3)

ในปัจจุบัน การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้รับความสนใจมากขึ้น และมีมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพองค์กร ซึ่งมีหลักการพื้นฐานมาจากการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (TQM/CQI) ดังนี้

- 1) มาตรฐานรางวัลคุณภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige Quality Award) เกณฑ์ดังกล่าว แบ่งออกเป็น 7 หมวด ได้แก่
 - หมวดภาวะผู้นำ (Leadership)
 - หมวดการวางแผนคุณภาพเชิงกลยุทธ์ (Strategic quality planning)
 - หมวดสารสนเทศและการวิเคราะห์ (Information and analysis)
 - หมวดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human resource development and management)
 - หมวดการบริหารคุณภาพกระบวนการ (Management of process quality)
 - หมวดการมุ่งเน้นและความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer focus and satisfaction)
 - หมวดผลลัพธ์ (Quality and operational results)

- 2) มาตรฐานของยุโรป คือ European Foundation for Quality Management (EFQM) Award แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม Enabler (Enabler criteria) และกลุ่มผลลัพธ์ (Results criteria) และประกอบด้วย 9 หมวด ได้แก่

กลุ่ม Enabler ประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่

- หมวดการนำองค์กร (Leadership)
- หมวดการบริหารบุคคล (People management)
- หมวดนโยบายและกลยุทธ์ (Policy and Strategy)
- หมวดทรัพยากร (Resources)
- หมวดกระบวนการ (Processes)

กลุ่มผลลัพธ์ (Results criteria) ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่

- ความพึงพอใจของบุคลากร (People Satisfaction)
- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer Satisfaction)
- ผลกระทบต่อสังคม (Impact on Society)
- ผลลัพธ์ทางธุรกิจ (Business results)

- 3) มาตรฐานของสหราชอาณาจักร มีชื่อว่า King's Fund Award ปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็น UK Health Quality Service ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มการบริหารจัดการและบริการสนับสนุน

- หมวดการบริหารจัดการโรงพยาบาล (Hospital management)
- หมวดบริการอาหาร (Catering services)
- หมวดบริการที่พักอาศัย (Hotel services)
- หมวดการควบคุมการติดเชื้อ (Infection control)
- หมวดสุขภาพและความปลอดภัย (Health and Safety)
- หมวดบริการเวชระเบียน (Medical record service)
- หมวดเนื้อหาเวชระเบียน (Medical record content)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มการบริหารจัดการวิชาชีพ (Professional management)

- หมวดวิชาชีพแพทย์ (Medical)
- หมวดวิชาชีพพยาบาล (Nursing)
- หมวดวิชาชีพด้านการแพทย์ (Professionals allied to medicine)

กลุ่มที่ 3 การบริหารจัดการแผนก (Department management)

- หมวดบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Accident and emergency services)

- หมวดบริการดูแลประจำวัน (Acute day care service)
- หมวดบริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory service)
- หมวดบริการห้องผ่าตัด (Operating theatre service)
- หมวดบริการผู้ป่วยนอก (Out-patient service)
- หมวดบริการเภสัชกรรม (Pharmaceutical service)
- หมวดบริการรังสีวิทยา (Radiology service)
- หมวดบริการดูแลพิเศษ (Special care service)

โดยมาตรฐาน 2 อย่างหลังอยู่บนพื้นฐานของเกณฑ์ ISO9000 มาตรฐานเหล่านี้ ได้รวบรวมวิธีการที่สามารถดำเนินการในองค์กร เพื่อให้แน่ใจว่าบรรลุความต้องการของผู้รับบริการ ยิ่งไปกว่านั้น ยังบรรจุข้อกำหนดขององค์กรทั้งภายในและภายนอกด้วยต้นทุนที่เหมาะสม ต่อมาแต่ละมาตรฐานดังกล่าว ได้มีการปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับทั้งอุตสาหกรรมภาคการผลิตและบริการ โดยเฉพาะ การให้บริการดูแลสุขภาพ ซึ่งมักจะมีความซับซ้อนมากและทำให้เกิดปัญหาการวัดมากมาย (Counte and Meurer, 2001: 197-207)

มาตรฐานเกณฑ์คุณภาพดังกล่าว มีทั้งในส่วนที่เหมือนและแตกต่างกัน แสดงได้ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 องค์กรประกอบเกณฑ์รางวัลคุณภาพมาตรฐานต่างๆ (Counte and Meurer, 2001)

หมวดเกณฑ์คุณภาพ	Baldrige	King's Fund	EFQM
ภาวะผู้นำ (Leadership)	X	X	X
กระบวนการ (Process)	X	X	X
ทรัพยากรมนุษย์และการฝึกอบรม (Human resources, training)	X	X	X
การวางแผน (Planning)	X	X	
สารสนเทศ (Information)	X	X	
ผลลัพธ์ (Results)	X		X
ผู้รับบริการ (Customer)	X		X
นวัตกรรม (Innovation)			X
ซัพพลายเออร์ (Supplier)			X
ผลิตภัณฑ์ (Product)		X	
การตรวจสอบ (Inspection)		X	

ซอร์เทล และคณะ (Shortell et al., 1995) ได้ประเมินผลของการนำแนวคิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI/TQM) ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย (Malcolm Baldrige National Quality Award) ไปใช้ในโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลดังกล่าว เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจหาความน่าเชื่อถือ (reliability) และความตรง (validity) แบบสอบถามดังกล่าว ประกอบด้วย 7 หมวด ได้แก่

- 1) การนำองค์กร (Leadership)
- 2) สารสนเทศและการวิเคราะห์ (Information and analysis)
- 3) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) ประกอบด้วยอีก 2 หมวดย่อย ได้แก่ การมอบอำนาจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน (Empowerment) และ การให้ความรู้และฝึกอบรม (Education and training)
- 4) การบริหารคุณภาพ (Quality management)
- 5) การวางแผนคุณภาพเชิงกลยุทธ์ (Strategic quality planning)
- 6) หมวดการมุ่งเน้นและความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer focus and satisfaction)
- 7) หมวดผลลัพธ์ (Quality and operational results)

โดย 5 หมวดแรก เป็นส่วนของการวัดการดำเนินการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง และ 2 หมวดหลังเป็นหมวดผลลัพธ์ ต่อมาแบบสอบถามดังกล่าวได้มีการปรับปรุงโดยนำเอาหมวดย่อยการมอบอำนาจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและการวางแผนคุณภาพเชิงกลยุทธ์มารวมกันดังรายละเอียดต่อไปนี้ ซึ่งได้อ้างอิงมาจากแบบสอบถาม Healthcare Organization Survey for Senior Leadership ในส่วนของการประเมินการปรับปรุงคุณภาพในองค์กร (Part B: Quality improvement in the organization)

หมวดการนำองค์กร

1. ผู้บริหารแสดงให้เห็นถึงค่านิยมขององค์กรเกี่ยวกับคุณภาพบริการและการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้บริหารมีพฤติกรรมสอดคล้องกับค่านิยมเกี่ยวกับคุณภาพบริการและการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้บริหารได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเปลี่ยนแปลง เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ
4. ผู้บริหารทำตามคำแนะนำ เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ
5. ผู้บริหารทำให้เชื่อมั่นว่าการปรับปรุงคุณภาพจะประสบผลสำเร็จ

หมวดสารสนเทศและการวิเคราะห์

1. องค์กรใช้ข้อมูลและสารสนเทศในการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างกว้างขวาง
 2. องค์กรพยายามปรับปรุงวิธีการใช้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
 3. องค์กรพยายามปรับปรุงความถูกต้อง แม่นยำและความเกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการของข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
 4. องค์กรพยายามปรับปรุงความทันเวลาในการให้ข้อมูลคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
- การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการวางแผนคุณภาพ

1. ผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วมในการจัดทำแผนปรับปรุงคุณภาพ
2. ผู้ปฏิบัติงานมีบทบาทในการจัดลำดับความสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพ
3. ผู้ปฏิบัติงานมีอำนาจในการแก้ไขปัญหาในงานของตนเอง เมื่อไม่บรรลุมาตรฐานคุณภาพในการทำงาน
4. ผู้ปฏิบัติงานได้รับการช่วยเหลือ เมื่อต้องรับความเสี่ยงในการปรับปรุงคุณภาพ
5. องค์กรมีระบบสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการให้ความแนะนำต่อผู้บริหารเกี่ยวกับวิธีการปรับปรุงคุณภาพ

การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรมนุษย์

1. ผู้ปฏิบัติงานได้รับความรู้และการฝึกอบรมในการระบุและแก้ไขจุดอ่อนเพื่อปรับปรุงคุณภาพ
2. ผู้ปฏิบัติงานได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับวิธีการทางสถิติและการวิเคราะห์เชิงปริมาณในการปรับปรุงคุณภาพ
3. ผู้ปฏิบัติงานได้รับความรู้และการฝึกอบรมที่จำเป็น สำหรับการปรับปรุงทักษะในการทำงานและผลงาน
4. ผู้ปฏิบัติงานได้รับรางวัลและการยกย่องชมเชย เมื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงคุณภาพ ทั้งในรูปแบบตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน

หมวดการบริหารคุณภาพ

1. ผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบการประกันคุณภาพสามารถประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการปรับปรุงคุณภาพบริการได้อย่างดี
2. องค์กรมีแนวทางในการสนับสนุนการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างได้ผล
3. องค์กรกับซัพพลายเออร์ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดในการปรับปรุงคุณภาพบริการ
4. องค์กรพยายามนำเอากระบวนการปรับปรุงคุณภาพไปใช้ในการออกแบบการให้บริการใหม่ๆ
5. องค์กรใช้หลักการประกันคุณภาพในการค้นหาวิธีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพ

1. องค์กรบรรลุผลสำเร็จในการปรับปรุงวิธีการและขั้นตอนการให้บริการ
2. ในอดีตที่ผ่านมา องค์กรได้แสดงให้เห็นผลสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพบริการของหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างต่อเนื่อง
3. ในอดีตที่ผ่านมา องค์กรได้แสดงให้เห็นผลสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพบริการของหน่วยงานสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เช่น แผนกห้องปฏิบัติการ แผนกเภสัชกรรม แผนกรังสีวิทยา อย่างต่อเนื่อง
4. ในอดีตที่ผ่านมา องค์กรได้แสดงให้เห็นผลสำเร็จในการลดต้นทุน ในขณะที่ยังคงรักษาหรือยกระดับคุณภาพการให้บริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

1. องค์กรบรรลุผลสำเร็จในการหาความต้องการจำเป็นและความคาดหวังของผู้ป่วย
2. บุคลากรสามารถแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที
3. มีการนำข้อร้องเรียนของผู้ป่วยมาพิจารณาเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ
4. องค์กรได้นำข้อมูลจากผู้ป่วยมาใช้ปรับปรุงคุณภาพบริการ
5. องค์กรได้นำข้อมูลความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยมาใช้ในการออกแบบการให้บริการใหม่ๆ

สำหรับมาตรฐานของยุโรป แวกเนอร์ และคณะ (Wagner et al., 1999; Wagner et al., 2006) ได้ศึกษาและเสนอเครื่องมือในการวัดระดับการพัฒนาระบบคุณภาพในองค์กรที่ให้บริการสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยแบ่งระยะการพัฒนาดังกล่าว (Development stages) ออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

- 1) ระยะรับรู้ (Orientation and Awareness stage) ถือเป็นระยะเริ่มต้นในการพัฒนา มีการรับรู้และเกิดความตระหนักว่า จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนมีการกำหนดทิศทางในการดำเนินการ มีกิจกรรมการประกันและปรับปรุงคุณภาพ แต่ยังไม่เป็นระบบ มีการควบคุมกำกับด้านคุณภาพ เช่น การทบทวน การใช้มาตรฐานการรักษาเฉพาะ ผู้บริหารเริ่มให้ความสำคัญในการกำหนดทิศทางองค์กร บุคลากรสายวิชาชีพ เป็นหลักในการทำประกันคุณภาพ
- 2) ระยะเตรียมการ (Planning and Preparation stage) เป็นระยะที่ทำให้เกิดสถานะหรือปัจจัยแวดล้อมที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ เป็นการวางแผนและเตรียมการ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง
- 3) ระยะดำเนินการ (Experimentation and Implementation stage) เป็นระยะที่มีการพัฒนาคุณภาพในทางปฏิบัติ ในสายงานต่างๆ และข้ามสายงาน โดยใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพ

- 4) ระยะก่อตั้งเข้าสู่ระบบและบูรณาการ (Establishment and Integration stage) เป็นระยะที่การพัฒนาคุณภาพถูกนำไปใช้กับการปฏิบัติงานประจำวัน โดยผลของการพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามพัฒนามาจากเกณฑ์รางวัล Dutch Quality Award ที่แปลมาจาก เกณฑ์รางวัล European Foundation for Quality Management (EFQM) Award และได้ผ่านการวิเคราะห์ความเที่ยงตรง (Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงนั้น ในส่วนของ Content validity แบบสอบถามนี้ ได้ทำร่วมกับคณะผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการสุขภาพ สำหรับ Construct validity ใช้การวิเคราะห์ปัจจัยในการประเมิน (Exploratory Factor Analysis and Multi-group Confirmatory Factor Analysis) หลังจากนั้น นำไปวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Simultaneous Component Analysis) ในขั้นตอนสุดท้าย สำหรับนำไปใช้ในแต่ละกลุ่มบริการ สำหรับการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ในแต่ละปัจจัยนั้น เป็นการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคอัลฟา (coefficient Cronbach's alpha) ซึ่งผลที่ได้ ทุกปัจจัยได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.75

จากการวิเคราะห์ดังกล่าว ทำให้ได้เครื่องมือในการประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพในองค์กร ซึ่งมีรายละเอียด 5 ด้าน โดยในแต่ละด้าน ประกอบด้วยกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับวงจรการพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA cycle) สะท้อนให้เห็นความเชื่อมโยงและบูรณาการกัน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ถ้าหน่วยงานต่างๆ ในองค์กรมีการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวได้ครบวงจรมาก ก็จะมีระดับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้มากตามไปด้วย ได้แก่

- 1) ด้านนโยบายและกลยุทธ์ หมายถึง การมีเอกสารที่แสดงถึงนโยบายด้านคุณภาพ (Quality policy documents) ดังนี้

- รายละเอียดของพันธกิจด้านต่างๆ
- รายละเอียดบริการต่างๆ ขององค์กร
- เอกสารแสดงลักษณะและมาตรฐานคุณภาพบริการขององค์กร
- เอกสารนโยบายคุณภาพของผู้บริหารเป็นลายลักษณ์อักษร
- แผนปฏิบัติการด้านคุณภาพขององค์กร ทั้งในภาพรวม และแผนก/ฝ่ายต่างๆ
- คู่มือการทำคุณภาพ
- รายงานประจำปีด้านคุณภาพ

- 2) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการปรับปรุงคุณภาพ (Involvement of patients) ต่างๆ ดังนี้

- การประเมินผลความสำเร็จและกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ
- การจัดทำเกณฑ์และข้อกำหนดด้านคุณภาพ
- การกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติในการให้บริการ
- การเข้าร่วมในโครงการปรับปรุงคุณภาพและ/หรือคณะกรรมการคุณภาพ
- การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับผลการสำรวจความพึงพอใจและข้อร้องเรียน

3) ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ หมายถึง การที่หน่วยงานต่างๆ มีการควบคุมกระบวนการตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติต่างๆที่ได้กำหนดขึ้น (Process control based on standards) ดังนี้

- มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการรักษาพยาบาล
- แนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย
- แนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์
- แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตหรือสำคัญ
- แนวทางการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการรับและส่งต่อกับ

หน่วยงานในเครือข่ายบริการ

- ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้ามารับบริการจนถึงการจำหน่าย

4) ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) หมายถึง การมีกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

- ผู้ปฏิบัติงานได้รับการส่งเสริมให้พัฒนาตัวเอง เพื่อความก้าวหน้าในการทำงาน
- มีการให้ความรู้และฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพแก่ผู้บริหาร
- มีการให้ความรู้และฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพแก่ผู้ปฏิบัติงาน
- มีการให้ความรู้และฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพแก่ผู้ปฏิบัติงานใหม่
- มีการทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพร่วมกับการทำงานปกติ
- มีการให้ความรู้และฝึกอบรม ที่สอดคล้องและจัดลำดับความสำคัญโดยพิจารณาจากนโยบาย

การพัฒนาคุณภาพ

- ผู้บริหารชี้แจงข้อกำหนดและความคาดหวังเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ
- การคัดเลือกบุคลากรใหม่ พิจารณาจากเจตคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพร่วมด้วย
- ผู้บริหารควบคุมกำกับ โดยพิจารณาความสอดคล้องของการปฏิบัติงานตามแผนประจำปีกับ

นโยบายและระเบียบปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพขององค์กร

- มีการกำกับและติดตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงานย่อยต่างๆ
- มีการแจ้งผลการปฏิบัติงานกลับไปยังผู้ปฏิบัติงาน

5) ด้านการปรับปรุงกระบวนการ หมายถึง การมีกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งเน้นให้ผลการดำเนินการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Process improvement based on QI-procedures) ดังนี้

- มีการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ
- มีการสำรวจความต้องการของหน่วยงานภายนอก เช่น ผู้ส่งต่อ ผู้รับการส่งต่อ และอื่นๆ
- มีคณะกรรมการด้านต่างๆ เช่น ด้านความเสี่ยง การติดเชื้อ การใช้ยา
- มีการทำแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
- มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน
- มีการประเมินผลการทำงานโดยพูดคุยปัญหาและอุปสรรคในการทำงานกับผู้ปฏิบัติงานในเชิงสร้างสรรค์
- มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน
- มีการทบทวนผลการปฏิบัติงานภายในสายงาน/วิชาชีพเดียวกัน
- มีการทบทวนผลการปฏิบัติร่วมกันระหว่างสายงาน/วิชาชีพต่างๆ
- มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในการทบทวนผลการปฏิบัติงาน
- มีการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ
- มีการติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพจากหน่วยงานภายในองค์กร
- มีการตรวจเยี่ยมความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพจากหน่วยงานภายนอก

ลอมบาร์ทและคณะ (Lombarts et al., 2009) ได้ศึกษาต่อจากการศึกษาของแวกเนอร์ ด้วยการให้คะแนนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ใช้ในการจัดระดับการพัฒนาคุณภาพดังกล่าว โดยดูจากความถี่ในการดำเนินการภายในหน่วยงาน เรียกว่า ดัชนีการเติบโต (maturity index) มีการให้คะแนนดังนี้

- 1 หมายถึง มีการดำเนินกิจกรรม มากกว่า ร้อยละ 50 ของหน่วยงานย่อยและเป็นระบบ
- 2 หมายถึง มีการดำเนินกิจกรรม มากกว่า ร้อยละ 50 ของหน่วยงานย่อย แต่ไม่เป็นระบบ
- 3 หมายถึง มีการดำเนินกิจกรรม น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของหน่วยงานย่อย
- 4 หมายถึง ไม่มีการดำเนินกิจกรรม

จะเห็นได้ว่า การให้คะแนนของลอมบาร์ทและคณะ ขึ้นอยู่กับจำนวนหน่วยงานย่อยในองค์กรที่ได้ดำเนินการการพัฒนาคุณภาพ

นอกจากนี้ ยังมีตัวอย่างการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในสถานบริการสุขภาพดังนี้

เดบอร์ ฟลานเนล และ ไมเคิล แฟร์ไชลด์ (Deborah Flanel and Michele Fairchild, 1995: 65-74) นำ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ไปใช้กับกระบวนการให้บริการ โภชนาการทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยใน โดยให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่ไม่มีวันสิ้นสุด ที่อยู่บนพื้นฐานของการปรับปรุงระบบที่มีอยู่ เพื่อบรรลุความต้องการของลูกค้า เช่น ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และเป็นความพยายามของทีมภายในและระหว่างแผนก โดยการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจะทำให้ ผู้ปฏิบัติงานมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองและยังให้มอบอำนาจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานหรือทีมงานในการค้นหาวิธีที่จะปรับปรุงระบบงาน โดยปราศจากการกล่าวโทษซึ่งกันและกันหรือการค้นหาผู้กระทำผิด

มารก เกิลเชอแมน และคณะ (Marek Glezerman et al., 1999: 227-232) ได้สร้างระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI system) สำหรับกระบวนการในแผนกสูติรีเวช ซึ่งระบบดังกล่าว ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 อย่าง ได้แก่

- 1) การรวบรวมข้อมูล
- 2) การมีส่วนร่วมของอาจารย์แพทย์ทั้งหมดและแพทย์ฝึกหัดส่วนใหญ่
- 3) การติดตามกระบวนการภายในอย่างต่อเนื่อง
- 4) การนำตัวชี้วัดทางคลินิกมาใช้
- 5) ระบบการทบทวน
- 6) ทีมงานประเมินกระบวนการภายในองค์กร
- 7) มาตรการช่วยเหลือ

จอร์จ มาเกอร์เช และคณะ (Georges Magueres et al., 2001: 89-97) ได้รายงานการประเมิน โครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องใน โรงพยาบาลของประเทศฝรั่งเศส จำนวน 60 โครงการ ซึ่งเป็นโครงการที่ดำเนินการในโรงพยาบาล โดยใช้รูปแบบ FOCUS PDCA เป็นวิธีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แฮร์รี เจเบอร์ และคณะ (Harrie Geboers et al., 2001: 391-7) ได้นำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) มาใช้กับการให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไป โดยรูปแบบดังกล่าว ประกอบด้วย

- 1) การประชุมเรื่องคุณภาพกับทีมงานอย่างสม่ำเสมอ
- 2) การมอบหมายหน้าที่ผู้ประสานงานคุณภาพ
- 3) การตั้งเป้าหมายและลำดับความสำคัญสำหรับกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพ
- 4) การดำเนินโครงการปรับปรุงคุณภาพ
- 5) การใช้วงจรคุณภาพ เครื่องมือและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ

6) การทำแผนและรายงานผลการปรับปรุงคุณภาพประจำปี

กล่าวโดยสรุป การดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการตรวจสอบผลของการดูแลสุขภาพและพัฒนาเกณฑ์ในทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มีการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอกตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ เพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หลังจากนั้น ก็ได้มีการนำแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์กรและมุมมองของผู้รับบริการมาใช้

เนื่องจากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีความใกล้เคียงกับระบบบริการสุขภาพของยุโรป ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็น โรงพยาบาลภาครัฐ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือของแวกเนอร์ เป็นแนวทางในการประเมินการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทและหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงาน

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การดำเนินการกิจกรรมต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบายและกลยุทธ์ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ และด้านการปรับปรุงกระบวนการ จะประกอบด้วยการดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ด้านนโยบายและกลยุทธ์ หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ มีการจัดทำเอกสารมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติในการให้บริการที่มีคุณภาพ (Quality service documents) ดังนี้

- มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการรักษาพยาบาล
- ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้ามาใช้บริการจนถึงการจำหน่าย
- แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุวิกฤติหรือสำคัญ
- แนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์
- แนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย
- แนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการรับและส่งต่อกับหน่วยงานอื่นในเครือข่ายบริการ

2) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการปรับปรุงคุณภาพ (Involvement of patients) ต่างๆ ดังนี้

- การกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพกระบวนการให้บริการ
- การจัดทำเกณฑ์และข้อกำหนดด้านคุณภาพกระบวนการให้บริการ
- การกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติในการให้บริการ
- การเข้าร่วมในโครงการปรับปรุงคุณภาพและ/หรือคณะกรรมการคุณภาพ
- การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับผลการสำรวจความพึงพอใจและข้อร้องเรียน

