

การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน
โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นางสาวเสาวนีย์ โรจนบุรานนท์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาบริหารรัฐกิจ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2555

**The Administration According to The Hospital Quality Development
and Accreditation Standard of Sena Hospital,
Phra Nakhon Si Ayutthaya Province**

Miss Saowanee Rojanaburanon



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

2012

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน
โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ชื่อและนามสกุล นางสาวเสาวนีย์ โรจนบุรานนท์

แขนงวิชา บริหารรัฐกิจ

สาขาวิชา วิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ปภาวดี มนตรีวัต
2. รองศาสตราจารย์ ดร. รังสรรค์ ประเสริฐศรี

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2554

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พันเอกอิทธิเดช จันทาทัย)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ปภาวดี มนตรีวัต)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. รังสรรค์ ประเสริฐศรี)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(ศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล

ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผู้วิจัย นางสาวเสาวนีย์ โรจนนุรานนท์ **รหัสนักศึกษา** 2493007898

ปริญญา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ปภาวดี มนต์รีวัต

(2) รองศาสตราจารย์ ดร. รังสรรค์ ประเสริฐศรี **ปีการศึกษา** 2555

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา (2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา (3) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประชากรทั้งหมดซึ่งได้แก่ ข้าราชการ และลูกจ้างประจำของโรงพยาบาลเสนา จำนวน 330 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา อยู่ในระดับมาก (2) ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนาในภาพรวม ได้แก่ ค่านิยมร่วม กลยุทธ์ รูปแบบการบริหาร บุคลากร และระบบ โดยตัวแปรทั้ง 5 ร่วมกันพยากรณ์ความสำเร็จได้ร้อยละ 68.9 (3) ปัญหาอุปสรรค บุคลากรโรงพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจในระบบการพัฒนาคุณภาพขาดการประสานงานและความร่วมแรงร่วมใจในการปฏิบัติงานเป็นทีม ตลอดจน ขาดงบประมาณ ขาดแคลนเครื่องมือและอุปกรณ์ในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพงานและบริการ ขาดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ ข้อเสนอแนะ คือผู้บริหารควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและการทำงานเป็นทีม ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มทักษะและมีจิตสำนึกเต็มใจบริการ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความกระตือรือร้น รวมทั้งเพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ควรได้รับการจัดสรรงบประมาณในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะ งบประมาณด้านวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และการพัฒนาเทคโนโลยีในการให้บริการประชาชน งบประมาณในการปรับปรุงอาคารสถานที่ที่ให้บริการเพื่อความเพียงพอและพร้อมสำหรับการให้บริการประชาชน รวมถึงค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาทำให้นักลากรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพบังเกิดขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ การบริหารงาน การรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Thesis title: The Administration According to The Hospital Quality Development and Accreditation Standard of Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Researcher: Miss Saowanee Rojanaburanon; **ID:**2493007898;

Degree: Master of Public Administration;

Thesis advisors: (1) Papavadee Montriwat, Associate Professor;

(2) Dr. Rangsan Prasertsri, Associate Professor; **Academic year:**2012

Abstract

The objectives of the study were to study (1) success levels of the administration of Sena Hospital according to hospital quality development criteria in order to achieve standard quality accreditation; (2) factors affecting the success of the operation of Sena Hospital according to hospital development criteria in order to achieve standard quality accreditation and (3) problems, obstacles, and recommendation to improve the operation of Sena Hospital according to hospital development criteria in order to achieve standard quality accreditation.

This was a study of whole population consisted of 330 government officials and employees of Sena Hospital. Instrument used was questionnaire. Statistical tools employed were frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that (1) success level of the administration of Sena Hospital according to hospital development criteria in order to achieve standard quality accreditation was at high level (2) factors affecting the success of the operation were shared value, strategy, style, staff and system, all 5 variables could predict operational success at 68.9 percent (3) problems and obstacles were : lack of knowledge and understanding of personnel on quality development system, lack of coordination and cooperation to work as teams, lack of budget, including appropriate equipment supporting quality development of operation and service delivery, together with lack of motivation of personnel to improve service quality; recommendations were: the management should enhance knowledge and understanding of personnel on quality development thoroughly and continuously, encourage working in teams to improve quality, provide training to personnel so to enhance their service mind, their enthusiasm, together with their eager to become learning organization, allocate sufficient budget to units involved particularly budget on material and medical equipment, on the development of public service technology, and on the renovation of facilities so to have enough service space ready to render service to the public, moreover, remuneration should be brought into consideration as well: personnel should be paid more for working overtime which would result in their morale, thus more operational efficiency could be expected.