- การเข้าร่วมในกระบวนการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ
- 3) ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ มีการดำเนินกระบวนการตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่ได้กำหนดขึ้น (Process control based on standards) ดังนี้
- มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการรักษาพยาบาล
 - ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้ามาใช้บริการจนถึงการจำหน่าย
 - แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุวิกฤติหรือสำคัญ
 - แนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์
 - แนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย
 - แนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการรับและส่งต่อกับหน่วยงานอื่นในเครือข่ายบริการ
- 4) ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management) หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้
- ผู้ปฏิบัติงานได้รับการให้ความรู้และฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าร่วมในการจัดระบบการทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการผู้รับบริการ
 - ผู้ปฏิบัติงานได้รับการมอบอำนาจในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเรื่องคุณภาพการให้บริการ
 - ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง
 - ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลป้อนกลับเมื่อผลการปฏิบัติงานไม่ได้ตามมาตรฐาน
 - ผู้ปฏิบัติงานได้รับรางวัลหรือคำชมเชย เมื่อปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย
- 5) ด้านการปรับปรุงกระบวนการ หมายถึง การที่ผู้ปฏิบัติงานได้ทำกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งเน้นให้ผลการดำเนินการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Process improvement based on QI-procedures) ดังนี้
- การสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ
 - การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - การสำรวจความต้องการของหน่วยงานภายนอก เช่น ผู้ส่งต่อ ผู้รับการส่งต่อ และอื่นๆ
 - การทบทวนผลการปฏิบัติงานภายในสายงาน/วิชาชีพเดียวกัน
 - การทบทวนผลการปฏิบัติงานร่วมกับสายงาน/วิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - การวิเคราะห์ข้อมูลในการทบทวนผลการปฏิบัติงาน โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากองค์กร
 - การนำผลการทบทวนมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ

3.2 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย ไม่ได้เกิดจากความต้องการพัฒนาคุณภาพจากภายในโรงพยาบาล แต่ได้รับแรงผลักดันมาจากหน่วยงานในส่วนกลาง ดังจะเห็นได้จากความพยายามนำแนวคิดการประกันคุณภาพเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล โดยในปีพ.ศ. 2526 กองการพยาบาลได้พัฒนาระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีระบบงานที่ชัดเจนและมีคุณภาพ ต่อมาในปีพ.ศ. 2528 ได้มีโครงการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลทั้งในด้านบริหาร บริการและวิชาการ โดยใช้แนวคิดของ Hospital Accreditation ซึ่งเรียกว่า “โครงการติดตามโรงพยาบาล” ต่อมากองการพยาบาลได้จัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาลขึ้น เพื่อใช้ในการตรวจคุณภาพการพยาบาล (Nursing Audit) ขึ้น ในปีพ.ศ. 2528 และได้มีการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในปี 2531 และได้มีการพัฒนารูปแบบไปเป็นระบบประกันคุณภาพการพยาบาล (Nursing Quality Assurance) และนำไปปฏิบัติในปีพ.ศ. 2538

ต่อมาได้มีความพยายามอีกครั้งในการนำเอาแนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล โดยในปีพ.ศ. 2536 ได้มีโครงการวิจัยและพัฒนากำหนด TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง จำนวน 8 แห่งเกิดขึ้น หลังจากโครงการเสร็จสิ้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการออกนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด TQM/CQI และได้มีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษกขึ้น โดยเสร็จสิ้นในปลายปีพ.ศ. 2539

ในปีพ.ศ. 2540 ได้เกิดโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ขึ้น เพื่อทดลองนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษกมาใช้ โดยมีโรงพยาบาลเข้าร่วมทั้งหมด 35 แห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน หลังจากนั้น ได้มีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุขไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-9) ไว้ดังนี้

- 1) มีการจัดตั้งองค์กรรับผิดชอบการพัฒนา ระบบ และการควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานสถานบริการสาธารณสุขระดับประเทศ
- 2) มีการกำหนดคุณภาพมาตรฐานของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับ โดยมุ่งเน้นระบบคุณภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทยและทัดเทียมมาตรฐานสากล
- 3) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนทุกแห่งที่เป็นคู่สัญญาหลักของระบบประกันสังคม ได้มาตรฐานที่กำหนดไว้ในปี 2547

4) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนทุกแห่งได้มาตรฐานที่กำหนดไว้ภายในปี พ.ศ. 2549 การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ โดยใช้แนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (TQM/CQI) ก็มีอยู่อย่างต่อเนื่อง กล่าวโดยสรุป การดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย เริ่มต้นด้วยการนำเอาแนวคิดการประกันคุณภาพมาใช้ ต่อมาได้มีการเปลี่ยนรูปแบบไปเป็นการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (TQM/CQI)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีนักวิชาการได้ศึกษาปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไว้หลายท่าน พบว่าปัจจัยต่างๆ ตามกระบวนการบริหารจัดการองค์กร มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ดังต่อไปนี้

4.1 การวางแผน (Planning)

การวางแผนเป็นการเตรียมตัวล่วงหน้า ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การคาดการณ์ การกำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กร การกำหนดนโยบาย การกำหนดทางเลือก ออกแบบและกำหนดรายละเอียดการดำเนินงานที่เหมาะสม และการจัดสรรทรัพยากร อุปกรณ์และงบประมาณ

การวางแผนที่ดี จะทำให้องค์กรมีการดำเนินงานอย่างมีเป้าหมายและทิศทาง โดยการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความต้องการและความหวังของลูกค้า เพื่อนำไปออกแบบกระบวนการให้บริการหรือการดำเนินการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังดังกล่าวของผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง มีนักวิชาการต่างๆ หลายท่านได้กล่าวถึงความสำคัญของการวางแผนต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดังนี้

คาเรน ฮาดี และ ไบรอัน โกลด์ (Karen Hardee and Brian Gould, 1993: 147-52) ได้ศึกษากรณีตัวอย่าง (Case studies) การพัฒนาคุณภาพ โดยนำวงจร FOCUS PDCA ไปใช้พัฒนาคุณภาพกระบวนการในคลินิกวางแผนครอบครัว จำนวน 5 แห่ง พบว่า การให้ความสำคัญกับลูกค้า โดยองค์กรจะต้องระบุลูกค้าขององค์กร และมีการค้นหาความต้องการจำเป็นและความคาดหวัง จะทำให้การพัฒนาคุณภาพมีความต่อเนื่อง

เพาเวล (Powell, 1995: 15-37) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) กับผลการดำเนินงานขององค์กร โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากผู้บริหารองค์กรที่มีการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และค่าสหสัมพันธ์ พบว่า การคำนึงถึงความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกในการวางแผน และการเทียบเคียง (Benchmarking) กับหน่วยงานที่เป็นเลิศ โดยมีการศึกษา วิจัย สังกัดวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อเป็นตัวอย่าง เป็นปัจจัยที่สำคัญของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ชอร์เทล และคณะ (Shortell et al., 1995: 377-401) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กร การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 61 แห่ง โดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและใช้ข้อมูลผลลัพธ์ในการให้บริการจากแหล่งอื่นร่วมด้วย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอย และพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เกี่ยวกับการวางแผน ได้แก่ ลักษณะเชิงกลยุทธ์ขององค์กร โดยไมล์ และ สโนว์ (Miles and Snow, 1978 อ้างใน Shortell et al., 1995) ได้แบ่งลักษณะเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ แบบนักป้องกันตัว (Defenders) คือมีความจำกัดอยู่ในขอบเขตเดิมที่เคยปฏิบัติมาแต่ก่อน ปรับตัวตามความจำเป็น ในกรณีที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ จะคำนึงถึงเฉพาะข้อกำหนดของผู้รับรองคุณภาพภายนอก แบบนักวิเคราะห์ (Analyzers) จะทำตามขั้นตอนที่ควรจะเป็นทีละขั้นตอน ทำเมื่อผ่านการวิเคราะห์และประเมินอย่างรอบคอบ แบบนักคาดการณ์อนาคต (Prospectors) จะรู้จักมองหาโอกาสให้เป็นประโยชน์ แต่ก็อยู่ภายในขอบเขตที่ได้วางแผนเอาไว้ อย่างเช่น แพทย์จะได้รับการฝึกอบรมและมีส่วนร่วมในกระบวนการในเวลาที่เป็นแบบ just-in-time ทำให้ใช้ประโยชน์ได้ทันที และแบบผู้ตาม (Reactors) การปรับปรุงคุณภาพจะถูกใช้เพื่อแก้ปัญหา โดยไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานประจำ แพทย์ทำงานแบบเดิมๆ ตอบสนองต่อปัญหาที่เข้ามาเป็นหลัก มีการเรียนรู้บ้างไม่มาก โดยชอร์เทล และคณะ พบว่า ลักษณะองค์กรที่มีกลยุทธ์แบบนักคาดการณ์อนาคต (Prospectors) หรือแบบนักวิเคราะห์ (Analyzers) มีแนวโน้มที่จะมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า แบบนักป้องกันตัว (Defenders) หรือแบบผู้ตาม (Reactors)

ลี และคณะ (Lee et al., 2002: 383-391) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลของประเทศเกาหลีที่มีขนาด 400 เตียงขึ้นไป จำนวน 108 แห่ง โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากผู้บริหาร

หรือผู้รับผิดชอบงานคุณภาพของโรงพยาบาล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ความแปรปรวน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์สมการถดถอย โดยได้นำแนวความคิดของ โอ เบรียน และ คณะ (O'Brien et al.,) ที่เรียกว่า CQI Pyramid ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร องค์ประกอบทางเทคนิค องค์ประกอบเชิงยุทธศาสตร์ และ องค์ประกอบทางโครงสร้าง พบว่า องค์ประกอบเชิงยุทธศาสตร์ ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการวางแผนและการกำหนดทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ในองค์กรประเภทนักคาดการณ์อนาคต (Prospectors) จะมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้สำเร็จมากกว่า องค์กรแบบนักวิเคราะห์ (Analyzers) และแบบนักป้องกัน (Defenders) เนื่องจากมีความสามารถในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์มากกว่า

ราท (Rad, 2005: 12-34) ได้ศึกษาระดับความสำเร็จและอุปสรรคในการนำการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรไปใช้ในองค์กรภาคสุขภาพของประเทศอิหร่าน จำนวน 90 แห่ง โดยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากผู้จัดการคุณภาพขององค์กร และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ พบว่า การที่องค์กรมีการวางแผนคุณภาพ และมีการกำหนดการพัฒนาคุณภาพเป็นกลยุทธ์และเป้าหมายหลัก และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติ มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์กร

4.2 การจัดองค์กร (Organizing)

การจัดองค์กร เป็นการกำหนดโครงสร้างองค์กร การจัดระบบการทำงาน การกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและฝ่ายต่างๆ ขององค์กร และ การมอบหมายงาน

การจัดองค์กรที่ดี จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการออกแบบงานให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกัน และมีกำหนดผู้รับผิดชอบที่เหมาะสมในการทำงาน มีนักวิชาการต่างๆ หลายท่าน ได้กล่าวถึงความสำคัญของการจัดองค์กรต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดังนี้

ซาราฟี และคณะ (Saraph et al., 1989 อ้างใน Badri and Devis, 1995: 36-53) ได้ศึกษาปัจจัยการพัฒนาคุณภาพขององค์กร ด้วยการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า องค์กรที่มีแผนกคุณภาพ (Quality department) ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพโดยตรง และ มีการจัดกระบวนการทำงานในองค์กร (Service design) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จะทำให้เกิดพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง

คาเรน ฮาดี และ ไบรอัน โกลด์ (Karen Hardee and Brian Gould, 1993: 147-52) ได้กล่าวว่า การออกแบบและปรับปรุงกระบวนการให้บริการตามความต้องการของลูกค้า โดยลูกค้าในที่นี้ รวมลูกค้าภายในองค์กรคือพนักงานด้วย มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เพาเวล (Powell, 1995: 15-37) ได้ศึกษาปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) พบว่า การกำหนดวิธีการทำงานร่วมกันกับซัพพลายเออร์ การมีส่วนร่วมในการออกแบบและวางแผนระบบงานของผู้ปฏิบัติงาน การมีทีมงานที่กระตือรือร้นและมีการมอบอำนาจในการตัดสินใจให้แก่ผู้ปฏิบัติ (Employee empowerment) จะทำให้องค์กรมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ดีกว่า

ชอร์ทเทล และคณะ (Shortell et al., 1995: 377-401) ได้กล่าวว่า การใช้ทีมงานที่มีลักษณะคร่อมสายงาน การให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานในการค้นหา แก้ไขปัญหาและปรับปรุงงาน จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องขององค์กร

แลมเมอร์ และคณะ (Lammers et al., 1996: 463-478) ได้ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 36 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากผู้บริหารคุณภาพและหัวหน้าทีมปรับปรุงคุณภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณในการทดสอบสมมุติฐาน พบว่า ทีมนำคุณภาพ (Quality Council) ที่ประกอบด้วยผู้บริหารด้านคลินิกและด้านบริหารจัดการ และมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพ การวางแผน การฝึกอบรม และการจัดตั้งทีมปรับปรุงคุณภาพ จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการปรับปรุงคุณภาพ ที่จริงแล้ว จะเกิดขึ้นที่ระดับทีม ถึงแม้ว่าทีมปรับปรุงคุณภาพ สามารถเกิดขึ้นได้เอง แต่ก็ควรจะถูกมอบหมายงานที่มีความสำคัญเชิงกลยุทธ์ต่อเป้าหมายขององค์กร โดยผู้บริหารระดับสูง นอกจากนี้ จูแรนและกรินา (Juran and Gryna, 1988 อ้างใน Lammers et al., 1996) ยังได้แนะนำหน้าที่ของทีมงานคุณภาพในการวางแผนและแปลงนโยบายคุณภาพไปสู่การปฏิบัติ ว่า สำหรับเป้าหมายที่เกี่ยวกับหลายหน่วยงานหรือหลายหน้าที่ ควรแปลงลงไปสู่ระดับทีมงาน โครงการ

นวาบยูเซ และ คันจิ (Nwabueze and Kanji, 1997: 265-80) ได้ศึกษากรณีตัวอย่าง (Case studies) ของการนำแนวคิดของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management) ไปใช้ในโรงพยาบาลของสหราชอาณาจักร จำนวน 2 แห่ง พบว่า โครงสร้างองค์กร (Organizational structure) ที่เหมาะสมกับแนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) โดยทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน โดยเฉพาะ แพทย์ เกิดการสื่อสารภายในองค์กรอย่างทั่วถึง การปรับปรุงระบบการทำงานขององค์กร โดยเฉพาะระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วย และ มีการจัดการและ

ออกแบบกระบวนการให้เหมาะสม โดยเฉพาะกระบวนการที่มีผลต่อความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เวการ์ และ รอนเดอร์ (Wagar and Rondeau, 1998: 1-7) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมุ่งมั่นและการดำเนินการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรกับผลลัพธ์ในการให้บริการขององค์กร ให้บริการสุขภาพในประเทศแคนาดา โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสมการถดถอยพหุคูณ และพบว่า องค์กรสุขภาพที่จะประสบความสำเร็จในการดำเนินการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องนั้น ผู้นำจะต้องมีการมอบอำนาจให้ผู้ปฏิบัติงาน สามารถให้บริการโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางได้อย่างแท้จริง มีระบบงานที่โครงสร้าง กระบวนการและวิธีปฏิบัติ สอดคล้องกับการปรับปรุงคุณภาพ

ทามิมิ (Tamimi, 1998: 71-9) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนองค์กรเข้าสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากผู้บริหารคุณภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) พบว่า การจัดระบบงานให้มีการสื่อสารข้ามสายงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพ (Cross functional communications) จะช่วยให้องค์กรปรับเปลี่ยนเข้าสู่การบริหารคุณภาพได้ดีขึ้น

ลี และคณะ (Lee et al., 2002: 383-391) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลของประเทศเกาหลี โดยได้นำแนวความคิดของ โอเบรียน และ คณะ(O'Brien et al.,) ที่เรียกว่า CQI Pyramid ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร องค์ประกอบทางเทคนิค องค์ประกอบเชิงยุทธศาสตร์ และ องค์ประกอบทางโครงสร้าง พบว่า องค์กรที่มีองค์ประกอบทางโครงสร้างที่ดี ซึ่งหมายถึง โครงสร้างที่สนับสนุนการทำกิจกรรมการปรับปรุงคุณภาพ เช่น คณะกรรมการประสานงาน ทีมนำคุณภาพ คณะทำงาน กลุ่มทำงาน แผนกหรือทีมงานที่รับผิดชอบด้านคุณภาพ โดยเฉพาะ และกลไกในการรายงานผลและกำกับติดตามความรับผิดชอบ (Accountability) จะมีโอกาสที่ดำเนินกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพได้มากกว่า

แอนโทนี และคณะ (Anthony et al., 2002: 551-566) ได้ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical success factors) ของการนำปรัชญาทิวอี้มไปใช้ในอุตสาหกรรมของประเทศฮ่องกง การศึกษาได้รวบรวมปัจจัยต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นก็นำไปเก็บข้อมูลจาก 32 บริษัท และนำการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) มาใช้ พบว่า การจัดระบบงานให้เกิดการมีส่วนร่วมของแผนกที่เกี่ยวข้องในการออกแบบผลิตภัณฑ์/บริการ การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินกิจกรรมวงจรคุณภาพ (quality circle) การสื่อสารที่ดีในการปรับปรุงคุณภาพ การจับตาทบท

ของแผนกคุณภาพ (quality department) ในการปรับปรุงคุณภาพ และการมุ่งเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นปัจจัยที่ทำให้องค์กรสามารถนำปรัชญาที่ควิเอ็มไปใช้ในทางปฏิบัติ

ราท (Rad, 2005: 12-34) ได้สำรวจการนำแนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรไปใช้ในองค์กรภาคสุขภาพของประเทศอิหร่านและศึกษาถึงอุปสรรคต่อการดำเนินการดังกล่าว ผลการศึกษา พบว่า การจัดองค์การให้เหมาะสมกับการทำคุณภาพ โดยทำให้มีการเข้าร่วมของทุกหน่วยงานในองค์กร การปรับกระบวนการเพื่อเพิ่มความพึงพอใจของลูกค้า และการมุ่งเน้นความพึงพอใจของลูกค้า ซับพลาเยอร์และลูกค้า จะส่งผลต่อความสำเร็จในการนำแนวคิดนี้ไปใช้

วาร์ทธานี และคณะ (Wardhani et al., 2009: 239–251) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 14 งานวิจัยและสังเคราะห์ปัจจัยดังกล่าวด้วยการวิเคราะห์ Thematic Group Analysis พบว่า องค์กรที่มีขนาดใหญ่ และซับซ้อน เป็นหน่วยงานภาครัฐ และเป็นองค์กรวิชาชีพทำงานแบบราชการ จะทำให้การพัฒนาคุณภาพยากขึ้น ดังนั้น การมีโครงสร้างองค์กรด้านคุณภาพที่เหมาะสมต่อการพัฒนาคุณภาพ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพประสบความสำเร็จ โดยจะต้องจัดองค์การให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากร โดยเฉพาะ แพทย์ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ

ทิงหมัพร สุพิมพ์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การมีศูนย์พัฒนาคุณภาพอยู่ในโครงสร้างโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับระดับการพัฒนาคุณภาพ

4.3 การนำองค์กร (Leading)

การนำองค์กร (Leading) เป็นกระบวนการของผู้บริหารที่เกี่ยวกับการตัดสินใจ (decision making) การสั่งการ (commanding) การจูงใจ (motivation) การสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน (morale building) การประสานงาน (coordination) และ การสื่อสาร (communication) เพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานและบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ มีนักวิชาการต่างๆ หลายท่าน ได้กล่าวถึงความสำคัญของการนำองค์กรต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดังนี้

ซาราฟี และคณะ (Saraph et al., 1989 อ้างใน Badri and Devis, 1995: 36-53) ได้ศึกษาปัจจัยการพัฒนาคุณภาพขององค์กร พบว่า ภาวะผู้นำ ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและนโยบายคุณภาพ (Management leadership, commitment and quality policy) การให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม (Training) เกี่ยวกับคุณภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารทุกระดับ และการมุ่งเน้นบุคลากร ด้วย

การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ปฏิบัติงาน (Employee relations) มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องขององค์กร

คาเรน ฮาดี และ ไบรอัน โกลด์ (Karen Hardee and Brian Gould, 1993: 147-52) ได้ศึกษาสภาพแวดล้อมภายในองค์กรที่ทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับปรุงบริการได้อย่างต่อเนื่อง พบว่า ความมุ่งมั่นของผู้นำองค์กรและผู้บริหารต่อกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูง ที่ต้องมีการสื่อสารวิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นไปยังผู้บริหารทุกระดับ และผู้ปฏิบัติงาน และ ผู้บริหารทุกระดับ ต้องส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพ โดยช่วยเหลือหัวหน้างานในการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการแนะนำวิธีการปรับปรุงคุณภาพ จะทำให้การพัฒนาคุณภาพมีความต่อเนื่อง

เพาเวล (Powell, 1995: 15-37) ได้ศึกษาปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) พบว่า ผู้บริหารต้องนำองค์กรด้วยความมุ่งมั่นระยะยาว (Committed leadership) ต่อปรัชญาที่คิวิเอมหรือการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management) หรือ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) มีการนำปรัชญาที่คิวิเอมมาใช้และสื่อสาร (Adoption and communication of TQM) เช่น มีการกำหนดนโยบายคุณภาพ เชื่อมโยงการกำหนดหลักคิดที่สำคัญ (themes) มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการ (Closer customer relationships) มีการกำหนดความต้องการของลูกค้าทั้งภายในและภายนอก และทำให้บรรลุดความต้องการนั้น มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับซัพพลายเออร์ (Closer supplier relationships) มีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับซัพพลายเออร์ (มักเป็นผู้จัดหาค่าประกอบที่สำคัญ) และทำให้แน่ใจว่าซัพพลายเออร์ได้จัดหาสิ่งที่ตรงกับความต้องการของลูกค้าปลายทาง มีการให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม (Increased training) ในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะ หลักการของทีคิวิเอม ทักษะการทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา และปรับปรุงทัศนคติและวิธีการของการทำงานที่ปราศจากข้อบกพร่อง (Zero-defects mentality) ระบบจะแสดงข้อบกพร่องทันทีที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องตรวจสอบภายหลังและต้องทำงานใหม่

ชอร์ตเทล และคณะ (Shortell et al., 1995: 377-401) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า การที่ผู้บริหารหรือผู้อำนวยการด้านคุณภาพนำเอาหลักการของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI/TQM principles) มาใช้ในองค์กร และวัฒนธรรมองค์กรแบบกลุ่ม (Group culture) ที่เน้นการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม และแบบพัฒนา (Developmental culture) เน้นการเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรม กล้าเสี่ยง มีผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า วัฒนธรรมองค์กรแบบลำดับชั้น (Hierarchical culture) และแบบเหตุผล (Rational culture)

แลมเมอร์ และคณะ (Lammers et al., 1996: 463-478) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับปรุงคุณภาพในโรงพยาบาลทหารผ่านศึกของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความมุ่งมั่น (commitment) ของผู้บริหารระดับสูงและแพทย์ในองค์กรดูแลสุขภาพ ต่อปรัชญาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะผลักดันให้เกิดการนำหลักการของการปรับปรุงคุณภาพไปใช้ทั่วทั้งองค์กร ระดับความมุ่งมั่นขององค์กร จะถูกสะท้อนออกมาในรูปของทรัพยากรที่ให้แก่การทำคุณภาพ การฝึกอบรมและระดับของกิจกรรมในองค์กร

นวาบูเซ และ คันจิ (Nwabueze and Kanji, 1997: 265-80) ได้ศึกษาการนำแนวคิดของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management) ไปใช้ในโรงพยาบาลของสหราชอาณาจักร พบว่า พฤติกรรมของผู้บริหาร (Management behavior) ที่แสดงถึงภาวะผู้นำ (Leadership) ความมุ่งมั่น (Commitment) และวิสัยทัศน์ (Vision) โดยการให้ความสำคัญกับการทำคุณภาพ ไม่น้อยไปกว่าสถานะทางการเงิน การทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน โดยเฉพาะ แพทย์ การให้ความรู้และฝึกอบรมทักษะการแก้ไขปัญหาแก่บุคลากรทั่วทั้งองค์กร การมุ่งเน้นคุณภาพ โดยการจัดให้มีวาระเกี่ยวกับคุณภาพองค์กร ร่วมกับผู้ซื้อบริการ และการส่งเสริมให้เกิดความซื่อสัตย์ในองค์กร มีการเรียนรู้จากความผิดพลาด จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในองค์กร

เวการ์ และ รอนเดอร์ (Wagar and Rondeau, 1998: 1-7) ได้ศึกษาองค์กรสุขภาพที่จะประสบความสำเร็จในการดำเนินการปรับปรุงคุณภาพ พบว่า จะต้องมีส่วนที่แสดงบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจน และมีวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ และการเติบโตของบุคลากร

ทามิมิ (Tamimi, 1998: 71-9) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนองค์กรเข้าสู่การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) พบว่า ความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง (Top management commitment) ที่กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเป้าหมายหลักขององค์กร และภาวะผู้นำของผู้บริหาร (Supervisor leadership) ในระดับรองลงมา การมุ่งเน้นบุคลากร การให้หลักประกันแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีการให้ความรู้ (Education) และพัฒนาฝึกอบรมทักษะด้านคุณภาพสำหรับผู้ปฏิบัติงาน มีส่วนสำคัญที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพมีความต่อเนื่อง

คาเย และ แอนเดอร์สัน (Kaye and Anderson, 1999: 485-506) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์กร จำนวน 18 แห่ง พบว่า ภาวะผู้นำ ความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของผู้บริหารทุกระดับ วัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการมุ่งเน้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและบุคลากร (Focusing on stakeholders and employees) ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ลี และคณะ (Lee et al., 2002: 383–391) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลของประเทศเกาหลี โดยได้นำแนวความคิดของ โอเบรียน และ คณะ(O'Brien et al.,) ที่เรียกว่า CQI Pyramid ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร องค์ประกอบทางเทคนิค องค์ประกอบเชิงยุทธศาสตร์ และ องค์ประกอบทางโครงสร้าง สำหรับองค์ประกอบด้านวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐาน และพฤติกรรมขององค์กร อาจจะสนับสนุนหรือเป็นตัวขัดขวางการปรับปรุงคุณภาพทั่วทั้งองค์กร เนื่องจาก วัฒนธรรมองค์กร มีอิทธิพลอย่างมากต่อผลิตภาพและประสิทธิภาพขององค์กร โดย ลี และคณะ พบว่า วัฒนธรรมองค์กรแบบกลุ่มและพัฒนา มีโอกาสที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้สำเร็จมากกว่า

แอนโทนี และคณะ (Anthony et al., 2002: 551-566) ได้ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical success factors) ของการนำปรัชญาทิกวเอ็มไปใช้ในอุตสาหกรรมของประเทศฮ่องกง พบว่า ความมุ่งมั่นของผู้บริหารที่มีต่อคุณภาพของผลงาน มีนโยบายคุณภาพที่มุ่งเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีการสนับสนุนการให้ความรู้และฝึกอบรม (Training and education) เกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินกิจกรรมวงจรรคุณภาพ (quality circle) และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับซัพพลายเออร์ จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ราท (Rad, 2005: 12-34) ได้ศึกษาการนำแนวความคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรไปใช้ในองค์กรภาคสุขภาพของประเทศอิหร่าน พบว่า ภาวะผู้นำและความมุ่งมั่นของผู้บริหารในการทำคุณภาพ โดยการเข้าร่วมในการดำเนินการ มีวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคุณภาพ มีการมุ่งเน้นลูกค้า ทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยยึดความต้องการของลูกค้า การตอบสนองที่รวดเร็ว การสื่อสารรายละเอียดพันธกิจ และการบริหารโดยใช้ข้อเท็จจริงในการแก้ไขปัญหา การมุ่งเน้นซัพพลายเออร์ และลูกค้า การทำให้บุคลากรมีความมุ่งมั่นและความเข้าใจเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ ค่านิยม และเป้าหมายคุณภาพขององค์กร และ มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้

วาร์ทธานี และคณะ (Wardhani et al., 2009: 239–251) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล พบว่า ภาวะผู้นำของผู้บริหาร วัฒนธรรมองค์กรแบบชอบพัฒนาและทำงานเป็นทีม การทำให้เกิดมีส่วนร่วมของบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ และ การสนับสนุนทางด้านเทคนิค โดยการให้ความรู้และฝึกอบรม มีผลในเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

องอาจ วิบุรชสิริ และคณะ (2540) ได้ศึกษาวิจัยประเมินผล โครงการวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ โดยการนำแนวคิด TQM/CQI มาใช้พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลใน

กระทรวงสาธารณสุข โดยทำในโรงพยาบาลนรื่องจำนวน 8 แห่ง พบว่า การเห็นความสำคัญของบุคลากรและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกคน การที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพและสนับสนุนอย่างจริงจัง และ การฝึกอบรม เป็นปัจจัยที่สามารถส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพ

ทิมมพร สุพิมพ์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การที่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบการดูแลคุณภาพมีความมุ่งมั่นและมีการจัดสรรงบประมาณ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับระดับการพัฒนาคุณภาพ

วรรณ อุ่นยิ่งเจริญ (2548) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล เพื่อการรับรองคุณภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การสนับสนุนของผู้อำนวยการ และ การทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลประเมินการพัฒนาคุณภาพ

กมลเนตร นิ้มแก้ว (2549) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสำเร็จในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปฏิบัติ ได้แก่ การบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ความพึงพอใจของสมาชิกในองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงาน กับปัจจัยด้านการพัฒนาองค์กรของโรงพยาบาลศิริราช ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การจูงใจ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมและความผูกพันและการยอมรับ พบว่า การจูงใจและการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง การมีส่วนร่วมและความผูกพันและการยอมรับ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ส่วนภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสำเร็จในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปฏิบัติ

4.4 การควบคุม (Control)

การควบคุม เป็นขั้นตอนของกระบวนการบริหารจัดการที่จะทำให้แผนปฏิบัติการที่ได้วางแผนไว้บรรลุผล โดยมีขั้นตอนดังนี้ การกำหนดมาตรฐานการทำงาน การควบคุมกระบวนการทำงานให้ได้ตามมาตรฐาน การวัดผลการดำเนินงาน ซึ่งต้องอาศัยการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ การวัดและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในกระบวนการระหว่างทำและหลังจากกระบวนการทำงานเสร็จสิ้น และการให้ข้อมูลป้อนกลับ เมื่อการทำงานไม่ได้ตามมาตรฐาน มีนักวิชาการต่างๆ หลายท่าน ได้กล่าวถึงความสำคัญของการควบคุมต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดังนี้

ซาราฟ และคณะ (Saraph et al., 1989 อ้างใน Badri and Devis, 1995: 36-53) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพขององค์กร พบว่า ข้อมูลคุณภาพและการรายงานผล (Quality data and reporting) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คาเรน ฮาดี และ ไบรอัน โกลด์ (Karen Hardee and Brian Gould, 1993: 147-52) ได้ศึกษาสภาพแวดล้อมภายในองค์กรที่ทำให้ผู้บริหารและปฏิบัติสามารถปรับปรุงบริการได้อย่างต่อเนื่อง พบว่า การมุ่งเน้นกระบวนการมากกว่าตัวบุคคล และ การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการประกันคุณภาพ จะได้รับผลสำเร็จด้วยการตรวจสอบความตรงกันกับมาตรฐานของผลการทำงาน แต่พนักงานจะถูกสันนิษฐานว่าเป็นสาเหตุรากเหง้าของปัญหา จะถูกตำหนิต่างานบกพร่อง สิ่งนี้จะทำให้เกิดบรรยากาศความกลัวและไม่ไว้วางใจ ซึ่งจะเป็อุปสรรคต่อกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ ดังนั้น การปรับปรุงคุณภาพ จึงไม่เน้นบุคลากรเป็นสำคัญ แต่เน้นที่กระบวนการแทน สำหรับการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ การปรับปรุงคุณภาพบริการ จำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการให้บริการเพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจบนฐานข้อมูลจริงมากกว่าใช้ความรู้สึก

เพาเวล (Powell, 1995: 15-37) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) พบว่า องค์กรที่มีการวัด (Measurement) โดยมุ่งเน้นเป้าหมายและข้อมูลจริง มีการวัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ โดยนำวิธีการสถิติมาใช้ และ มีการเทียบเคียง (Benchmarking) มีการศึกษา วิจัย สังเกต วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อเป็นตัวอย่าง จะทำให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ชอร์ทเทล และคณะ (Shortell et al., 1995: 377-401) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า องค์กรที่นำเอาการวิเคราะห์ทางสถิติ มาใช้ในกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จะส่งผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แลมเมอร์ และคณะ (Lammers et al., 1996: 463-478) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับปรุงคุณภาพในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ทีมปรับปรุงคุณภาพที่มีการเก็บข้อมูลคุณภาพในการดำเนินงานและนำมาใช้ จะมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพได้ดีกว่า

นวาบยูเซ และ คันจิ (Nwabueze and Kanji, 1997: 265-80) ได้ศึกษาการนำแนวคิดของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management) ไปใช้ในโรงพยาบาลของสหราชอาณาจักร พบว่า องค์กรที่มีระบบกำกับติดตามและวัดกระบวนการและผลลัพธ์จากกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการเรียนรู้จากความผิดพลาดและนำไปสู่การปรับปรุงระบบการทำงานขององค์กร โดยเฉพาะ ระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วย จะทำให้การพัฒนาที่มีความต่อเนื่อง

คาเย และ แอนเดอร์สัน (Kaye and Anderson, 1999: 485-506) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า การมุ่งเน้นกระบวนการที่สำคัญ การมีระบบการวัดและป้อนกลับ การส่งเสริมให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพ

ลี และคณะ (Lee et al., 2002: 383-391) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลของประเทศเกาหลี โดยได้นำแนวความคิดของ โอเบรียน และ คณะ(O'Brien et al.,) ที่เรียกว่า CQI Pyramid ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร องค์ประกอบทางเทคนิค องค์ประกอบเชิงยุทธศาสตร์ และ องค์ประกอบทางโครงสร้าง สำหรับองค์ประกอบทางเทคนิค สะท้อนถึงความสามารถในการใช้เครื่องปรับปรุงคุณภาพของบุคลากรในการวัดและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน รวมทั้ง ความพร้อมใช้ ความทันสมัย และเป็นปัจจุบันของระบบข้อมูลสารสนเทศ พบว่า องค์กรที่มีความสามารถทางเทคนิคสูงกว่า มีโอกาสดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้สำเร็จมากกว่า

แอนโทนี และคณะ (Anthony et al., 2002: 551-566) ได้ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical success factors) ของการนำปรัชญาทิกิวเอ็มไปใช้ในอุตสาหกรรมของประเทศฮ่องกง พบว่า ความพร้อมใช้ของข้อมูลคุณภาพและการรายงาน (Quality and reporting) เป็นปัจจัยหนึ่งแห่งความสำเร็จในการนำปรัชญาทิกิวเอ็มมาใช้

ราท (Rad, 2005: 12-34) ได้ศึกษาการนำแนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรไปใช้ในองค์กรภาคสุขภาพของประเทศอิหร่าน พบว่า การเฝ้าติดตามและประเมินคุณภาพขององค์กร เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้

วาร์ทธานี และคณะ (Wardhani et al., 2009: 239-251) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล พบว่า การสนับสนุนทางด้านเทคนิค โดยเฉพาะ การสนับสนุนด้านข้อมูลสารสนเทศ และการใช้เครื่องมือควบคุมคุณภาพต่างๆ มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากผลการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ข้างต้น สามารถสรุปตัวชี้วัดปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรและเอกสารอ้างอิงได้ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ตัวชี้วัดปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรและเอกสารอ้างอิง

ตัวชี้วัดปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร	เอกสารอ้างอิง
1. ด้านการวางแผน	
1.1 ผู้บริหารมีการกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพเป็นกลยุทธ์ในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร	Hardee and Gould (1993, 147-52); Powell (1995, 15-37); Rad (2005, 12-34);
1.2 ผู้บริหารมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน	Hardee and Gould (1993, 147-52);
1.3 ผู้บริหารกำหนดให้ค้นหาความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายก่อนการวางแผน	Hardee and Gould (1993, 147-52); Powell (1995, 15-37); Badri and Devis (1995, 36-53);
1.4 องค์กรมีการจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพและได้รับสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ	Lee et al. (2002, 383-391);
1.5 องค์กรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพ	Powell (1995, 15-37); Lee et al. (2002, 383-391); Badri and Devis (1995, 36-53);
2. ด้านการจัดองค์กร	
2.1 องค์กรมีทีมผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพโดยตรง	Badri and Devis (1995, 36-53); Powell (1995, 15-37); Shortell et al. (1995, 377-401); Lammers et al. (1996, 463-478); Nwabueze and Kanji (1997, 265-80); Wagar and Rondeau (1998, 1-7); Lee et al. (2002, 383-391); Anthony et al. (2002, 551-566);

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ตัวชี้วัดปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร	เอกสารอ้างอิง
2.2 ผู้บริหารกำหนดให้มีแผนกพัฒนาคุณภาพรับผิดชอบงานที่ชัดเจน	Badri and Devis (1995, 36-53); Powell (1995, 15-37); Shortell et al. (1995, 377-401); Lammers et al. (1996, 463-478); Nwabueze and Kanji (1997, 265-80); Wagar and Rondeau (1998, 1-7); Tamimi (1998, 71-9); Lee et al. (2002, 383-391); Anthony et al. (2002, 551-566); Rad (2005, 12-34); Wardhani et al. (2009, 239-251); ทัศนัมพร สุพิมพ์ (2548)
2.3 ผู้บริหารกำหนดให้มีทีมคร่อมสายงานในการพัฒนาคุณภาพ	Shortell et al. (1995, 377-401); Lammers et al. (1996, 463-478); Tamimi (1998, 71-9); Lee et al. (2002, 383-391);
2.4 ผู้บริหารมีการปรับโครงสร้างงานการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า	Hardee and Gould (1993, 147-52); Powell (1995, 15-37); Nwabueze and Kanji (1997, 265-80); Rad (2005, 12-34);
2.5 ผู้บริหารมีการกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับโครงสร้างงานในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการลูกค้า	Powell (1995, 15-37); Rad (2005, 12-34);
2.6 ผู้บริหารมีการแต่งตั้งและกำหนดความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพให้แก่ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงานย่อย	Powell (1995, 15-37); Shortell et al. (1995, 377-401); Wagar and Rondeau (1998, 1-7);
2.7 ผู้บริหารมีการจัดระบบสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพในองค์กรอย่างครอบคลุมและทั่วถึง	Badri and Devis (1995, 36-53); Hardee and Gould (1993, 147-52); Lammers et al. (1996, 463-478); Lee et al. (2002, 383-391); Anthony et al. (2002, 551-566);

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ตัวชี้วัดปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร	เอกสารอ้างอิง
3. ด้านการนำองค์กร	
3.1 ผู้บริหารมีการกำหนดการพัฒนาคุณภาพเป็นนโยบายขององค์กร	Hardee and Gould (1993, 147-52); Powell (1995, 15-37); Rad (2005, 12-34); ทิฆัมพร สุพิมพ์ (2548);
3.2 ผู้บริหารมีความมุ่งมั่น โดยสื่อสารนโยบายการพัฒนาคุณภาพอย่างทั่วถึง	Badri and Devis (1995, 36-53); Hardee and Gould (1993, 147-52); Powell (1995, 15-37); Shortell et al. (1995, 377-401); Lammers et al. (1996, 463-478); Nwabueze and Kanji (1997, 265-80); Wagar and Rondeau (1998, 1-7); Tamimi (1998, 71-9); Kaye and Anderson (1999, 485-506); Anthony et al. (2002, 551-566); Rad (2005, 12-34); Wardhani et al. (2009, 239-251); องอาจ วิพุทธิศรี และคณะ (2540); ทิฆัมพร สุพิมพ์ (2548); วรรณษา อุ่นยิ่งเจริญ (2548);
3.3 ผู้บริหารมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการพัฒนาคุณภาพ	Shortell et al. (1995, 377-401); Wagar and Rondeau (1998, 1-7); Kaye and Anderson (1999, 485-506); Lee et al. (2002, 383-391); Rad (2005, 12-34); Wardhani et al. (2009, 239-251);
3.4 ผู้บริหารประสานและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่ม รวมทั้งแพทย์เข้ามามีส่วนร่วม	Badri and Devis (1995, 36-53); Hardee and Gould (1993, 147-52); Powell (1995, 15-37); Nwabueze and Kanji (1997, 265-80); Lee et al. (2002, 383-391); Anthony et al. (2002, 551-566); Rad (2005, 12-34); Wardhani et al. (2009, 239-251); องอาจ วิพุทธิศรี และคณะ (2540); กมลเนตร นิมแก้ว (2549);
3.5 ผู้บริหารชี้แจงความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง	Nwabueze and Kanji (1997, 265-80); Tamimi (1998, 71-9); Anthony et al. (2002, 551-566);
3.6 ผู้บริหารมีการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ	กมลเนตร นิมแก้ว (2549);

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ตัวชี้วัดปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร	เอกสารอ้างอิง
4. ด้านการควบคุม	
4.1 ผู้บริหารกำหนดให้มีการระบุข้อกำหนดและตัวชี้วัดของกระบวนการทำงานที่ชัดเจน	Lammers et al. (1996, 463-478); Nwabueze and Kanji (1997, 265-80); Kaye and Anderson (1999, 485-506);
4.2 ผู้บริหารกำหนดให้มีการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	Badri and Devis (1995, 36-53); Powell (1995, 15-37); Nwabueze and Kanji (1997, 265-80);
4.3 ผู้บริหารจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านคุณภาพขององค์กรให้มีความพร้อมใช้งาน	Lammers et al. (1996, 463-478); Lee et al. (2002, 383-391); Anthony et al. (2002, 551-566); Wardhani et al. (2009, 239-251);
4.4 ผู้บริหารมีการติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะๆ	Badri and Devis (1995, 36-53); Powell (1995, 15-37); Nwabueze and Kanji (1997, 265-80); Kaye and Anderson (1999, 485-506); Rad (2005, 12-34);
4.5 ผู้บริหารกำหนดให้มีการวิเคราะห์และประเมินผลงานเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้	Badri and Devis (1995, 36-53); Hardee and Gould (1993, 147-52); Shortell et al. (1995, 377-401); Lammers et al. (1996, 463-478); Lee et al. (2002, 383-391); Rad (2005, 12-34); Wardhani et al. (2009, 239-251);
4.6 ผู้บริหารจัดระบบให้มีการรายงานและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้	Lammers et al. (1996, 463-478); Kaye and Anderson (1999, 485-506); Anthony et al. (2002, 551-566);

เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องข้างต้น สามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการบริหารจัดการองค์กร (Management Process) ดังนี้

1. การวางแผน หมายถึง การกำหนดวัตถุประสงค์และพิจารณาถึงวิธีการที่ควรปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร มีรายละเอียดดังนี้

- ผู้บริหารมีการกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพเป็นกลยุทธ์ในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร
- ผู้บริหารมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน
- องค์กรมีการค้นหาความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายก่อนการวางแผน
- องค์กรมีการจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพและได้รับสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ
- องค์กรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพ

2. การจัดองค์กร หมายถึง การจัดบุคคลและทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการทำงาน มีรายละเอียดดังนี้

- องค์กรมีทีมผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพโดยตรง
- ผู้บริหารกำหนดให้มีแผนกพัฒนาคุณภาพรับผิดชอบงานที่ชัดเจน
- ผู้บริหารกำหนดให้มีทีมคร่อมสายงานในการพัฒนาคุณภาพ
- ผู้บริหารมีการปรับโครงสร้างงานการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า
- ผู้บริหารมีการกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับโครงสร้างงานในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการลูกค้า
- ผู้บริหารมีการแต่งตั้งและกำหนดความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพให้แก่ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงานย่อย
- ผู้บริหารมีการจัดระบบสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพในองค์กรอย่างครอบคลุมและทั่วถึง

3. การนำองค์กร หมายถึง การกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้น และชักนำความพยายามของพนักงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร มีรายละเอียดดังนี้

- ผู้บริหารมีการกำหนดการพัฒนาคุณภาพเป็นนโยบายขององค์กร
- ผู้บริหารมีความมุ่งมั่น โดยสื่อสารนโยบายการพัฒนาคุณภาพอย่างทั่วถึง
- ผู้บริหารมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการพัฒนาคุณภาพ
- ผู้บริหารประสานและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่ม รวมทั้งแพทย์เข้ามามีส่วนร่วม
- ผู้บริหารชี้แจงความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพให้บุคลากรเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง
- ผู้บริหารมีการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ

4. การควบคุม หมายถึง การติดตามผลการทำงานและดำเนินการแก้ไขเพื่อให้บรรลุผลที่ต้องการ มีรายละเอียดดังนี้

- ผู้บริหารกำหนดให้มีการระบุข้อกำหนดและตัวชี้วัดของกระบวนการทำงานที่ชัดเจน
- ผู้บริหารกำหนดให้มีการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- ผู้บริหารจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านคุณภาพขององค์กรให้มีความพร้อมใช้งาน
- ผู้บริหารมีการติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะๆ
- ผู้บริหารกำหนดให้มีการวิเคราะห์และประเมินผลงานเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้
- ผู้บริหารจัดระบบให้มีการรายงานและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องใน
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)
เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินการพัฒนาคุณภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการดังกล่าว โดย
รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ
ของโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติเชิงพรรณนาและเชิง
อนุมาน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 829 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)
จำนวน 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) จำนวน 70 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จำนวน 734
แห่ง (เป็นโรงพยาบาลชุมชน มากกว่า 30 เตียง จำนวน 288 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน น้อยกว่า
หรือเท่ากับ 30 เตียง จำนวน 446 แห่ง) (แหล่งข้อมูล จากเว็บไซต์สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างในแต่ละประเภท ผู้วิจัยได้กำหนด
ขนาดตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครชชีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ที่ระดับความ
เชื่อมั่น 95 % ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 265 แห่ง หลังจากนั้นได้สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยเลือก
โรงพยาบาลตามประเภทโรงพยาบาลและตามสัดส่วนโรงพยาบาลที่มีอยู่จริงดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลศูนย์	25	8
โรงพยาบาลทั่วไป	70	23
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	288	92
โรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 เตียง	446	142
รวม	829	265

จากตารางที่ 3.1 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามระดับโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 8 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 23 แห่ง และ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 234 แห่ง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน มากกว่า 30 เตียง จำนวน 92 แห่ง และ โรงพยาบาลชุมชน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 เตียง จำนวน 142 แห่ง โดยโรงพยาบาลทุกระดับกระจายอยู่ตามภาคต่างๆ ครอบคลุมภาคของประเทศไทยตามสัดส่วน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นการสอบถามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบ โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

เป็นการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล การสร้างข้อคำถาม ได้จากการศึกษางานวิจัยของแวกเนอร์และคณะที่ศึกษาการวัดระดับการพัฒนาระบบคุณภาพในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานดังกล่าว โดยพิจารณาจากกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบายและกลยุทธ์ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ และด้านการปรับปรุงกระบวนการ โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับนโยบายและกลยุทธ์โดยพิจารณาจากการจัดทำเอกสารนโยบาย
มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติด้านคุณภาพ

เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นคำถามปลายปิด โดยให้เลือกตอบจากมาตรฐานค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้
คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละระดับดังนี้

ยังไม่ได้จัดทำ	ให้ 0 คะแนน
อยู่ในระหว่างการจัดทำ	ให้ 1 คะแนน
ได้จัดทำเสร็จแล้ว	ให้ 2 คะแนน

แปลผลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.00	หมายถึง ดำเนินการได้มาก
ค่าเฉลี่ย 0.51 - 1.50	หมายถึง ดำเนินการได้ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 0.01 - 0.50	หมายถึง ดำเนินการได้น้อย

ตอนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการให้บริการของผู้ป่วย

เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นคำถามปลายปิด โดยให้เลือกตอบจากมาตรฐานค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้
คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละระดับดังนี้

ไม่ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม	ให้ 0 คะแนน
ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมได้ในบางกรณีที่เกี่ยวข้อง	ให้ 1 คะแนน
ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม	ให้ 2 คะแนน

แปลผลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.00	หมายถึง มีส่วนร่วมมาก
ค่าเฉลี่ย 0.51 - 1.50	หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 0.01 - 0.50	หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย

ตอนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติด้านคุณภาพ

เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นคำถามปลายปิด โดยให้เลือกตอบจากมาตรฐานค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้
คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละระดับ ดังนี้

ไม่ได้ปฏิบัติตาม	ให้ 0 คะแนน
มีการปฏิบัติตามแต่ไม่สม่ำเสมอ	ให้ 1 คะแนน
มีการปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ	ให้ 2 คะแนน

แปลผลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.00	หมายถึง มีการปฏิบัติตามมาก
ค่าเฉลี่ย 0.51 - 1.50	หมายถึง มีการปฏิบัติตามปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 0.01 - 0.50	หมายถึง มีการปฏิบัติตามน้อย

ตอนที่ 4 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์
เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบแบบมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้
คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละระดับ ดังนี้

ไม่มีการทำกิจกรรม	ให้ 0 คะแนน
มีการทำกิจกรรมแต่ไม่สม่ำเสมอ	ให้ 1 คะแนน
มีการทำกิจกรรมสม่ำเสมอ	ให้ 2 คะแนน

แปลผลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.00	หมายถึง มีการดำเนินกิจกรรมสม่ำเสมอ
ค่าเฉลี่ย 0.51 - 1.50	หมายถึง มีการดำเนินกิจกรรม แต่ไม่สม่ำเสมอ
ค่าเฉลี่ย 0.01 - 0.50	หมายถึง มีการดำเนินกิจกรรมน้อย

ตอนที่ 5 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในด้านการปรับปรุงกระบวนการ

เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบแบบมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้
คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละระดับ ดังนี้

ไม่มีการทำกิจกรรม	ให้ 0 คะแนน
มีการทำกิจกรรมแต่ไม่สม่ำเสมอ	ให้ 1 คะแนน
มีการทำกิจกรรมสม่ำเสมอ	ให้ 2 คะแนน
มีการทำกิจกรรมสม่ำเสมอและบูรณาการในงานประจำ	ให้ 3 คะแนน

แปลผลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.00	หมายถึง มีการดำเนินกิจกรรมสม่ำเสมอและบูรณาการกับงานประจำ
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.00	หมายถึง มีการดำเนินกิจกรรมสม่ำเสมอ
ค่าเฉลี่ย 0.51 - 1.50	หมายถึง มีการดำเนินกิจกรรม แต่ไม่สม่ำเสมอ
ค่าเฉลี่ย 0.01 - 0.50	หมายถึง มีการดำเนินกิจกรรมน้อย

เมื่อได้ค่าเฉลี่ยของแต่ละตอนแล้ว จากนั้นนำค่าเฉลี่ยของทั้ง 5 ตอนมาหาค่าเฉลี่ยของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในภาพรวม และแปลความหมายของค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.00 หมายถึง มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก
 ค่าเฉลี่ย 0.51 - 1.50 หมายถึง มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 0.01 - 0.50 หมายถึง มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เป็นการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) การนำองค์กร (Leading) และ การควบคุม (Control)

เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นคำถามปลายปิด โดยให้เลือกตอบจากมาตรฐานค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่มี โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละระดับ ดังนี้

มีการดำเนินการมากที่สุด	ให้ 4 คะแนน
มีการดำเนินการมาก	ให้ 3 คะแนน
มีการดำเนินการปานกลาง	ให้ 2 คะแนน
มีการดำเนินการน้อย	ให้ 1 คะแนน
ไม่มีการดำเนินการ	ให้ 0 คะแนน

แปลความหมายของค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00	หมายถึง มีการดำเนินการมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง มีการดำเนินการมาก
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง มีการดำเนินการปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 0.51-1.50	หมายถึง มีการดำเนินการน้อย
ค่าเฉลี่ย 0.01-0.50	หมายถึง มีการดำเนินการน้อยมาก

เมื่อได้ค่าเฉลี่ยของแต่ละตอนแล้ว จากนั้นนำค่าเฉลี่ยของทั้ง 4 ตอนมาหาค่าเฉลี่ยในภาพรวมของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร และแปลความหมายของค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.00	หมายถึง มีการดำเนินการมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง มีการดำเนินการมาก
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง มีการดำเนินการปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 0.51-1.50	หมายถึง มีการดำเนินการน้อย

ค่าเฉลี่ย 0.01-0.50

หมายถึง มีการดำเนินการน้อยมาก

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อเปิด โอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามซึ่งได้รับการพิจารณาตรวจแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน รายละเอียดปรากฏตามภาคผนวก ก. ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องของเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ในแบบสอบถามที่มีค่า IOC 0.67-1 ทุกข้อคำถาม รายละเอียดปรากฏตามภาคผนวก ค. แล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมแล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม เฉพาะในส่วนที่ 2 และ 3 โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach Method) ได้ค่าเท่ากับ .9731 รายละเอียดปรากฏตามภาคผนวก ง.

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการหลังจากได้ส่งหนังสือขอความร่วมมือจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสามารถตอบแบบสอบถามแล้วส่งกลับมาทางไปรษณีย์ หรือตอบแบบสอบถามทางอินเทอร์เน็ตแล้วแต่ความสะดวก โดยผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จะตอบแบบสอบถามเพียง 1 ชุด

ครั้งที่ 1 หนังสือขอความร่วมมือได้ถูกส่งไปยังโรงพยาบาลจำนวน 400 แห่ง แบบสอบถามและข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตได้ถูกส่งกลับคืนมาจากโรงพยาบาล จำนวน 256 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 64 ผู้วิจัยได้ติดตามเก็บรวบรวมแบบสอบถามอีกเป็นครั้งที่ 2 โดยการติดตามทางโทรศัพท์และสามารถเก็บข้อมูลได้เพิ่มจากโรงพยาบาลอีก 36 แห่ง รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 292 แห่ง

คิดเป็นร้อยละ 73 หลังจากเก็บรวบรวมแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่และร้อยละ สำหรับการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์หาระดับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและระดับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรของโรงพยาบาล

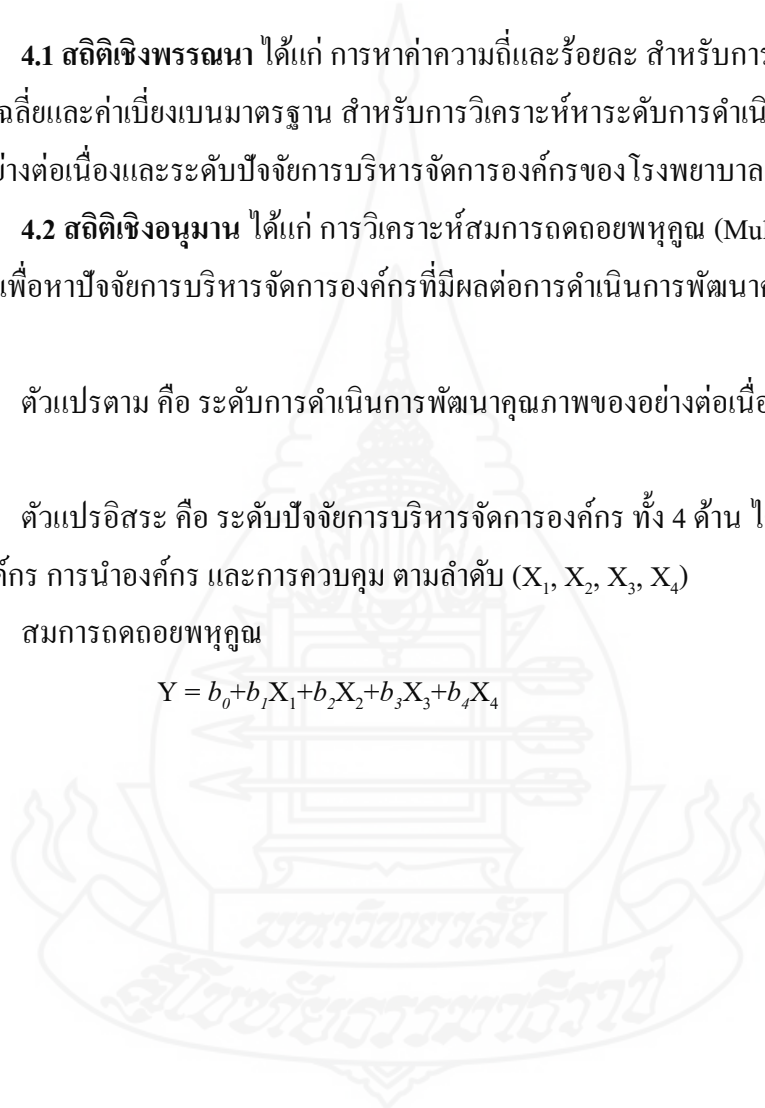
4.2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ตัวแปรตาม คือ ระดับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล (Y)

ตัวแปรอิสระ คือ ระดับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผนการจัดองค์กร การนำองค์กร และการควบคุม ตามลำดับ (X_1, X_2, X_3, X_4)

สมการถดถอยพหุคูณ

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4$$



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะสำหรับการบริหารจัดการองค์กรและการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงาน
การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 292 คน
ได้ ดังนี้

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและเป็นผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	52	17.8
	หญิง	240	82.2
	รวม	292	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ			
	ไม่เกิน 35 ปี	17	5.8
	36 – 40 ปี	56	19.2
	41 – 45 ปี	84	28.8
	46 – 50 ปี	96	32.9
	51 – 55 ปี	36	12.3
	56 ปีขึ้นไป	3	1.0
	รวม	292	100.0
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน			
	แพทย์	18	6.2
	ทันตแพทย์	16	5.5
	เภสัชกร	15	5.1
	พยาบาลวิชาชีพ	214	73.3
	นักวิชาการสาธารณสุข	18	6.2
	อื่นๆ	11	3.7
	รวม	292	100.0
ตำแหน่งการบริหาร			
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	8	2.7
	รองผู้อำนวยการ	5	1.7
	หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน	107	36.7
	หัวหน้างาน	102	34.9
	ผู้ปฏิบัติงาน	53	18.2
	อื่นๆ	17	5.8
	รวม	292	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานคุณภาพ		
ไม่ตอบ	3	1.0
ไม่เกิน 5 ปี	126	43.2
6 - 10 ปี	118	40.4
11 - 15 ปี	36	12.3
มากกว่า 15 ปี	9	3.1
รวม	292	100.0
ระดับโรงพยาบาล		
โรงพยาบาลศูนย์	16	5.5
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	32	11.0
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	16	5.5
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	89	30.5
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	139	47.5
รวม	292	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.2)

อายุของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 46 - 50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 32.9)

รองลงมา อยู่ระหว่าง 41 - 45 ปี (ร้อยละ 28.8)

ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 73.3) รองลงมา เป็นนายแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 5 - 6)

การดำรงตำแหน่งการบริหาร ของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนมากอยู่ในระดับหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน มากที่สุด (ร้อยละ 36.7) รองลงมาดำรงตำแหน่งระดับหัวหน้างาน (ร้อยละ 34.9) และเป็นผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มงาน/งาน (ร้อยละ 18.2) สำหรับผู้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการ มีจำนวนน้อยที่สุด

ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานคุณภาพ ของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนมากอยู่ในช่วงเวลาน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.2) รองลงมา มีระยะเวลา 6-10 ปี (ร้อยละ 40.4) มีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 15.4)

หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 78.0) รองลงมาปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 16.5) ที่เหลืออยู่ใน โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 5.5)

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล แบ่ง ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบายและกลยุทธ์ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ด้านการควบคุม มาตรฐานกระบวนการ ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ และ ด้านการปรับปรุงกระบวนการ สามารถแสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามประเภทโรงพยาบาลได้ดังตารางที่ 4.2 ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	1.64	0.28	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	1.47	0.29	ปานกลาง
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	1.37	0.32	ปานกลาง
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	1.45	0.30	ปานกลาง
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	1.42	0.30	ปานกลาง
รวม	1.44	0.30	ปานกลาง

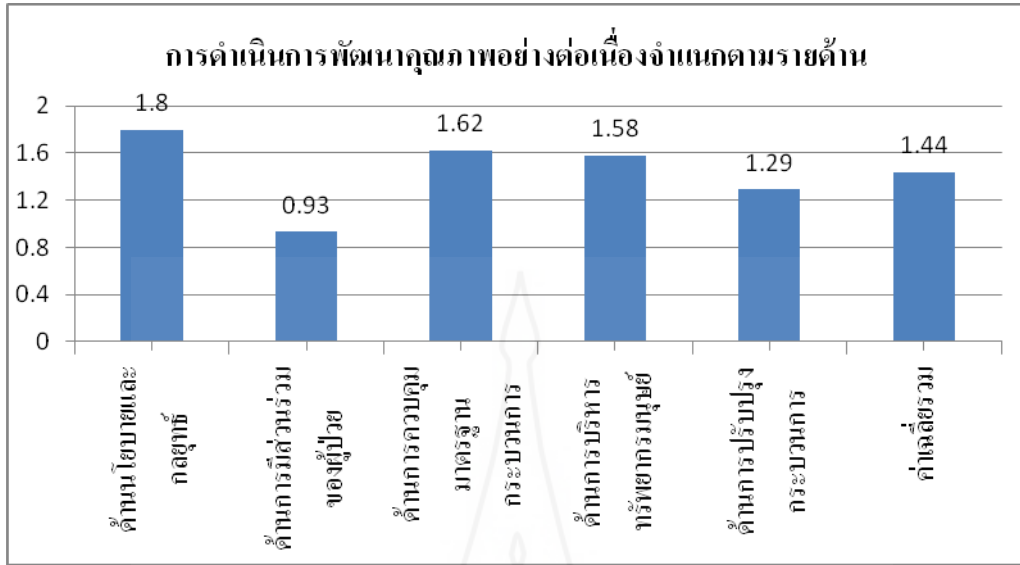
จากตารางที่ 4.2 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวม อยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.44$, S.D.=0.30) เมื่อพิจารณาตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาล ที่มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องระดับมาก ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ ($\bar{X}=1.64$, S.D.=0.28) โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องระดับปานกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง และ โรงพยาบาลชุมชนไม่

เกิน 30 เดือน และ โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เดือน ($\bar{X}=1.47$, S.D.=0.29; $\bar{X}=1.45$, S.D.=0.30; $\bar{X}=1.42$, S.D.=0.30; $\bar{X}=1.37$, S.D.=0.32)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
จำแนกตามรายด้าน

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
ด้านนโยบายและกลยุทธ์	1.80	0.30	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย	0.93	0.66	ปานกลาง
ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ	1.62	0.39	มาก
ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์	1.58	0.38	มาก
ด้านการปรับปรุงกระบวนการ	1.29	0.40	ปานกลาง
รวม	1.44	0.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.44$, S.D.=0.43) เมื่อพิจารณาการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องรายด้าน พบว่า ด้านที่ดำเนินการอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านนโยบายและกลยุทธ์ ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ และ ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ($\bar{X}=1.80$, S.D.=0.30; $\bar{X}=1.62$, S.D.=0.39; $\bar{X}=1.58$, S.D.=0.38) ด้านที่ดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการปรับปรุงกระบวนการ และ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ($\bar{X}=1.29$, S.D.=0.40; $\bar{X}=0.93$, S.D.=0.66) ดังกราฟข้างล่าง



ภาพที่ 4.1 ระดับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยภาพรวมและจำแนกรายด้าน

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องแยกรายด้าน สามารถแสดงได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านนโยบายและกลยุทธ์จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	1.98	0.08	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	1.89	0.22	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	1.64	0.38	มาก
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	1.82	0.29	มาก
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	1.77	0.30	มาก
รวม	1.80	0.30	มาก

จากตารางที่ 4.4 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านนโยบายและกลยุทธ์ของโรงพยาบาลโดยภาพรวม ($\bar{X}=1.80$, S.D.=0.30) และแต่ละประเภทโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ด้านนโยบายและกลยุทธ์จำแนกตามรายตัวชี้วัด

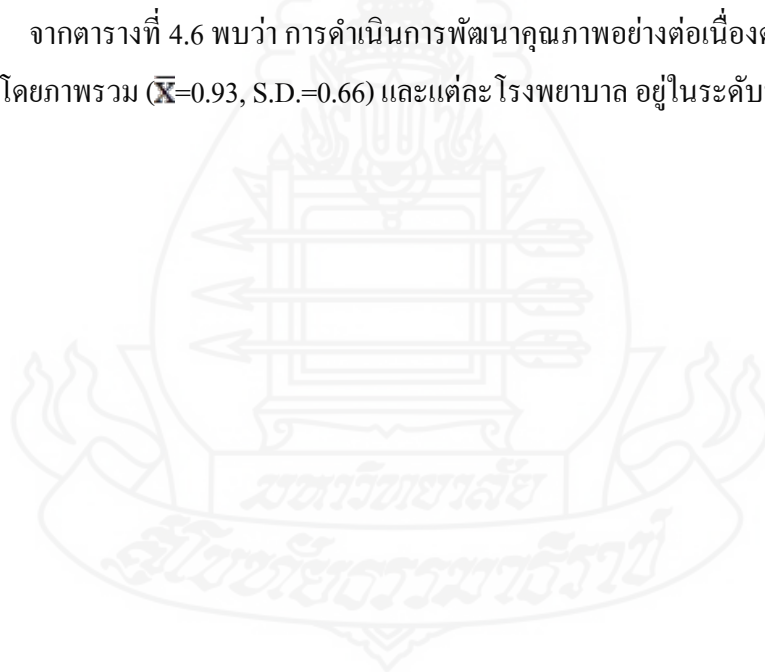
ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
1. มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการ รักษาพยาบาล	1.81	0.40	มาก
2. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้ามารับบริการ จนถึงการจำหน่าย	1.82	0.41	มาก
3. แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุวิกฤติหรือสำคัญ	1.86	0.37	มาก
4. แนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ ช่วยเหลือทางการแพทย์	1.76	0.46	มาก
5. แนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย	1.77	0.47	มาก
6. แนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานร่วมกับ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการรับและ ส่งต่อกับหน่วยงานอื่นในเครือข่ายบริการ	1.79	0.46	มาก
รวม	1.80	0.30	มาก

จากตารางที่ 4.5 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านนโยบายและกลยุทธ์ทุกตัวชี้วัดโดยภาพรวม ($\bar{X}=1.80$, S.D.=0.30) และแต่ละตัวชี้วัด อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	1.31	0.66	ปานกลาง
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	0.83	0.72	ปานกลาง
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	0.86	0.53	ปานกลาง
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	0.84	0.66	ปานกลาง
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	0.97	0.63	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	0.93	0.66	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโดยภาพรวม (\bar{X} =0.93, S.D.=0.66) และแต่ละโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจำแนกตามรายตัวชี้วัด

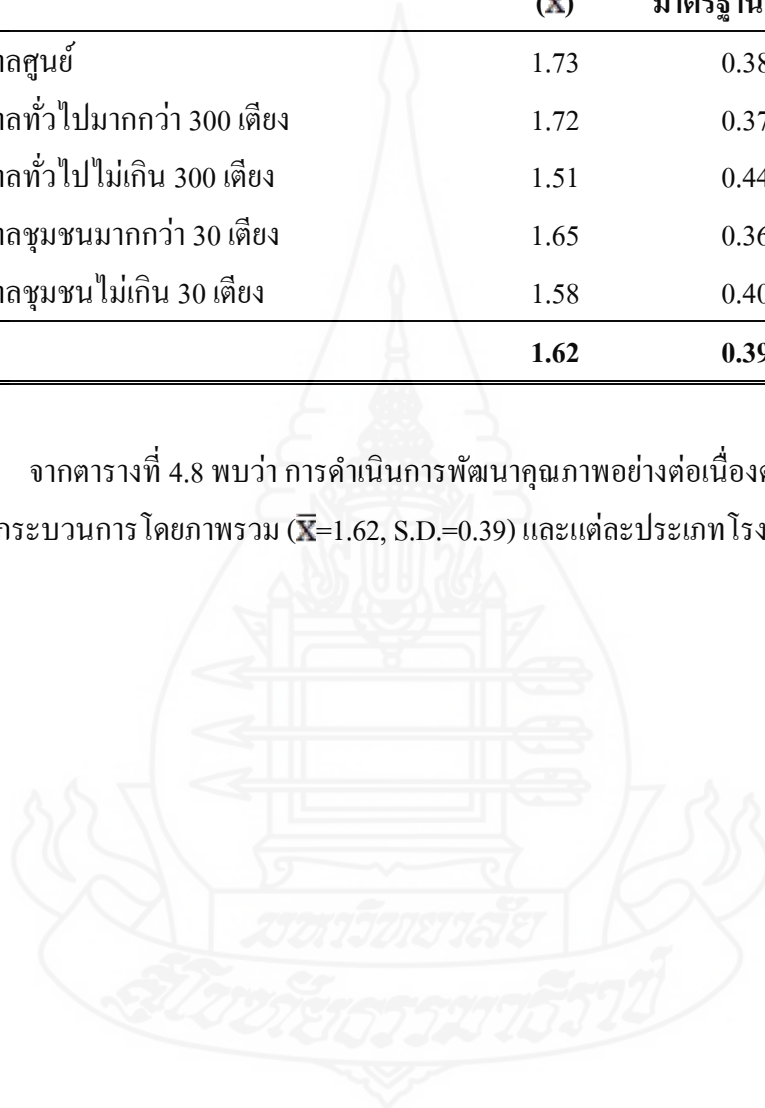
ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
1. การกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ กระบวนการให้บริการ	1.03	0.71	ปานกลาง
2. การจัดทำเกณฑ์และข้อกำหนดด้านคุณภาพ กระบวนการให้บริการ	0.91	0.73	ปานกลาง
3. การกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติในการ ให้บริการ	0.91	0.76	ปานกลาง
4. การเข้าร่วมในโครงการปรับปรุงคุณภาพและ/ หรือคณะกรรมการคุณภาพ	0.86	0.77	ปานกลาง
5. การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับผลการสำรวจความ พึงพอใจและข้อร้องเรียน	0.91	0.76	ปานกลาง
6. การเข้าร่วมในกระบวนการประเมินผลคุณภาพ การให้บริการ	0.95	0.77	ปานกลาง
รวม	0.93	0.66	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.7 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านการมีส่วนร่วม
ของผู้ป่วยทุกตัวชี้วัดโดยภาพรวม ($\bar{X}=0.93$, S.D.=0.66) และแต่ละตัวชี้วัด อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการจําแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	1.73	0.38	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	1.72	0.37	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	1.51	0.44	มาก
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	1.65	0.36	มาก
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	1.58	0.40	มาก
รวม	1.62	0.39	มาก

จากตารางที่ 4.8 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการโดยภาพรวม ($\bar{X}=1.62$, S.D.=0.39) และแต่ละประเภทโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก



ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการจำแนกตามรายตัวชี้วัด

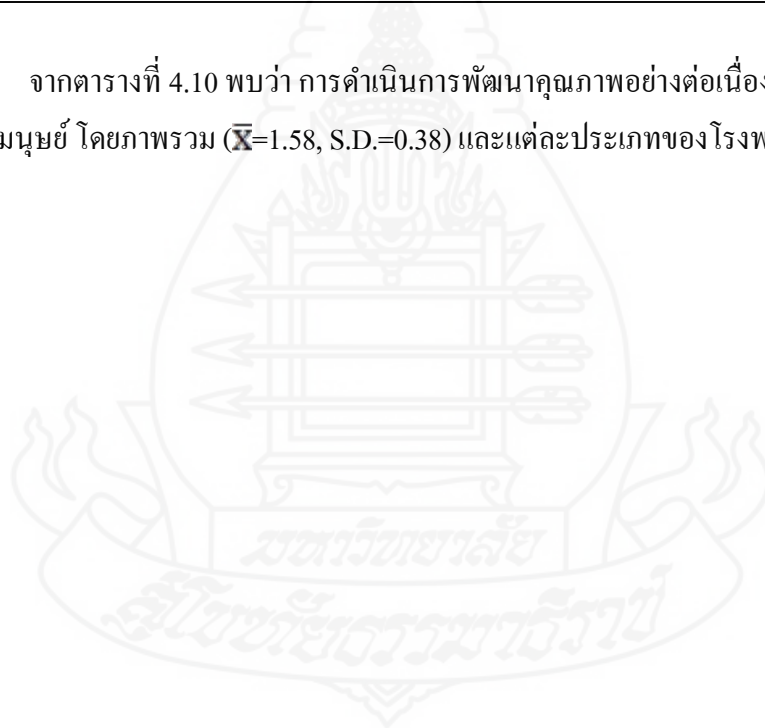
ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
1. มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการ รักษาพยาบาล	1.56	0.50	มาก
2. ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้ารับบริการ จนถึงการจำหน่าย	1.63	0.49	มาก
3. แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุวิกฤติหรือสำคัญ	1.68	0.47	มาก
4. แนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ ช่วยเหลือทางการแพทย์	1.63	0.49	มาก
5. แนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย	1.57	0.51	มาก
6. แนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานร่วมกับ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการรับและ ส่งต่อกับหน่วยงานอื่นในเครือข่ายบริการ	1.68	0.47	มาก
รวม	1.62	0.39	มาก

จากตารางที่ 4.9 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านการควบคุม
มาตรฐานกระบวนการทุกตัวชี้วัดโดยภาพรวม (\bar{X} =1.62, S.D.=0.39) และแต่ละตัวชี้วัด อยู่ในระดับ
มาก

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	1.72	0.32	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	1.57	0.35	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	1.58	0.42	มาก
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	1.60	0.38	มาก
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	1.54	0.38	มาก
รวม	1.58	0.38	มาก

จากตารางที่ 4.10 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านการบริหาร
ทรัพยากรมนุษย์ โดยภาพรวม (\bar{X} =1.58, S.D.=0.38) และแต่ละประเภทของโรงพยาบาล อยู่ในระดับ
มาก



ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์จำแนกตามรายตัวชี้วัด

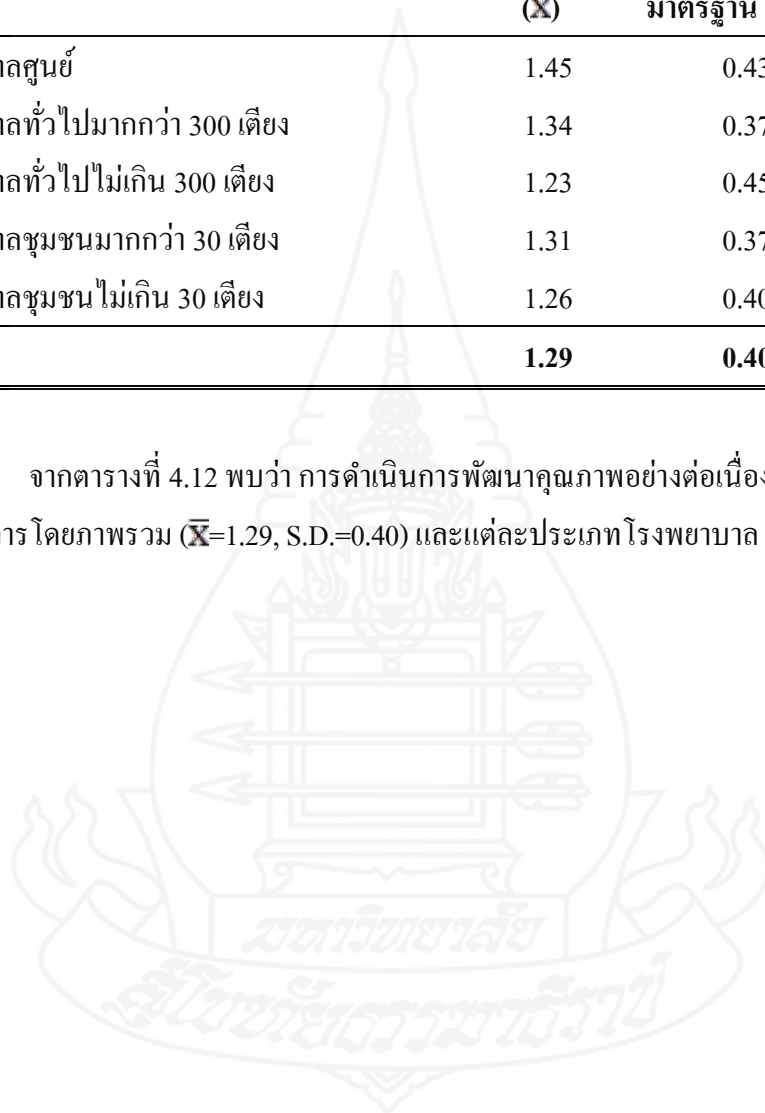
ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
1. ผู้ปฏิบัติงานได้รับการให้ความรู้และฝึกอบรม ด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	1.61	0.50	มาก
2. ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าร่วมในการจัดระบบการ ทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการผู้รับบริการ	1.62	0.50	มาก
3. ผู้ปฏิบัติงานได้รับการมอบอำนาจในการ ตัดสินใจในการแก้ปัญหาเรื่องคุณภาพการ ให้บริการ	1.61	0.50	มาก
4. ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพ เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง	1.58	0.49	มาก
5. ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลป้อนกลับเมื่อผลการ ปฏิบัติงานไม่ได้ตามมาตรฐาน	1.52	0.53	มาก
6. ผู้ปฏิบัติงานได้รับรางวัลหรือคำชมเชย เมื่อ ปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย	1.52	0.54	มาก
รวม	1.58	0.38	มาก

จากตารางที่ 4.11 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านการบริหาร
ทรัพยากรมนุษย์ทุกตัวชี้วัด โดยภาพรวม (\bar{X} =1.58, S.D.=0.38) และแต่ละตัวชี้วัด อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ด้านการปรับปรุงกระบวนการจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	1.45	0.43	ปานกลาง
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	1.34	0.37	ปานกลาง
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	1.23	0.45	ปานกลาง
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	1.31	0.37	ปานกลาง
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	1.26	0.40	ปานกลาง
รวม	1.29	0.40	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.12 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านการปรับปรุงกระบวนการโดยภาพรวม ($\bar{X}=1.29$, S.D.=0.40) และแต่ละประเภทโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง



ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ด้านการปรับปรุงกระบวนการจําแนกตามรายตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
1. การสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ	1.42	0.50	ปานกลาง
2. การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ	1.57	0.41	มาก
3. การสำรวจความต้องการของหน่วยงานภายนอก เช่น ผู้ส่งต่อ ผู้รับการส่งต่อ และอื่นๆ	1.00	0.60	ปานกลาง
4. การทบทวนผลการปฏิบัติงานภายในสายงาน/ วิชาชีพเดียวกัน	1.35	0.53	ปานกลาง
5. การทบทวนผลการปฏิบัติงานร่วมกับสายงาน/ วิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	1.22	0.53	ปานกลาง
6. การวิเคราะห์ข้อมูลในการทบทวนผลการ ปฏิบัติงาน โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลจาก องค์กร	1.19	0.51	ปานกลาง
7. การนำผลการทบทวนมาใช้ในการพัฒนาและ ปรับปรุงคุณภาพ	1.27	0.52	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	1.29	0.51	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.13 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านการปรับปรุง
กระบวนการโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.29$, S.D.=0.51) เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัด พบว่า
ตัวชี้วัดมีการดำเนินการในระดับมาก ได้แก่ การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($\bar{X}=1.57$,
S.D.=0.41) ตัวชี้วัดที่เหลือ มีการดำเนินการในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร

ความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เกี่ยวกับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การนำองค์กร และการควบคุม แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สามารถแสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามประเภทโรงพยาบาลได้ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรในภาพรวม จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	3.27	0.37	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	3.03	0.53	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	2.83	0.69	มาก
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	2.79	0.67	มาก
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	2.70	0.71	มาก
รวม	2.80	0.68	มาก

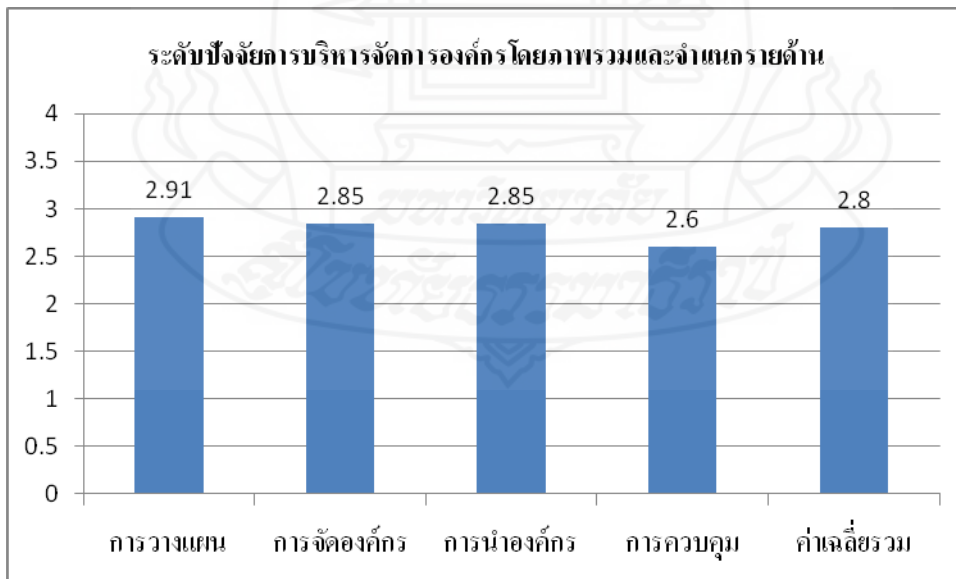
จากตารางที่ 4.14 พบว่า ระดับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรในภาพรวม (\bar{X} =2.80, S.D.=0.68) และแต่ละประเภทโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก

สำหรับค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรแยกราย
ด้าน แสดงได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรในภาพรวม
จำแนกตามปัจจัย

ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
การวางแผน	2.91	0.70	มาก
การจัดองค์กร	2.85	0.73	มาก
การนำองค์กร	2.85	0.77	มาก
การควบคุม	2.60	0.75	มาก
รวม	2.80	0.74	มาก

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรของโรงพยาบาล โดยภาพรวม
(\bar{X} =2.80, S.D.=0.74) และแต่ละด้าน อยู่ในระดับมาก ดังกราฟข้างล่าง



ภาพที่ 4.2 ระดับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร โดยภาพรวมและจำแนกรายด้าน

สำหรับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรของโรงพยาบาลแยกรายด้าน แสดงได้ดังตารางต่อไป

ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการวางแผน
จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	3.35	0.47	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	3.08	0.49	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	2.81	0.73	มาก
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	2.84	0.75	มาก
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	2.87	0.69	มาก
รวม	2.91	0.70	มาก

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการวางแผนของโรงพยาบาล
โดยภาพรวม (\bar{X} =2.91, S.D.=0.70) และแต่ละประเภทโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก



ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการวางแผน
จำแนกตามตัวชี้วัด

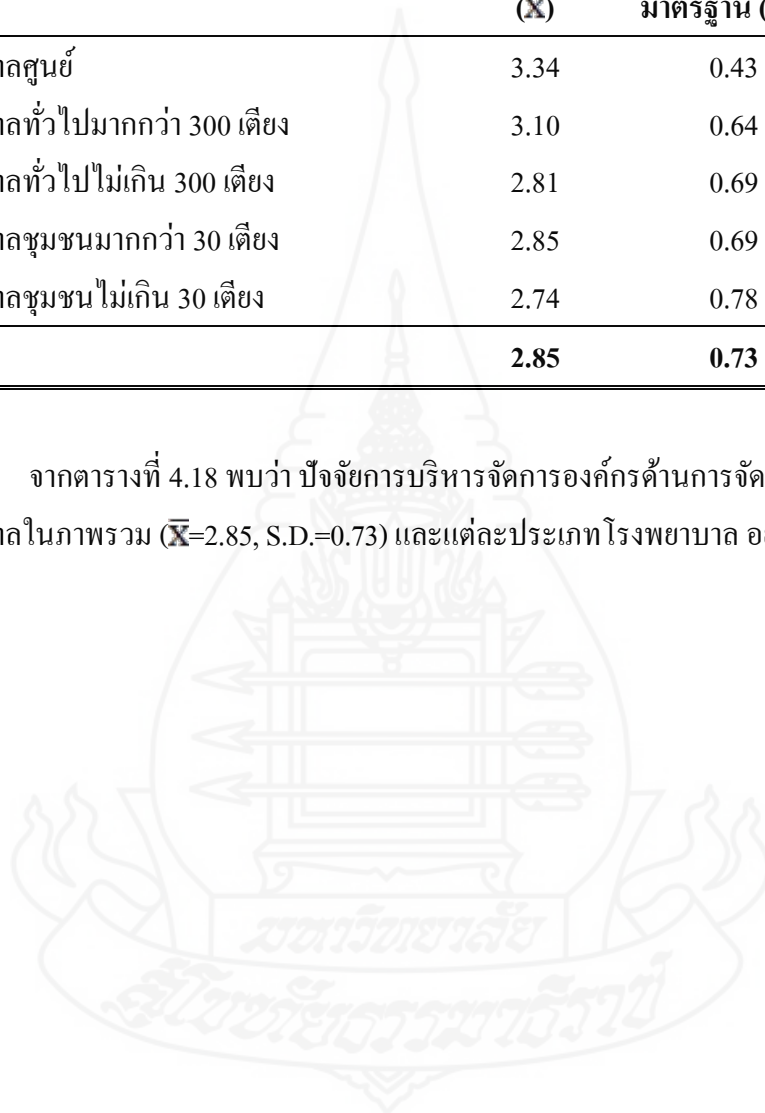
ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
1. ผู้บริหารมีการกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพเป็นกลยุทธ์ในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร	3.26	0.76	มาก
2. ผู้บริหารมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน	3.03	0.81	มาก
3. องค์กรมีการค้นหาความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายก่อนการวางแผน	2.59	0.84	มาก
4. องค์กรมีการจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพและสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ	2.90	0.82	มาก
5. องค์กรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพ	2.76	0.85	มาก
รวม	2.91	0.70	มาก

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการวางแผนในภาพรวม ($\bar{X}=2.91$, S.D.=0.70) และแต่ละตัวชี้วัด อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.18 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการจัดองค์กร
จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	3.34	0.43	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	3.10	0.64	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	2.81	0.69	มาก
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	2.85	0.69	มาก
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	2.74	0.78	มาก
รวม	2.85	0.73	มาก

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการจัดองค์กรของ
โรงพยาบาลในภาพรวม (\bar{X} =2.85, S.D.=0.73) และแต่ละประเภทโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก



ตารางที่ 4.19 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการจัด
องค์กรจำแนกตามตัวชี้วัด

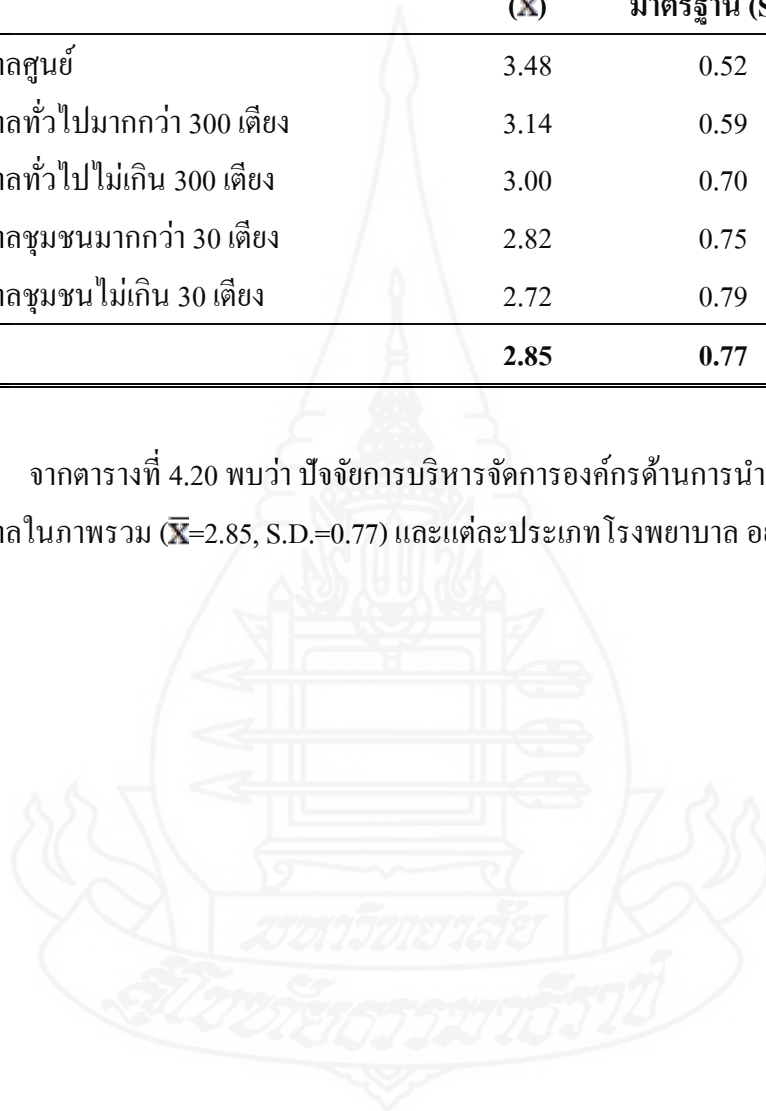
ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
1. องค์กรมีทีมผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้าน คุณภาพโดยตรง	2.89	1.01	มาก
2. ผู้บริหารกำหนดให้มีแผนพัฒนาคุณภาพ รับผิดชอบต่องานที่ชัดเจน	2.78	1.11	มาก
3. ผู้บริหารกำหนดให้มีทีมคร่อมสายงานในการ พัฒนาคุณภาพ	3.16	0.84	มาก
4. ผู้บริหารมีการปรับโครงสร้างงานการ ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า	2.85	0.84	มาก
5. ผู้บริหารมีการกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามี ส่วนร่วมในการปรับโครงสร้างงานในการ ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการลูกค้า	2.68	0.88	มาก
6. ผู้บริหารมีการแต่งตั้งและกำหนดความ รับผิดชอบต่อการพัฒนาคุณภาพให้แก่ตัวแทน ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงานย่อย	2.98	0.81	มาก
7. ผู้บริหารมีการจัดระบบสื่อสารข้อมูลข่าวสาร ด้านคุณภาพในองค์กรอย่างครอบคลุมและทั่วถึง	2.58	0.83	มาก
รวม	2.85	0.73	มาก

จากตารางที่ 4.19 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการจัดองค์กรของ
โรงพยาบาลทุกตัวชี้วัดในภาพรวม (\bar{X} =2.85, S.D.=0.73) และแต่ละตัวชี้วัด อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.20 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการนำองค์กร
จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	3.48	0.52	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	3.14	0.59	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	3.00	0.70	มาก
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	2.82	0.75	มาก
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	2.72	0.79	มาก
รวม	2.85	0.77	มาก

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการนำองค์กรของ
โรงพยาบาลในภาพรวม (\bar{X} =2.85, S.D.=0.77) และแต่ละประเภทโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก



ตารางที่ 4.21 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร
ด้านการนำองค์กรจำแนกตามรายตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
1. ผู้บริหารมีการกำหนดการพัฒนาคุณภาพเป็นนโยบายขององค์กร	3.27	0.80	มาก
2. ผู้บริหารมีความมุ่งมั่น โดยสื่อสารนโยบายการพัฒนาคุณภาพอย่างทั่วถึง	3.02	0.89	มาก
3. ผู้บริหารมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการพัฒนาคุณภาพ	2.85	0.87	มาก
4. ผู้บริหารประสานและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่ม รวมทั้งแพทย์เข้ามามีส่วนร่วม	2.84	0.90	มาก
5. ผู้บริหารชี้แจงความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง	2.63	0.90	มาก
6. ผู้บริหารมีการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ	2.52	0.96	มาก
รวม	2.85	0.77	มาก

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการนำองค์กรทุกตัวชี้วัด
ในภาพรวม (\bar{X} =2.85, S.D.=0.77) และแต่ละตัวชี้วัด อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.22 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการควบคุม
จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
โรงพยาบาลศูนย์	2.93	0.48	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 300 เตียง	2.78	0.63	มาก
โรงพยาบาลทั่วไปไม่เกิน 300 เตียง	2.70	0.81	มาก
โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 เตียง	2.64	0.73	มาก
โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง	2.49	0.77	ปานกลาง
รวม	2.60	0.75	มาก

จากตารางที่ 4.22 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการควบคุมในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.60$, S.D.=0.75) เมื่อพิจารณาตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภทมีระดับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการควบคุม อยู่ในระดับมาก ยกเว้น โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.49$, S.D.=0.77)

ตารางที่ 4.23 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการควบคุม
จำแนกตามรายตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ความหมาย
1. ผู้บริหารกำหนดให้มีการระบุข้อกำหนดและ ตัวชี้วัดของกระบวนการทำงานที่ชัดเจน	2.72	0.84	มาก
2. ผู้บริหารกำหนดให้มีการจัดทำมาตรฐานการ ปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองความต้องการ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	2.69	0.85	มาก
3. ผู้บริหารจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้าน คุณภาพขององค์กรให้มีความพร้อมใช้งาน	2.59	0.84	มาก
4. ผู้บริหารมีการติดตามผลการปฏิบัติงานของ ผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะๆ	2.64	0.83	มาก
5. ผู้บริหารกำหนดให้มีการวิเคราะห์และ ประเมินผลงานเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้	2.51	0.84	มาก
6. ผู้บริหารจัดระบบให้มีการรายงานและให้ ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อไม่ได้ตาม มาตรฐานที่กำหนดไว้	2.47	0.86	ปานกลาง
รวม	2.60	0.75	มาก

จากตารางที่ 4.23 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการควบคุมในภาพรวม
อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.60$, S.D.=0.75) เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดทั้งหมดอยู่ในระดับมาก
ยกเว้น ตัวชี้วัดที่ผู้บริหารจัดระบบให้มีการรายงานและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อไม่ได้ตาม
มาตรฐานที่กำหนดไว้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.47$, S.D.=0.46)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร 4 ด้าน คือ ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการจ้างองค์กร และด้านการควบคุม และตัวแปรตาม ได้แก่ การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ผลจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบายและกลยุทธ์ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ และด้านการปรับปรุงกระบวนการ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งใช้วิธีการคัดเลือกแบบขั้นตอน (Stepwise Selection) การคัดเลือกแบบนี้เป็นการผสมผสานระหว่างวิธีการคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ทั้งแบบก้าวหน้า (Forward Selection) และแบบถอยหลัง (Backward Selection) เข้าด้วยกัน จนกระทั่งไม่มีตัวแปรใดที่ถูกคัดออกจากสมการและไม่มีตัวแปรใดที่จะถูกนำเข้าสู่สมการกระบวนการก็จะยุติและได้สมการถดถอยที่มีสัมประสิทธิ์การพยากรณ์สูงสุด

การวิเคราะห์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามข้างต้น จึงเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในภาพรวม สำหรับผลการวิเคราะห์ แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามดังตารางต่อไปนี้



ตารางที่ 4.24 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในภาพรวม

Variables	Coefficients (β)	S.E. (β)	t	p-value	R ²	Adjusted R ²
ด้านการวางแผน (X ₁)	.172	.033	2.243	.026*	.422	.416
ด้านการจัดองค์กร (X ₂)	.295	.034	3.575	.000**		
ด้านการควบคุม (X ₃)	.237	.031	3.118	.002**		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.24 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร และ ด้านการควบคุม สำหรับปัจจัยด้านการนำองค์กรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม ไม่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

หลังจากแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป กับ กลุ่มโรงพยาบาลขนาดเล็ก คือ โรงพยาบาลชุมชน แล้ววิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถแสดงได้ดังตารางด้านล่างต่อไปนี้

ตารางที่ 4.25 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป

Variables	Coefficients (β)	S.E. (β)	t	p-value	R ²	Adjusted R ²
ด้านการวางแผน (X ₁)	.369	.064	3.000	.004*	.485	.468
ด้านการนำองค์กร (X ₃)	.394	.060	3.196	.002*		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.25 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ ด้านการวางแผนและ ด้านการนำองค์กร

ตารางที่ 4.26 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

Variables	Coefficients (β)	S.E. (β)	t	p-value	R ²	Adjusted R ²
ด้านการจัดองค์กร (X ₂)	.356	.033	4.375	.000*	.415	.410
ด้านการควบคุม (X ₄)	.327	.032	4.016	.000*		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001

จากตารางที่ 4.26 พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในโรงพยาบาลขนาดเล็ก คือ โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ด้านการจัดองค์กร และ ด้านการควบคุม

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการและการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการและการดำเนินพัฒนาคุณภาพ ซึ่งได้จากข้อคำถามปลายเปิดในส่วนที่ 4 ของแบบสอบถาม โดยมีผู้ตอบ จำนวน 192 คน จากทั้งหมด 293 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 ซึ่งสามารถแสดงรายละเอียดได้ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร

จากข้อเสนอแนะต่อการบริหารจัดการของผู้บริหาร สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหาร โรงพยาบาล และต่อผู้บริหารส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติต่อผู้บริหาร โรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพ สามารถแสดงตามลำดับความถี่จากมากไปน้อยในตารางข้างล่างดังนี้

ตารางที่ 4.27 ค่าความถี่ของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร

ข้อ	ข้อเสนอแนะ	ค่าความถี่
1.	ด้านการวางแผน	
-	ผู้บริหารทุกระดับต้องมีนโยบาย เป้าหมายและแผนการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน และอยู่ในแผนยุทธศาสตร์องค์กร	113
-	สนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และ โครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น	36
2.	ด้านการจัดองค์กร	
-	มีโครงสร้างและบุคลากรรับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน ทำงานเต็มเวลา และได้รับมอบหมายงานและอำนาจในการดำเนินการ	83
-	มีการพัฒนาให้เกิดการทำงานเป็นทีม สร้างความเข้มแข็ง และเสริมพลัง โดยการมอบอำนาจให้ในส่วนที่เกี่ยวข้อง	27
3.	ด้านการนำองค์กร	
-	สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายทุกระดับ รวมทั้ง สหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะ แพทย์ต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง โดยสร้างความเข้าใจและความตระหนักให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกคนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ	64
-	มีการสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัล ค่าตอบแทน ความดีความชอบ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน	26
4.	ด้านการควบคุม	
-	ผู้บริหารทุกระดับมีการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ให้ข้อมูลด้านบวกด้านลบและข้อเสนอแนะ ช่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรค และผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ สนับสนุนให้ผู้ประสานงาน สามารถทำงานได้เต็มที่	56
-	มีระบบข้อมูลรวมศูนย์ เพื่อการเข้าถึงและการนำไปใช้ รวมทั้ง ระบบข้อมูลย้อนกลับ	11
-	เป็นตัวชี้วัดรายบุคคล มีคุณและโทษในการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตามนโยบาย	6

จากตารางที่ 4.27 พบว่า ข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรทุกด้าน โดยด้านการวางแผน ส่วนมากเสนอในเรื่องที่ผู้บริหารทุกระดับต้องมีนโยบาย เป้าหมายและแผนการพัฒนาคูณภาพที่ชัดเจน และอยู่ในแผนยุทธศาสตร์องค์กร ด้านการจัดองค์กร ส่วนมากเสนอในเรื่องการมีโครงสร้างและบุคลากรรับผิดชอบงานพัฒนาคูณภาพที่ชัดเจน ทำงานเต็มเวลา และได้รับมอบหมายงานและอำนาจในการดำเนินการ ด้านการนำองค์กร ส่วนมากเสนอในเรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายทุกระดับ รวมทั้ง สหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะ แพทย์ต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และ ด้านการควบคุม ส่วนมากเสนอในเรื่องผู้บริหารทุกระดับมีการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ให้ข้อมูลด้านบวกด้านลบและข้อเสนอแนะ ช่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรค และผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ สนับสนุนให้ผู้ประสานงาน สามารถทำงานได้เต็มที่

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับบทบาทและสิ่งที่ควรดำเนินการของผู้บริหารส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาคูณภาพ มีทั้งหมด 70 ราย มีดังนี้

ตารางที่ 4.28 ค่าความถี่ของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับ
ผู้บริหารส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ	ข้อเสนอแนะ	ค่าความถี่
1.	ควรมีโครงสร้าง กรอบอัตรากำลัง และความก้าวหน้ารองรับ สำหรับผู้รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคูณภาพโดยตรง เนื่องจากบุคลากรที่ทำงานด้านคุณภาพ เกือบทั้งหมดเป็นสายวิชาชีพ แต่ไม่สามารถนำผลงานการพัฒนาคูณภาพไปใช้ในการประเมินความก้าวหน้าในสายวิชาชีพได้	34
2.	ควรสนับสนุนงบประมาณเฉพาะสำหรับการดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ สำหรับการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน อาคารห้องพัก ห้องน้ำ โรงครัว อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ที่จำเป็น รวมทั้ง สิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานบริการและความปลอดภัย	22
3.	ควรสนับสนุนด้านกำลังคนให้เพียงพอสำหรับการให้บริการและการพัฒนาคูณภาพ โดยเฉพาะ แพทย์ พยาบาล	19
4.	ควรมีการบูรณาการมาตรฐานคุณภาพต่างๆ ให้เป็นระบบเดียวกัน โดยอาจแบ่งตามขนาดของโรงพยาบาลหรืออื่นๆ ตามเหมาะสม	18

ตารางที่ 4.28 (ต่อ)

ข้อ	ข้อเสนอแนะ	ค่าความถี่
5.	ควรสนับสนุนด้านวิชาการ โดยจัดให้มีการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือฝึกอบรมเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐาน จัดให้มีวิทยากร อาจารย์พี่เลี้ยง ที่ปรึกษา หรือเครือข่ายการพัฒนา สามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง	15
6.	ควรมีนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพเป็นขั้นตอนและระยะเวลาที่ชัดเจน	9

จากตารางที่ 4.28 พบว่า ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายส่วนมาก เกี่ยวกับโครงสร้าง กรอบ อัตรากำลัง และความก้าวหน้าของบุคลากรที่ทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพ รองลงมา ได้แก่ การขอสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ การขอสนับสนุนด้านกำลังคนให้เพียงพอ การบูรณาการมาตรฐานคุณภาพ การสนับสนุนด้านวิชาการ และการมีนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถาม มีทั้งหมด จำนวน 105 ราย ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.29 ค่าความถี่ของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนา
คุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อ	ข้อเสนอแนะ	ค่าความถี่
1.	บุคลากรที่ทำงานด้านคุณภาพ ควรได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพจนสามารถนำไปปฏิบัติได้และสอดคล้องเป็นแนวทางเดียวกัน มีเป้าหมายร่วมกัน ตลอดจน มีการเสริมพลังในการทำงาน	40
2.	ควรมีการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	38
3.	มีการทำงานเป็นทีม ทุกระดับมีส่วนร่วม รวมทั้งสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะ แพทย์ต้องเข้ามามีส่วนร่วม	34
4.	มีการดำเนินการกำหนดและทบทวนตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอตามวงจรคุณภาพ (PDCA)	30
5.	การพัฒนาคุณภาพจะต้องบูรณาการกับงานประจำ	16
6.	ต้องมีการกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติ และปรับปรุงให้ดีขึ้น	10

จากตารางที่ 4.29 พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ จะต้องทำโดยบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจ ปฏิบัติในแนวทางที่สอดคล้องกันและไปสู่เป้าหมายเดียวกัน มีการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Activities) ตามวงจรคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรทุกระดับต้องมีส่วนร่วม ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และบูรณาการกับงานประจำให้ได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีประเด็นสรุปได้ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 ผลการวิจัย

1.1.1 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ได้ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการอยู่ในระดับมาก ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลประเภทอื่นดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้านของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า ด้านที่มีการดำเนินการในระดับมาก ได้แก่ ด้านนโยบายและกลยุทธ์ ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ และ ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ด้านที่มีการดำเนินการในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการปรับปรุงกระบวนการ และ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาแต่ละด้านของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า ด้านนโยบายและกลยุทธ์ มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า เอกสารมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติทุกชนิด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ทุกตัวชี้วัด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดควบคุมมาตรฐานต่างๆ มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก เช่นเดียวกัน

ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ทุกตัวชี้วัด มีค่าเฉลี่ยในระดับมากเช่นเดียวกัน

ด้านการปรับปรุงกระบวนการ มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ทุกตัวชี้วัด มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ยกเว้น ตัวชี้วัดการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก

1.1.2 ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ได้ตั้งไว้ว่า มีปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรแต่ละด้าน พบว่า ด้านการวางแผน มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ทุกตัวชี้วัด มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก

ด้านการจัดองค์กร มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ทุกตัวชี้วัด มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก

ด้านการนำองค์กร มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ทุกตัวชี้วัด มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก

ด้านการควบคุมองค์กร มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท ยกเว้น โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนไม่เกิน 30 เตียง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปาน

กลาง และเมื่อพิจารณาจำแนกตามตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดทั้งหมด ยกเว้น ตัวชี้วัดที่ผู้บริหารจัดระบบ ให้มีการรายงานและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ในขณะที่ตัวชี้วัดที่ผู้บริหารจัดระบบ ให้มีการรายงานและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

1.1.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร และ ด้านการควบคุม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสำเร็จได้ ร้อยละ 41.6 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 (adjusted $R^2 = .416$, $p = .000$) สำหรับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการนำองค์กร พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการวางแผน และ ด้านการนำองค์กร สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสำเร็จได้ ร้อยละ 46.8 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 (adjusted $R^2 = .468$, $p = .000$) สำหรับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการจัดองค์กร และ ด้านการควบคุม พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการจัดองค์กร และ ด้านการควบคุม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสำเร็จได้ ร้อยละ 41 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 (adjusted $R^2 = .410$, $p = .000$) สำหรับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการวางแผน และ ด้านการนำองค์กร พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.1.4 ข้อเสนอที่ได้จากข้อเสนอแนะ

1) ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร

จากข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรในโรงพยาบาล จากกลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปได้เป็นข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติต่อผู้บริหาร โรงพยาบาล สามารถสรุปได้ดังนี้

(1) ด้านการวางแผน

ควรมีแผนการพัฒนาคูณภาพที่ชัดเจน และอยู่ในแผนยุทธศาสตร์องค์กร และมีการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และ โครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น

(2) *ด้านการจัดองค์กร*

ควรมีโครงสร้างและบุคลากรรับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน ทำงานเต็มเวลา และได้รับมอบหมายงานและอำนาจในการดำเนินการ มีการพัฒนาให้เกิดการทำงานเป็นทีม สร้างความเข้มแข็ง และเสริมพลัง โดยการมอบอำนาจให้ในส่วนที่เกี่ยวข้อง

(3) *ด้านการนำองค์กร*

ควรมีความมุ่งมั่น มีนโยบาย เป้าหมายที่ชัดเจน สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายทุกระดับ ทุกสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะ แพทย์ต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง สร้างความเข้าใจ และความตระหนักให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกคนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ และเห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญของการทำการพัฒนาคุณภาพ และ มีการสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัล ค่าตอบแทน ความดีความชอบ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน

(4) *ด้านการควบคุม*

มีการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงจากผู้บริหารทุกระดับ ให้ข้อมูลด้านบวกด้านลบและข้อเสนอแนะ ช่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรค และ ผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ สนับสนุนให้ผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) สามารถทำงานได้เต็มที่ มีระบบข้อมูลรวมศูนย์ เพื่อการเข้าถึงและการนำไปใช้ รวมทั้ง ระบบข้อมูลย้อนกลับ และเป็นตัวชี้วัดรายบุคคล มีคุณและโทษในการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตามนโยบาย

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารส่วนกลาง ได้แก่ ควรมีควรมีโครงสร้าง กรอบอัตรากำลัง และความก้าวหน้ารองรับ สำหรับผู้รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคุณภาพโดยตรง รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ การสนับสนุนด้านกำลังคนให้เพียงพอ การบูรณาการมาตรฐานคุณภาพ การสนับสนุนด้านวิชาการ และการมีนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน ตามลำดับ

2) *การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง*

จากความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ สรุปได้ว่า ควรมีการดำเนินการที่ต่อเนื่อง บูรณาการกับงานประจำ และการทำงานเป็นทีมให้มากขึ้นกว่าเดิม โดยมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ ภาระงานที่มากจากการประเมินที่มีหลายมาตรฐาน ขาดการมีส่วนร่วมจากสหวิชาชีพ โดยเฉพาะ แพทย์ นอกจากนี้ บุคลากรที่มีก็ไม่เพียงพอจากภาระงานในการให้บริการที่มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และขาดงบประมาณในการดำเนินการ

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

2.1 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ได้ตั้งไว้ว่า ในภาพรวม มีการดำเนินการในระดับปานกลาง โดยโรงพยาบาลศูนย์ จะมีระดับการดำเนินการมากกว่า โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ตามลำดับ โดยพิจารณาจากข้อมูลจำนวนและสัดส่วนของโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ในหัวข้อ 1.1.1 เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ ดำเนินการอยู่ในระดับมาก สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลศูนย์มีสมรรถนะขององค์กรมากกว่า โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับตัวแบบการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ด้านการจัดการ (Management Model of Implementation Process) ที่กล่าวว่า ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความคาดหวัง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยโครงสร้างขององค์กรที่เหมาะสม ความรู้ความสามารถทางด้านการบริหารและเทคนิคการจัดการของบุคลากรในองค์กร มีการวางแผนเตรียมการ และมีความพร้อมทั้งทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และงบประมาณ (เสนห์ จุ้ยโต, 2548: 75)

เมื่อพิจารณาแยกรายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และ ด้านการปรับปรุงกระบวนการ ดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง โดยทั้ง 2 ด้านดังกล่าว โรงพยาบาลทุกประเภท ดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย จากผลการวิเคราะห์ในหัวข้อ 1.1.1 ที่พบว่า โรงพยาบาลยังไม่ได้ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าที่ควร ตั้งแต่ การกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพกระบวนการให้บริการ การจัดทำเกณฑ์และข้อกำหนดด้านคุณภาพกระบวนการให้บริการ การกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติในการให้บริการ การเข้าร่วมในโครงการปรับปรุงคุณภาพและ/หรือคณะกรรมการคุณภาพ การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับผลการสำรวจความพึงพอใจและข้อร้องเรียน และการเข้าร่วมในกระบวนการ

ประเมินผลคุณภาพการให้บริการ แสดงให้เห็นว่าแนวคิดการบริหารจัดการสมัยใหม่ ซึ่งเปิดโอกาสให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ยังไม่ได้นำมาปฏิบัติเท่าที่ควร ซึ่งอาจเนื่องมาจากมีเงื่อนไขที่ไม่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (ชินรัตน์ สมสืบ, 2548: 264-5) ได้แก่ คุณภาพในการให้บริการทางการแพทย์ เป็นความรู้ด้านเทคนิคที่ซับซ้อน เข้าใจยาก สำหรับผู้ป่วย แม้ว่าจะมีส่วนร่วม ก็อาจจะไม่สามารถตัดสินใจหรือไม่มีศักยภาพที่จะเสนอทางเลือกต่างๆ ได้ ทำให้หน่วยงานผู้ให้บริการคิดว่าไม่มีความจำเป็น แม้ว่าอยากจะทำ แต่ผู้ป่วยมีความหลากหลาย กลุ่มและมีเป็นจำนวนมาก การหาตัวแทนผู้ป่วยทั้งหมดให้เข้ามามีส่วนร่วม อาจทำได้ยาก และบางหน่วยงาน อาจคิดว่าสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ เหมือนกับการตัดสินใจในกระบวนการรักษาที่ทำอยู่แล้ว นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักมีรายได้ต่ำ ไม่สามารถมีส่วนร่วมด้วย เนื่องจากต้องทำงานและให้ความสำคัญกับครอบครัวก่อน ดังนั้น การดำเนินการให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมจนประสบความสำเร็จได้ จะต้องมีการบริหารการมีส่วนร่วมที่ดี โดยอาจใช้หลักการ 4S (ชินรัตน์ สมสืบ, 2548: 265-7) ได้แก่ 1) การเริ่มต้นเร็ว (Starting Early) โดยเริ่มต้นตั้งแต่วาระแรก มีการให้ข้อมูลกระตุ้นให้เกิดความคิดเห็น และมีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ป่วยก่อนการตัดสินใจ 2) ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholders) โดยต้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง 3) ความจริงใจ (Sincerity) ต้องจัดการกระบวนการอย่างจริง เปิดเผย ชื่อสัตย์ ปราศจากอคติ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารสองทางอยู่ตลอดเวลาและต่อเนื่อง ตอบสนองต่อความสงสัย จนเกิดความน่าเชื่อถือและไว้วางใจต่อกัน 4) วิธีการที่เหมาะสม (Suitability) ต้องเลือกเทคนิคหรือรูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม

สำหรับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านการปรับปรุงกระบวนการ จากผลการวิเคราะห์ในหัวข้อ 1.1.1 ที่พบว่า ยังดำเนินการได้ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน แม้ว่าจะได้ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจในระดับมากที่สุดก็ตาม แต่การสำรวจความต้องการทั้งของผู้รับบริการ และหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสียยังอยู่ในระดับปานกลาง การทบทวนผลการปฏิบัติงานทั้งภายในสายงาน/วิชาชีพเดียวกันและกับสายงาน/วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ยังอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ การทบทวนบนฐานการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำผลการทบทวนมาพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพงาน ก็ยังดำเนินการได้ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงการขาดการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (ชินรัตน์ สมสืบ, 2548: 265-7) และการขาดการมีส่วนร่วมและทำงานเป็นทีมทั้งภายในวิชาชีพเดียวกัน และกับวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับ ตัวแบบการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ด้านการพัฒนาองค์กร (Organization Development Model) (เสนห์ จุ้ยโต, 2548: 76) นอกจากนี้ ยังขาดการวัดผลการดำเนินงานในรูปแบบของการทบทวน ซึ่ง

สอดคล้องกับ ตัวแบบการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติที่ยึดหลักเหตุผล (Rational Model) (เสนห์ จุ้ยโต, 2548: 74) ดังนั้น เพื่อยกระดับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านการปรับปรุงกระบวนการ ผู้บริหารโรงพยาบาลจะต้องนำองค์กรและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วม และเกิดการทำงานเป็นทีม และต้องกำกับติดตาม ประเมินผลการทำงานของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง (เสนห์ จุ้ยโต, 2548: 74-6)

2.2 ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมและแต่ละด้านอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาแยกรายประเภท โรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท โดยเฉพาะ โรงพยาบาลชุมชน มีการดำเนินการในระดับมากเช่นเดียวกัน ซึ่งไม่ตรงกับสมมุติฐานที่ได้ตั้งไว้ว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง การที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีระดับปัจจัยดังกล่าว มากกว่า โรงพยาบาลชุมชน อาจเนื่องมาจากการมีอัตรากำลังบุคลากรที่มีจำนวนและคุณลักษณะเฉพาะสำหรับตำแหน่งในด้านบริหารจัดการมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน

จากผลการวิเคราะห์ที่พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรในโรงพยาบาลทุกประเภทอยู่ในระดับมาก อาจเป็นผลเนื่องมาจาก การปฏิรูประบบราชการและการปฏิรูปการจัดการภาครัฐ ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 และ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2546 - 2550 โดยนำแนวคิดของการจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) มาใช้ มีสาระสำคัญที่ให้ความสำคัญต่อการบริหารราชการเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ ลดขั้นตอนการปฏิบัติราชการ และมีการประเมินผลการปฏิบัติราชการ เครื่องมือการบริหารจัดการต่างๆ ได้ถูกนำมาใช้ในหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ การบริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (Result-based Management) หรือที่เรียกย่อว่า RBM โดยให้ความสำคัญต่อการกำหนดปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ มีการวัดผลการดำเนินงานแบบสมดุล (Balanced Scorecard) และกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินหลัก (KPIs) นอกจากนี้ ยังกำหนดให้หน่วยราชการในส่วนภูมิภาค มีการจัดทำรับรองการปฏิบัติราชการ โดยมีการลงนามในรูปแบบของสัญญา ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับในประเทศฝรั่งเศสที่เรียกว่า การจัดการตามสัญญา (Management by Contract) และพระราชบัญญัติผลการดำเนินงานของรัฐบาล (Government Performance Results Act 1993) ของสหรัฐอเมริกา (เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ 2548: 238-45)

2.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ในภาพรวม ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร และ ด้านการควบคุม ยกเว้น ด้านการนำองค์กร ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรทุกด้าน มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สำหรับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการนำองค์กร ที่พบว่า ไม่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญนั้น อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ยังดำเนินการด้านการนำองค์กรได้ไม่มากพอที่จะส่งผลให้เกิดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในทางปฏิบัติ เนื่องจากผู้บริหาร โดยเฉพาะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์ ส่วนใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยจากไปเรียนต่อ ทำให้ไม่เกิดความต่อเนื่องในด้านนโยบายและการดำเนินการเท่าที่ควร

สำหรับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร และ ด้านการควบคุมที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถอภิปรายได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการวางแผนสอดคล้องกับผลการศึกษาของคาเรน ฮาดี และ ไบรอัน โกลด์ (Karen Hardee and Brian Gould, 1993: 147-52) ที่พบว่า การให้ความสำคัญกับลูกค้า โดยองค์กรจะต้องระบุลูกค้าขององค์กร และมีการค้นหาความต้องการจำเป็นและความคาดหวัง จะทำให้การพัฒนาคุณภาพมีความต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพาเวล (Powell, 1995: 15-37) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) พบว่า การคำนึงถึงความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกในการวางแผน และการเทียบเคียง (Benchmarking) กับหน่วยงานที่เป็นเลิศ เป็นปัจจัยที่สำคัญของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2) ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการจัดองค์กร สอดคล้องกับผลการวิจัยของซาราฟี และคณะ (Saraph et al., 1989 อ้างใน Badri and Devis, 1995: 36-53) แลมเมอร์ และคณะ (Lammers et al., 1996: 463-478) ที่พบว่า องค์กรที่มีแผนกคุณภาพ (Quality department) ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพโดยตรง และ มีการจัดกระบวนการทำงานในองค์กร (Service design) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และมีทีมนำคุณภาพ (Quality Council) ที่ประกอบด้วยผู้บริหารด้านคลินิกและด้านบริหารจัดการ และมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพ การวางแผน การฝึกอบรม และการจัดตั้งทีมปรับปรุงคุณภาพ จะทำให้เกิดพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับการจัดระบบสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพในองค์กรอย่างครอบคลุมและทั่วถึง สอดคล้องกับคำกล่าวของเคอติส แมคลาฟลิน และ เดวิด คิบบี (Curtis P. McLaughlin and David C. Kibbe, 2006: 247-53) ได้กล่าวถึงบทบาทของการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศในการสนับสนุน การตัดสินใจและการกระทำ เพื่อเพิ่มความสามารถในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการดูแล สุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของนักวิจัยอีกหลายท่านที่สอดคล้องกับผลการศึกษา ได้แก่ โย เซฟ ดี ลูกัส และคณะ (Yosef D. Dlugacz et al., 2004: 17-38) ได้กล่าวถึงบทบาทของข้อมูลคุณภาพ ที่นำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซาราฟี่ และคณะ (Saraph et al., 1989 อ้างใน Badri and Devis, 1995: 36-53) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพขององค์กร พบว่า ข้อมูล คุณภาพและการรายงานผล (Quality data and reporting) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากต่อ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คารเรน ฮาดี และ ไบรอัน โกลด์ (Karen Hardee and Brian Gould, 1993: 147-52) ได้ศึกษาสภาพแวดล้อมภายในองค์กรที่ทำให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติสามารถปรับปรุง บริการได้อย่างต่อเนื่อง พบว่า การมุ่งเน้นกระบวนการมากกว่าตัวบุคคล และ การใช้ข้อมูลในการ ตัดสินใจ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และ แลมเมอร์ และคณะ (Lammers et al., 1996: 463-478) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับปรุงคุณภาพในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ทีมปรับปรุงคุณภาพที่มีการเก็บข้อมูลคุณภาพในการดำเนินงานและ นำมาใช้ จะมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพได้ดีกว่า

3) ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรด้านการควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของเพาเวล (Powell, 1995: 15-37) ที่พบว่า องค์กรที่มีการวัด (Measurement) โดยมุ่งเน้นเป้าหมายและข้อมูล จริง มีการวัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ โดยนำวิธีการสถิติมาใช้ และ มีการเทียบเคียง (Benchmarking) มีการศึกษา วิจัย สังเกต วิถีปฏิบัติที่เป็นเลิศ เพื่อเป็นตัวอย่าง จะทำให้มีการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง และยังคงสอดคล้องกับผลการศึกษานวนูเยเซ และ คันจิ (Nwabueze and Kanji, 1997: 265-80) ที่พบว่า องค์กรที่มีระบบกำกับติดตามและวัดกระบวนการและผลลัพธ์จาก กระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการเรียนรู้จากความผิดพลาดและนำไปสู่การปรับปรุงระบบการทำงาน ขององค์กร โดยเฉพาะ ระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วย จะทำให้การพัฒนาที่มีความต่อเนื่อง

สำหรับการวิเคราะห์แยกกลุ่ม ระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป กับ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก สามารถอภิปรายได้ดังนี้

สำหรับโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการวางแผน และ ด้านการนำองค์กร มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ปัจจัยด้านการจัด องค์กร และ ด้านการควบคุมไม่ได้ถูกนำเข้ามาในสมการถดถอย

สำหรับปัจจัยด้านการวางแผนและการนำองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยดังกล่าวที่มีต่อโรงพยาบาลใหญ่อย่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ปัจจัยด้านการวางแผนนั้น มีความสำคัญ เนื่องจาก การที่ผู้บริหารมีการจัดทำแผนสำหรับการพัฒนาคุณภาพนั้น ถือเป็นการแสดงความมุ่งมั่น ตั้งใจจริงและให้ความสำคัญต่อนโยบายการพัฒนาคุณภาพของผู้บริหาร นอกจากนี้ ยังเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของคาเรน ฮาดี และ ไบรอัน โกลด์ (Karen Hardee and Brian Gould, 1993: 147-52) และเพาเวล (Powell, 1995: 15-37) ดังกล่าวข้างต้น

สำหรับปัจจัยด้านการนำองค์กรนั้น มีความสำคัญสำหรับองค์กรที่มีขนาดใหญ่อย่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้บริหารจะต้องกำหนดและสื่อสารนโยบายการพัฒนาคุณภาพ สั่งการ จูงใจ และ ประสานงานให้บุคลากรที่มีจำนวนมากในสาขาวิชาชีพระดับต่างๆ ที่มีความหลากหลายในทุกระดับของโรงพยาบาลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานและบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำทลายความสามารถในการนำองค์กรของผู้บริหารเป็นอย่างมาก การนำองค์กรที่ดี จึงส่งผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ คาเรน ฮาดี และ ไบรอัน โกลด์ (Karen Hardee and Brian Gould, 1993: 147-52) ที่พบว่า ผู้บริหารระดับสูง ต้องสื่อสารวิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นไปยังผู้บริหารทุกระดับและปฏิบัติงาน และ ผู้บริหารทุกระดับ จะต้องส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพ จะทำให้การพัฒนาคุณภาพมีความต่อเนื่อง และผลการศึกษาของ ซอร์ ทเทล และคณะ (Shortell et al., 1995: 377-401) นวาบยูเซ และ คันจิ (Nwabueze and Kanji, 1997: 265-80) แอนโทนี และคณะ (Anthony et al., 2002: 551-566) วาร์ทธานี และคณะ (Wardhani et al., 2009: 239-251) งามอาจ วิพุธศิริ และคณะ (2540) และ กมลเนตร จิมแก้ว (2549) ที่พบว่า ผู้บริหารที่เน้นการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน โดยเฉพาะแพทย์ ในการดำเนินกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพ มีผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า

สำหรับปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร ด้านการจัดองค์กร และ ด้านการควบคุม อาจมีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แต่การที่ปัจจัยดังกล่าว ไม่อยู่ในสมการพยากรณ์ อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ แม้ว่าจะมีโครงสร้างองค์กรที่แบ่งออกเป็นกลุ่มงานและฝ่ายต่างๆ อย่างเป็นระบบ มีการกำหนดภารกิจ บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ ตลอดจนมีการมอบหมายงานตามภารกิจดังกล่าวให้กับบุคลากรต่างๆ อย่างชัดเจน มีผู้บริหาร แผนกพัฒนาคุณภาพ ทีมคร่อมสายงาน และทีมพัฒนาคุณภาพในแต่ละกลุ่มงาน รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโดยตรง แต่การดำเนินงานจริงในส่วนของปัจจัยด้านการจัดองค์กรและด้าน

การควบคุม ตามบทบาท ภารกิจ หน้าที่และความรับผิดชอบในทางปฏิบัติ อาจยังไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้เกิดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน มีความแตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปในลักษณะตรงกันข้าม จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการด้านการจัดองค์กร และ ด้านการควบคุม มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ปัจจัยด้านการวางแผน และ ด้านการนำองค์กรไม่ได้ถูกนำเข้ามาในสมการพยากรณ์ อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลชุมชน เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีบุคลากรจำนวนจำกัด นอกจากนี้ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ซึ่งเป็นแพทย์ มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ดังนั้น ปัจจัยด้านการวางแผนและการนำองค์กร ในทางปฏิบัติ อาจยังทำได้ไม่เพียงพอและต่อเนื่องที่จะผลักดันให้เกิดผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จึงต้องอาศัยแต่ปัจจัยด้านการจัดองค์กร และด้านการควบคุมที่เป็นระบบงานปกติของหน่วยงานราชการ

จากผลการวิเคราะห์ที่พบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรของโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก แต่ก็ไม่ได้ส่งผลให้เกิดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับมากด้วยนั้น แสดงให้เห็นว่า อาจยังดำเนินการได้ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติ เพราะเมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ในรายละเอียด จะพบว่า ยังสามารถดำเนินการให้มากขึ้นได้อีกในตัวชี้วัดต่างๆ ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านการวางแผน ที่องค์กรมีการค้นหาความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายก่อนการวางแผน ตัวชี้วัดที่องค์กรมีการจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพและสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ และ ตัวชี้วัดด้านการจัดองค์กร ที่ผู้บริหารมีการปรับ โครงสร้างงานการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า ตัวชี้วัดที่องค์กรมีทีมผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพโดยตรง ตัวชี้วัดที่ผู้บริหารกำหนดให้มีแผนกพัฒนาคุณภาพรับผิดชอบงานที่ชัดเจน ตัวชี้วัดที่ผู้บริหารมีการกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับ โครงสร้างงานในการให้บริการ เพื่อตอบสนองความต้องการลูกค้า ตัวชี้วัดที่ผู้บริหารมีการแต่งตั้งและกำหนดความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพให้แก่ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงานย่อย ผู้บริหารมีการจัดระบบสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพในองค์กรอย่างครอบคลุมและทั่วถึง และตัวชี้วัดด้านการควบคุมที่ผู้บริหารจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านคุณภาพขององค์กรให้มีความพร้อมใช้งาน ตัวชี้วัดที่ผู้บริหารกำหนดให้มีการวิเคราะห์และประเมินผลงานเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ ตัวชี้วัดที่ผู้บริหารจัดระบบให้มีการรายงานและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในด้านต่างๆ ของผู้ปฏิบัติเองที่ไม่สามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ ทั้งในเรื่องของเวลา ความรู้ ทักษะความสามารถ ตลอดจนอัตรากำลังของบุคลากร นอกจากนี้ ระบบสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ก็มีผลสำคัญในการผลักดันการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้เกิดขึ้นได้ในองค์กร ได้แก่ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการพัฒนา

บุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ตอบแบบสอบถามที่ต้องการให้มีโครงสร้างและ ผู้รับผิดชอบเฉพาะและทำงานเต็มเวลา มีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจและเกิดการทำงาน เป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพทุกระดับ มีการกำกับ ติดตาม เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรคให้คล่อง สามารถพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง และมีระบบข้อมูลรวมศูนย์พร้อมใช้และสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงตามวงจรคุณภาพ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.27 ข้างต้น นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ควรมีการ กำหนดนโยบายและเป้าหมายจากกระทรวงสาธารณสุขที่ชัดเจน มีการกำหนดทีมส่งเสริมพัฒนาอย่าง ทัวถึง มีการมอบหมายให้ผู้บริหารระดับต่างๆ คอยดูแล ควบคุม กำกับ และแก้ไขปัญหาและอุปสรรค อย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการมาตรฐาน มีการปรับ โครงสร้างองค์กรให้มีตำแหน่งและความก้าวหน้า สำหรับผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ มีการจัดงบประมาณให้ มีการสนับสนุนกำลังคน สนับสนุนด้าน วิชาการ มีการอบรมและประเมินผู้บริหาร โรงพยาบาลด้านการพัฒนาคุณภาพทุกระดับ และ มีการควบคุม กำกับอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในภาพรวม โดยเฉพาะ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงขอเสนอ ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับ โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำหรับผู้บริหารระดับสูง ในกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

3.1.1 ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ

1) การดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับ โรงพยาบาลทุกระดับ

(1) ควรเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา คุณภาพมากขึ้น อาทิเช่น ให้ข้อมูลความต้องการและมีส่วนในการกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับ กระบวนการให้บริการ การมีส่วนร่วมในกระบวนการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ มีตัวแทนเข้าร่วม ประชุมเกี่ยวกับผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลชุมชน

(2) ควรมีการสำรวจความต้องการ โดยเฉพาะ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ ส่งต่อหรือผู้รับการส่งต่อ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพ

(3) ควรมีการทบทวนผลการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะร่วมกับสายงาน/วิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้มากขึ้นและเป็นประจำ

(4) ควรส่งเสริมให้เกิดการทบทวนผลการปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และนำผลการทบทวนเหล่านั้นมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพให้เกิดเป็นวงจรคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม

2) ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กร

สำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

(1) องค์กรควรมีการค้นหาความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายก่อนการวางแผนมากขึ้น

(2) องค์กรควรมีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการพัฒนาบุคลากรในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ

(3) ผู้บริหารควรชี้แจงความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพเป็นระยะๆ และต่อเนื่อง

(4) ผู้บริหารควรมีการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

(1) องค์กรควรกำหนดผู้บริหารและทีมพัฒนาคุณภาพรับผิดชอบงานด้านคุณภาพโดยตรง

(2) ผู้บริหารควรปรับขั้นตอนการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า

(3) ผู้บริหารควรเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับกระบวนการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการลูกค้า

(4) ผู้บริหารควรจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านคุณภาพให้มีความพร้อมใช้งานและสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพแก่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรอย่างทั่วถึง

(5) ผู้บริหารควรกำหนดตัวชี้วัดของกระบวนการทำงานที่ชัดเจน

(6) ผู้บริหารควรจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(7) ผู้บริหารควรมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดเป็นระยะๆ และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

3.1.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่กระทรวงสาธารณสุข ควรจะนำไปพิจารณาเพื่อดำเนินการ ได้แก่

- 1) ควรมีโครงสร้าง กรอบอัตรากำลัง และความก้าวหน้ารองรับ สำหรับผู้รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคุณภาพโดยเฉพาะ และสามารถนำผลงานด้านคุณภาพมาประกอบการพิจารณาความก้าวหน้าและความดีความชอบ สำหรับบุคลากรสายวิชาชีพ เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพที่สามารถบูรณาการกับงานประจำ จะส่งผลให้บุคลากรสายวิชาชีพเหล่านั้นสามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการและมีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น
- 2) ควรปรับเทียบงบประมาณและอัตรากำลังให้เอื้อต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
- 3) ควรบูรณาการมาตรฐานคุณภาพต่างๆ โดยอาจพิจารณาความเหมาะสมตามประเภทของโรงพยาบาล เพื่อลดภาระแก่โรงพยาบาลและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
- 4) ควรสนับสนุนด้านวิชาการ โดยจัดให้มีการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือฝึกอบรมเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐาน และมีอาจารย์พี่เลี้ยง ที่ปรึกษา หรือเครือข่ายการพัฒนา
- 5) ควรมีนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพเป็นขั้นตอนและระยะเวลาที่ชัดเจน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แต่จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพียงร้อยละ 41.6 แสดงว่า อาจยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกที่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ อาทิเช่น ความเพียงพอของปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาคุณภาพ ทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ ความพร้อมของระบบสนับสนุนในองค์กร เช่น ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการพัฒนาบุคลากร รวมทั้ง ความรู้ความสามารถ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไป จึงควรทบทวนปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเข้ามาวิเคราะห์ต่อไป นอกจากนี้ ควรศึกษาเจาะลึกในลักษณะการวิเคราะห์การปฏิบัติงาน (Implementation Analysis) ในแต่ละประเภทของโรงพยาบาลแทนภาพรวมโรงพยาบาลทั้งหมด

3.2.2 การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการเท่านั้น ยังไม่ได้ศึกษาถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาคุณภาพ อาทิเช่น คุณภาพในการให้บริการ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการ การเข้าถึงบริการ ความ

ต่อเนื่องในการให้บริการ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นของการพัฒนาคุณภาพ จึงควรเพิ่มตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงผลลัพธ์ของการให้บริการดังกล่าว มาเป็นตัวแปรตามเพิ่มเติมในการวิจัย ครั้งต่อไป

3.2.3 การศึกษาการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินการดังกล่าวควรจะทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติได้ทราบถึงสถานการณ์และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการต่อไปในอนาคต



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กมลเนตร จิมแก้ว (2549) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการพัฒนาองค์กรกับความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โรงพยาบาลศิริราช” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- แครนเนอร์ สจ๊วต (2551) *รวมสุดยอดแนวคิดการจัดการสมัยใหม่* กรุงเทพมหานคร ซีเอ็ดดูเคชั่น
- ชินรัตน์ สมสืบ (2548) “รัฐประศาสนศาสตร์กับการมีส่วนร่วม” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิด ทฤษฎี และหลักการรัฐประศาสนศาสตร์* หน้าที่ 12 หน้า 249-312 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- จิรัมย์พร สุพิมพ์ (2548) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุรินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2546) *ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2546-2550)* Retrieved October 1, 2008 from http://www.opdc.go.th/oldweb/Doc_report/File_download/1094884585-1-45-1.pdf
- สมคิด บางโม (2548) *องค์การและการจัดการ* พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร วิทยพัฒน์
- เสน่ห์ จุ้ยโต (2548) “ตัวแบบนโยบายสาธารณะ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชานโยบายสาธารณะและการบริหารโครงการ* หน้าที่ 2 หน้า 49-107 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- วรรณ อุ่นยิ่งเจริญ (2548) “การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วราภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ (2549) “รัฐประศาสนศาสตร์กับการทำงานของข้าราชการ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิดทฤษฎีและหลักการรัฐประศาสนศาสตร์* หน้าที่ 13 หน้า 313-62 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- วิฑูรย์ ติมะโชคดี (2550) *TQM คู่มือพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ* กรุงเทพมหานคร WPS (Thailand)
- วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2541) *TQM Living Handbook: An Executive Summary*. พิมพ์ครั้งที่ 2 ม.ป.ท.

- วันชัย มีชาติ (2549) *การบริหารองค์การ* กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- องอาจ วิบุษยศิริ และคนอื่นๆ (2543) “การวิจัยประเมินผล” ใน *ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร ดีไซน์*
- อนุวัฒน์ สุภษฎิกุล และคนอื่นๆ (2543) *ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร ดีไซน์*
- Al-Assaf, A.F. (1993). “Introduction and Historical Background.” In Al-Assaf, A.F. and Schmele, June, A., eds. *The Textbook of Total Quality in Healthcare*. pp. 3-12
FL: St. Lucie Press.
- Anderson, Craig, A., Cassidy, Bonnie and Rivenburgh, Peggy. (1991). “Implementing Continuous Quality Improvement (CQI) in Hospitals: Lessons learned from the International Quality Study.” *International Journal for Quality in Health Care*. 3: 141-6.
- Anthony, Jiju and others. (2002). “Critical Success Factors of TQM Implementation in Hong Kong Industries.” *International Journal of Quality and Reliability Management*. 19 (5): 551-66.
- Badri, Masood, A., Devis, Donald and Devis, Donna. (1995). “A Study of Measuring the Critical Factors of Quality Management.” *International Journal of Quality and Reliability Management*. 12 (2): 36-53.
- Baltaden, Paul. (1993). “Organizationwide Quality Improvement in Health Care.” In Al-Assaf, A.F. and Schmele, June, A., eds. *The Textbook of Total Quality in Healthcare*.
FL: St. Lucie Press.
- Bernard, Shulamit, L. and Savitz, Lucy, A. (2006). “Measuring Consumer Satisfaction.” In McLaughlin, Curtis, P. and Kaluzny, Arnold, D., eds. *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementations, and Applications*, 3rd ed.
MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Berwick, D.M. (1989). “Continuous improvement as an ideal in healthcare.” *N Engl J Med* 3 (20): 53–6.

- Bull, Margaret, J. (1996). "Past and Present Perspectives on Quality of Care in the United States." In Schemele, June, A., ed. *Quality Management in Nursing and Health Care*. New York: Delmar Publishers.
- Counte, M.A. and Meurer, S. (2001). "Issues in the Assessment of Continuous Quality Improvement Implementation in Health Care Organizations." *International Journal for Quality in Health Care*. 13: 197-207.
- Dale, B.G. and Oakland, J.S. (1994). *Quality Improvement through Standards*. 2nd ed. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Flanel, D. and Fairchild, M. (1995). "Continuous Quality Improvement in Inpatient Clinical Nutrition Services". *Journal of the American Dietetic Association*. 95 (1): 65-74.
- Fried, B. and Carpenter, W.R. (2006). "Understanding and Improving Team Effectiveness in Quality Improvement." In McLaughlin, Curtis, P. and Kaluzny, Arnold, D., eds. *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementations, and Applications*. 3rd ed. MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Fryer, K.J., Antony, J., and Douglas, A. (2007). "Critical Success Factors of Continuous Improvement in the Public Sector: A literature review and some key findings." *The TQM Magazine*. 19 (5): 497-517.
- Geboers, H. and others (2001). "Continuous Quality Improvement in Small General Medical Practice: The attitudes of general practitioners and other practice staff." *International Journal of Quality in Health Care*. 13 (5): 391-7.
- Glezerman, M. and others (1999). "A model of efficient and Continuous Quality Improvement in a Clinical Setting." *International Journal of Quality in Health Care*. 11 (3): 227-32.
- GOAL/QPC *The GOAL/QPC TQM Wheel and the Ten-Element Model*. Retrieved October 17, 2008 from http://www.goalqpc.com/resources_tqm_wheel.cfm
- Hardee, K. and Gould, B.J. (1993). "A Process for Quality Improvement in Family Planning Services." *International Family Planning Perspectives*. 19 (4): 147-52.
- James, T.J. Paul. (2005). *Total Quality Management in Asia: Practices for the 21st Century*. Jurong: Prentice Hall.

- Juran, J.M. and Gryna, F.M. (1998). *Juran's Quality Control Handbook*. 4th ed. New York: McGraw-Hill.
- Kaye, M.M. and Dyason, M.D. (1995). "The fifth era." *The TQM Magazine*. 7 (1): 33–37.
- Kaye, M.M. and Anderson, R. (1999). "Continuous Improvement: The ten essential criteria." *International Journal of Quality and Reliability Management*. 16 (5): 485-506.
- Kelly, D.L. and Johnson, S.P. (2006). "Measurement and Statistical Analysis in CQI." In McLaughlin, Curtis, P. and Kaluzny, Arnold, D., eds. *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementations, and Applications*. 3rd ed. MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Lammers, J.C. and others. (1996). "Total Quality Management in Hospitals: The Contributions of Commitment, Quality Councils, Teams, Budgets, and Training to Perceived Improvement at Veterans Health Administration Hospitals." *Medical Care*. 34 (May): 463-478.
- Lee S. and others. (2002). "Assessing the Factors Influencing Continuous Quality Improvement Implementation: Experience in Korean Hospitals." *International Journal for Quality in Health Care*. 14: 383–91.
- Lombarts, M.J.M.H. and others. (2009). "Differentiating between Hospitals according to The Maturity of Quality Improvement Systems: A new classification scheme in a sample of European hospitals." *Qual Saf Health Care*. 18 (Suppl D): i38–i43.
- Maguerez, G. and others. (2001). "Evaluation of 60 Continuous Quality Improvement Projects in French Hospitals." *International Journal of Quality in Health Care*. 13 (2): 89-97.
- McLaughlin, Curtis P. and Kaluzny, A.D. (2006). *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementations, and Applications*. 3rd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett.
- McLaughlin, Curtis P. and Kibbe, David C. (2006). "Information Management and Technology for CQI." In McLaughlin, Curtis, P. and Kaluzny, Arnold, D., eds. *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementations, and Applications*, 3rd ed. MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Miles, R.E. and others. (1978). "Organizational Strategy, Structure, and Process" *The Academy of Management Review*. 3 (July): 546-562.

- Munro-Faure, L. and Munro-Faure, M. (1992). *Implementing Total Quality Management*. London: Pitman Publishing.
- Nwabueze, U. and Kanji, G. (1997). "The Implementation of Total Quality Management in the NHS: How to Avoid Failure." *Total Quality Management*. 8 (5): 265-80.
- Omachonu, V.K. and Ross, J.E. (2004). *Principles of Total Quality*. 3rd ed. Boca Raton, Florida: CRC Press.
- Powell, T. (1995). "Total Quality Management as Competitive Advantage: A Review and Empirical Study." *Strategic Management Journal*. 16 (1): 15-37.
- Quinn, R.E., and Kimberly, J.R. (1984). "Paradox, Planning, and Perseverance: Guidelines for Managerial Practice." In Kimberly, J.R. and Quinn, R.E. *Managing Organizational Transitions*. pp. 295-313. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Rad, A.M.M. (2005). "A Survey of Total Quality Management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations." *Leadership in Health Services*. 18 (3): 12-34.
- Saraph, J., Benson, P.G. and Schroeder, R.G. (1989). "An Instrument for Measuring the Critical Factors of Quality Management." *Decision Sciences*. 20: 810-29.
- Shortell, S.M., Bennett, C.L., and Byck, G.R. (1998) "Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It will Take to Accelerate Progress." *The Milbank Quarterly*. 76: 593-624.
- Shortell, S.M. and others. (1995). "Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation." *Health Services Research*. 30: 377-401.
- Shortell, S.M. and Kaluzny, A.D. (2006). "Organization Theory and Health Services Management" In Williams, S.J. *Health Care Management: Organization, Design, and Behavior*. 5th ed. NY: Thomson Delmar Learning.
- Tamimi, N. (1998). "A second-order Factor Analysis of Critical TQM Factors." *International Journal of Quality Science*. 3 (1): 71-9.
- Wagner, C., DeBakker, D.H. and Groenewegen, P.P. (1999). "A Measuring Instrument for Evaluation of Quality Systems." *Int J Qual Health Care*. 11: 119-30.

- Wagner, C. and others. (2006). "The Implementation of Quality Management Systems in Hospitals: A comparison between three countries." *BMC Health Serv Res.* 6:50.
- Wagar, T.H. and Rondeau, K.V. (1998). "Total Quality Commitment and Performance in Canadian Health Care Organizations." *Leadership in Health Services.* 11: 1-7.
- Wardhani, V. and others. (2009). "Determinants of Quality Management Systems Implementation in Hospitals." *Health Policy.* 89: 239-251.
- Yosef D. Dlugacz and others. (2004). *The Quality Handbook for Health Care Organization: A Manager Guide to Tools and Programs.* San Francisco, CA: Joosey-Bass.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเครื่องมือ

1. ศาสตราจารย์ ดร.นพ.พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล

ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
 วุฒิบัตรวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
 วุฒิบัตรวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทางสาขา วิทยุณัฐวิทยา แพทยสภา
 ปริญญารัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต (บริหารรัฐกิจ) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารรัฐกิจ) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ปรัชญาดุสิตบัณฑิต (การประเมินการศึกษา) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2. นพ.นพพร ชื่นกลิ่น

ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 วุฒิบัตรวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก) แพทยสภา
 วุฒิบัตรวิชาชีพเวชกรรมเฉพาะทางสาขา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ แพทยสภา
 Master Degree in Public Health Methodology Universite Libre De Bruxelles
 วุฒิบัตรวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
 ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

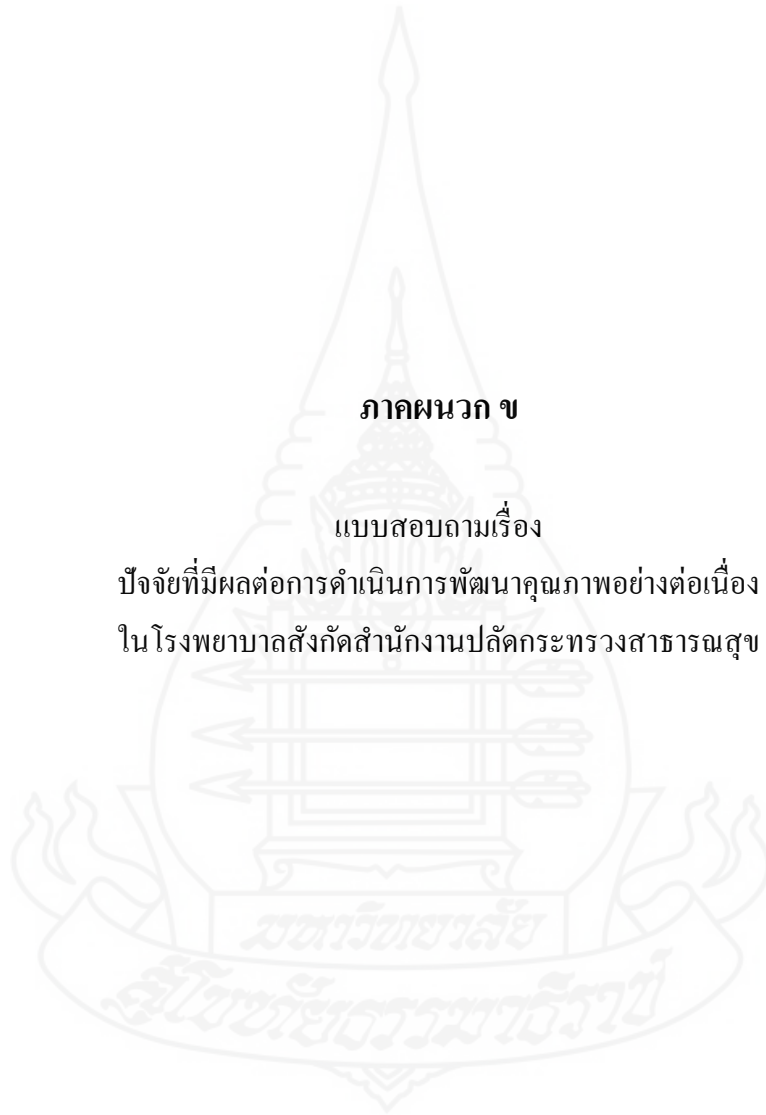
3. ดร.นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ

ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
 ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามเรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้นเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการศึกษาการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับนำไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ลักษณะของแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

ตอนที่ 3 ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ (.....) 1.1 ชาย (.....) 1.2 หญิง
2. อายุ ปี
3. ตำแหน่งงาน.....
4. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง

(...) 1 ผู้อำนวยการ	(...) 2 รองผู้อำนวยการด้าน
(...) 3 หัวหน้าฝ่าย	(...) 4 หัวหน้ากลุ่มงาน
(...) 5 หัวหน้างาน	(...) 6 ผู้ปฏิบัติงานของกลุ่มงาน/งาน
(...) 7 อื่นๆ ระบุ	
5. ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพโรงพยาบาล..... ปี

1.2 ข้อมูลโรงพยาบาล

ระยะเวลาที่องค์กรมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพ..... ปี

มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานเฉพาะงานพัฒนาคุณภาพเต็มเวลา..... คน

การผ่านการรับรองคุณภาพ

(...) 1. ไม่เคยผ่านการรับรอง

(...) 2. HA ชั้น

(...) 3. ISO ทั้งโรงพยาบาล

(...) 4. ISO บางหน่วยงานในโรงพยาบาล

(...) 5. อื่นๆ (โปรดระบุ)

ตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่สอดคล้องกับระดับความคิดเห็นของท่าน

องค์กรของท่านได้จัดทำเอกสารมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติด้านคุณภาพที่สอดคล้องกับนโยบาย และกลยุทธ์ขององค์กรมากน้อยเพียงใด

1. ยังไม่ได้จัดทำ 2. อยู่ในระหว่างการจัดทำ 3. ได้จัดทำเสร็จแล้ว

เอกสารมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติด้านคุณภาพบริการ	1	2	3
1.1 มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการรักษาพยาบาล			
1.2 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้ารับบริการจนถึงการจำหน่าย			
1.3 แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุวิกฤติหรือสำคัญ			
1.4 แนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์			
1.5 แนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย			
1.6 แนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการรับและส่งต่อกับหน่วยงานอื่นในเครือข่ายบริการ			

องค์กรของท่านได้ให้ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

1. ไม่มีส่วนร่วม 2. มีส่วนร่วมเป็นครั้งคราว 3. มีส่วนร่วมสม่ำเสมอ

กิจกรรม	1	2	3
2.1 การกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพกระบวนการให้บริการ			
2.2 การจัดทำเกณฑ์และข้อกำหนดด้านคุณภาพกระบวนการให้บริการ			
2.3 การกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติในการให้บริการ			
2.4 การเข้าร่วมในโครงการปรับปรุงคุณภาพและ/หรือคณะกรรมการคุณภาพ			
2.5 การเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับผลการสำรวจความพึงพอใจและข้อร้องเรียน			
2.6 การเข้าร่วมในกระบวนการประเมินผลคุณภาพการให้บริการ			

องค์กรของท่านมีการปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

1. ไม่ได้ปฏิบัติตาม 2. ปฏิบัติตามแต่ไม่สม่ำเสมอ 3. ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ

มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติด้านคุณภาพ	1	2	3
3.1 มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติในการรักษาพยาบาล			
3.2 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเข้ามาใช้บริการจนถึงการจำหน่าย			
3.3 แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุวิกฤติหรือสำคัญ			
3.4 แนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์			
3.5 แนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและความรู้แก่ผู้ป่วย			
3.6 แนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แนวทางการรับและส่งต่อกับหน่วยงานอื่นในเครือข่ายบริการ			

องค์กรของท่านมีการดำเนินการต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

1. ไม่มีการดำเนินการ 2. ดำเนินการแต่ไม่สม่ำเสมอ 3. ดำเนินการสม่ำเสมอ

กิจกรรม	1	2	3
4.1 ผู้ปฏิบัติงานได้รับการให้ความรู้และฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง			
4.2 ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าร่วมในการจัดระบบการทำงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการผู้รับบริการ			
4.3 ผู้ปฏิบัติงานได้รับการมอบอำนาจในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเรื่องคุณภาพการให้บริการ			
4.4 ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง			
4.5 ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลป้อนกลับเมื่อผลการปฏิบัติงานไม่ได้ตามมาตรฐาน			
4.6 ผู้ปฏิบัติงานได้รับรางวัลหรือคำชมเชย เมื่อปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย			

องค์กรของท่านมีการดำเนินกิจกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

1. ไม่มีการทำกิจกรรม 2. มีการทำกิจกรรมแต่ไม่สม่ำเสมอ
3. มีการทำกิจกรรมสม่ำเสมอ 4. มีการทำกิจกรรมสม่ำเสมอและบูรณาการในงานประจำ

กิจกรรม	1	2	3	4
5.1 การสำรวจความต้องการของผู้รับบริการ				
5.2 การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ				
5.3 การสำรวจความต้องการของหน่วยงานภายนอก เช่น ผู้ส่งต่อ ผู้รับการส่งต่อ และอื่นๆ				
5.4 การทบทวนผลการปฏิบัติงานภายในสายงาน/วิชาชีพเดียวกัน				
5.5 การทบทวนผลการปฏิบัติงานร่วมกับสายงาน/วิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง				
5.6 การวิเคราะห์ข้อมูลในการทบทวนผลการปฏิบัติงาน โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากองค์กร				
5.7 การนำผลการทบทวนมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ				

ตอนที่ 3 ปัจจัยการบริหารจัดการองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นด้วย

องค์กรของท่านมีการบริหารจัดการด้านต่างๆ ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

1. ไม่มี 2. น้อย 3. ปานกลาง 4. มาก 5. มากที่สุด

ด้านการวางแผน (Planning)

ตัวชี้วัด	1	2	3	4	5
1.1 ผู้บริหารมีการกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพเป็นกลยุทธ์ในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร					
1.2 ผู้บริหารมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน					
1.3 องค์กรมีการค้นหาความต้องการและความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายก่อนการวางแผน					
1.4 องค์กรมีการจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพและได้รับสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ					
1.5 องค์กรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพ					

ด้านการจัดองค์กร (Organizing)

ตัวชี้วัด	1	2	3	4	5
2.1 องค์กรมีทีมผู้บริหารที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพโดยตรง					
2.2 ผู้บริหารกำหนดให้มีแผนพัฒนาคุณภาพรับผิดชอบงานที่ชัดเจน					
2.3 ผู้บริหารกำหนดให้มีทีมหรือสายงานในการพัฒนาคุณภาพ					
2.4 ผู้บริหารมีการปรับโครงสร้างงานการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า					
2.5 ผู้บริหารมีการกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับโครงสร้างงานการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการลูกค้า					
2.6 ผู้บริหารมีการแต่งตั้งและกำหนดความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพให้แก่ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงานย่อย					
2.7 ผู้บริหารมีการจัดระบบสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพในองค์กรอย่างครอบคลุมและทั่วถึง					

ด้านการนำองค์กร (Leading)

ตัวชี้วัด	1	2	3	4	5
3.1 ผู้บริหารมีการกำหนดการพัฒนาคุณภาพเป็นนโยบายขององค์กร					
3.2 ผู้บริหารมีความมุ่งมั่น โดยสื่อสารนโยบายการพัฒนาคุณภาพอย่างทั่วถึง					
3.3 ผู้บริหารมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในการพัฒนาคุณภาพ					
3.4 ผู้บริหารประสานและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่ม รวมทั้งแพทย์เข้ามามีส่วนร่วม					
3.5 ผู้บริหารชี้แจงความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง					
3.6 ผู้บริหารมีการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ					

ด้านการควบคุม (Control)

ตัวชี้วัด	1	2	3	4	5
4.1 ผู้บริหารกำหนดให้มีการระบุข้อกำหนดและตัวชี้วัดของกระบวนการทำงานที่ชัดเจน					
4.2 ผู้บริหารกำหนดให้มีการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย					
4.3 ผู้บริหารจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านคุณภาพขององค์กรให้มีความพร้อมใช้งาน					
4.4 ผู้บริหารมีการติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะๆ					
4.5 ผู้บริหารกำหนดให้มีการวิเคราะห์และประเมินผลงานเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้					
4.6 ผู้บริหารจัดระบบให้มีการรายงานและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติ เมื่อไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้					

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

4.1 ข้อเสนอแนะในกระบวนการบริหารจัดการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.2 ข้อเสนอแนะในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับจากท่าน จะถูกนำไปใช้ประกอบวิทยานิพนธ์เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการและนำไปประยุกต์ใช้เป็นข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

นาย วัฒนชัย จรุงวรธนะ
นักศึกษาลัทธิรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ภาคผนวก ค

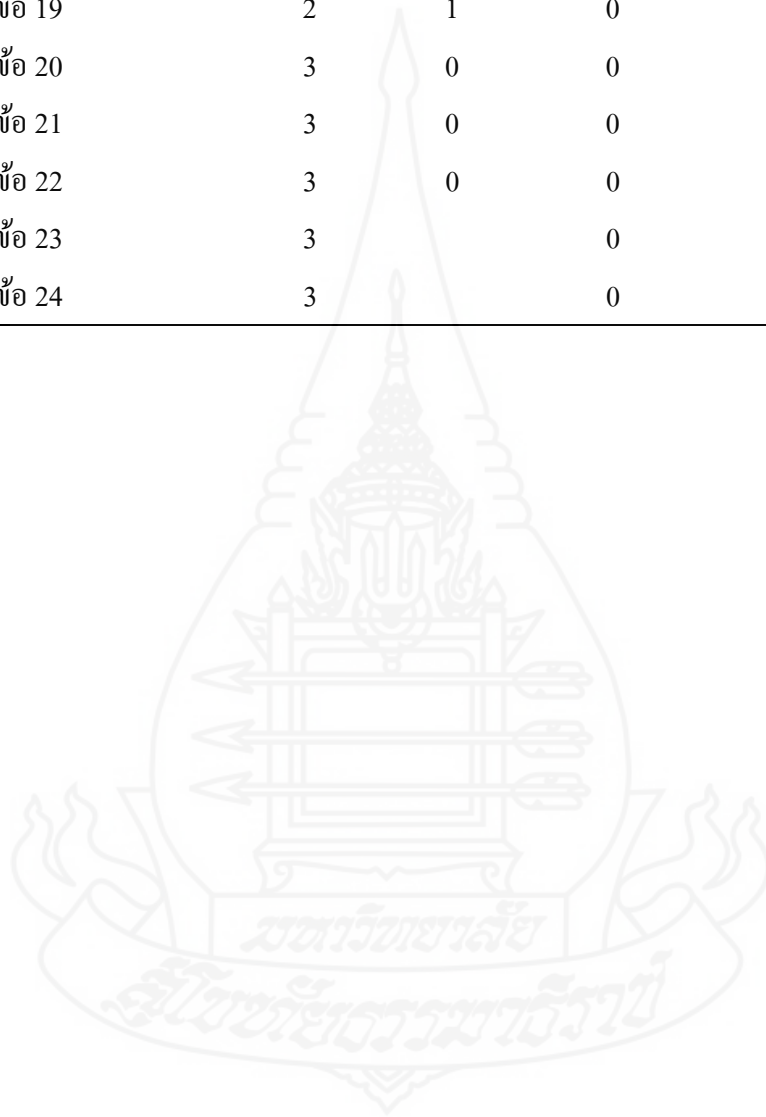
การทดสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



รายการประเมิน	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ΣR	ค่า IOC
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ		
ด้านนโยบายและกลยุทธ์					
ข้อ 1	3	0	0	3	1.00
ข้อ 2	3	0	0	3	1.00
ข้อ 3	3	0	0	3	1.00
ข้อ 4	3	0	0	3	1.00
ข้อ 5	3	0	0	3	1.00
ข้อ 6	3	0	0	3	1.00
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย					
ข้อ 7	3	0	0	3	1.00
ข้อ 8	3	0	0	3	1.00
ข้อ 9	2	1	0	2	0.67
ข้อ 10	3	0	0	3	1.00
ข้อ 11	3	0	0	3	1.00
ด้านการควบคุมมาตรฐานกระบวนการ					
ข้อ 12	3	0	0	3	1.00
ข้อ 13	3	0	0	3	1.00
ข้อ 14	3	0	0	3	1.00
ข้อ 15	3	0	0	3	1.00
ข้อ 16	2	1	0	2	0.67
ข้อ 17	2	1	0	2	0.67
ด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์					
ข้อ 18	2	0	0	3	1.00
ข้อ 19	3	0	0	3	1.00
ข้อ 20	3	0	0	3	1.00
ข้อ 21	3	0	0	3	1.00
ข้อ 22	3	0	0	3	1.00
ข้อ 23	3	0	0	3	1.00

รายการประเมิน	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ΣR	ค่า IOC
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย		
ด้านการปรับปรุงกระบวนการ					
ข้อ 24	3	0	0	3	1.00
ข้อ 25	3	0	0	3	1.00
ข้อ 26	3	0	0	3	1.00
ข้อ 27	3	0	0	3	1.00
ข้อ 28	3	0	0	3	1.00
ข้อ 29	3	0	0	3	1.00
ข้อ 30	3	0	0	3	1.00
ด้านการวางแผน					
ข้อ 1	3	0	0	3	1.00
ข้อ 2	3	0	0	3	1.00
ข้อ 3	3	0	0	3	1.00
ข้อ 4	3	0	0	3	1.00
ข้อ 5	3	0	0	3	1.00
ด้านการจัดองค์กร					
ข้อ 6	3	0	0	3	1.00
ข้อ 7	3	0	0	3	1.00
ข้อ 8	3	0	0	3	1.00
ข้อ 9	2	1	0	2	0.67
ข้อ 10	3	0	0	3	1.00
ข้อ 11	3	0	0	3	1.00
ข้อ 12	3	0	0	3	1.00
ด้านการนำองค์กร					
ข้อ 13	2	1	0	2	0.67
ข้อ 14	3	0	0	3	1.00
ข้อ 15	3	0	0	3	1.00
ข้อ 16	3	0	0	3	1.00
ข้อ 17	2	1	0	2	0.67

รายการประเมิน	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ΣR	ค่า IOC
	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย		
ข้อ 18	3	0	0	3	1.00
ด้านการควบคุม					
ข้อ 19	2	1	0	2	0.67
ข้อ 20	3	0	0	3	1.00
ข้อ 21	3	0	0	3	1.00
ข้อ 22	3	0	0	3	1.00
ข้อ 23	3		0	3	1.00
ข้อ 24	3		0	3	1.00



ภาคผนวก ง

การทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ตารางที่ 1 ง คำสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 84

Alpha = .9731

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
dc1	106.10	702.507	.422	.970
dc2	105.93	708.685	.260	.970
dc3	105.90	708.645	.290	.970
dc4	106.10	704.852	.336	.970
dc5	105.97	705.620	.373	.970
dc6	106.17	709.868	.107	.970
pa1	106.87	692.533	.529	.969
pa2	106.87	696.809	.422	.970
pa3	107.13	698.809	.407	.970
pa5	107.00	688.552	.608	.969
pa6	107.00	692.690	.507	.969
st1	106.47	700.464	.529	.969
st2	106.37	701.482	.472	.969
st3	106.13	707.361	.276	.970
st4	106.27	707.651	.243	.970
st5	106.43	702.806	.430	.970
st6	106.30	714.148	.001	.970

ตารางที่ 1 ง (ต่อ)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
hd1	106.33	704.644	.353	.970
hd2	106.30	701.941	.455	.970
hd3	106.27	703.651	.393	.970
hd4	106.37	695.826	.685	.969
hd5	106.53	698.878	.622	.969
hd6	106.37	700.447	.451	.969
qa1	105.70	689.528	.635	.969
qa2	105.57	694.116	.590	.969
qa3	106.33	681.540	.654	.969
qa4	105.77	691.426	.542	.969
qa5	106.17	681.316	.775	.969
qa6	106.10	690.162	.542	.969
qa7	105.90	682.507	.687	.969
pn1	104.77	682.875	.713	.969
pn2	105.10	672.438	.706	.969
pn3	105.57	668.254	.860	.968
pn4	105.03	677.206	.789	.968
pn5	105.30	683.528	.588	.969
or1	104.97	686.240	.581	.969
or2	105.17	680.213	.598	.969
or3	104.70	683.941	.631	.969
or4	105.23	671.564	.752	.969
or5	105.27	678.133	.759	.969
or6	105.00	681.655	.670	.969
or7	105.57	669.151	.908	.968

ตารางที่ 1 ง (ต่อ)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ld1	104.67	684.989	.658	.969
ld2	104.87	683.154	.655	.969
ld3	105.20	667.752	.826	.968
ld4	105.20	671.890	.774	.969
ld5	105.53	669.361	.780	.968
ld6	105.60	664.800	.826	.968
ct1	105.63	668.447	.873	.968
ct2	105.57	671.564	.825	.968
ct3	105.67	670.299	.846	.968
ct4	105.53	681.499	.671	.969
ct5	105.70	674.493	.837	.968
ct6	105.63	681.413	.770	.969



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายวัฒน์ชัย จรุงวรธนะ
วัน เดือน ปีเกิด	7 กุมภาพันธ์ 2513
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
ประวัติการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ.2536 วุฒิปริญญาชีพเวชกรรมเฉพาะทางสาขา สูตินรีเวชวิทยา แพทยสภา วุฒิปริญญาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แพทยสภา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ทำงาน	สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