Keywords: Administration, Quality Standard Accreditation, Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ภาวดี มนตรีวัต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ด้วยดีเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญ นพ.สิวฤทธิ รัชมิจันทร์ คุณวรรณภา วีระอนันตวัฒน์ และ คุณมลจินทร์ เกียรติสังวร ที่ให้คำแนะนำ ปรับปรุงให้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีคุณภาพ และ ตรวจสอบคุณภาพด้านเนื้อหา

ขอขอบพระคุณบุคลากร โรงพยาบาลเสนา ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถาม

ขอขอบคุณอาจารย์และเพื่อนนักศึกษาที่ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและเป็นกำลังใจ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

และท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอระลึกถึงพระคุณของครู อาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้ผู้วิจัยมีความเจริญงอกงามทางสติปัญญามากขึ้น รวมทั้งขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ที่เป็นที่รัก คอยห่วงใย เอื้ออาทร ให้กำลังใจและช่วยเหลือสนับสนุนทุกสิ่งทุกอย่างด้วยดีตลอดมา

เสาวนีย์ โรจนบุรานนท์

พฤษภาคม 2556

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดโดยทั่วไปเกี่ยวกับการบริหาร	11
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	18
มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ.....	27
ข้อมูลพื้นฐาน โรงพยาบาลเสนา.....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
ประชากรที่ศึกษา.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนา เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา.....	69
ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา.....	76
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน การบริหารจัดการ 7 ประการของ แมคคินซี (McKinsey) กับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและ รับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา.....	86
ตอนที่ 5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานตามเกณฑ์ การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลเสนา.....	90
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	97
สรุปการวิจัย.....	97
อภิปรายผล.....	107
ข้อเสนอแนะ.....	117
บรรณานุกรม.....	120
ภาคผนวก.....	124
ก แบบสอบถาม.....	125
ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	139
ประวัติผู้วิจัย.....	141

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	เปรียบเทียบลักษณะของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละชั้น..... 32
ตารางที่ 2.2	อัตรากำลังข้าราชการและลูกจ้างประจำในโรงพยาบาลเสนา (1 ตุลาคม 2553).... 43
ตารางที่ 3.1	ตารางแสดงจำนวนประชากร กลุ่มผู้บริหารของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา..... 58
ตารางที่ 3.2	ตารางแสดงจำนวนประชากร กลุ่มปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา..... 59
ตารางที่ 4.1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ..... 65
ตารางที่ 4.2	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ 65
ตารางที่ 4.3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา..... 66
ตารางที่ 4.4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำแหน่งในการปฏิบัติงาน..... 66
ตารางที่ 4.5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหน่วยงาน/แผนกงานที่ปฏิบัติงาน..... 67
ตารางที่ 4.6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนการได้รับ การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล..... 68
ตารางที่ 4.7	แสดงภาพรวมของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสำเร็จ การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของ โรงพยาบาลเสนา..... 69
ตารางที่ 4.8	แสดงภาพรวมระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์ การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาล ของโรงพยาบาลเสนา ด้านภาพรวมของการบริหารองค์กร..... 70
ตารางที่ 4.9	แสดงภาพรวมระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์ การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาล ของโรงพยาบาลเสนา ด้านระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล..... 72
ตารางที่ 4.10	แสดงภาพรวมระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์ การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาล ของโรงพยาบาลเสนา ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย..... 74

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.11 แสดงภาพรวมระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์ การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาล ของโรงพยาบาลเสนา ด้านผลการดำเนินงาน.....	76
ตารางที่ 4.12 แสดงภาพรวมค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับ ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรอง คุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา.....	77
ตารางที่ 4.13 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัย สนับสนุนการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อการบริหารงาน ตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาล ของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านโครงสร้างองค์กร (Structure).....	78
ตารางที่ 4.14 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน การบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนา เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านกลยุทธ์ (Strategy).....	79
ตารางที่ 4.15 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน การบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนา เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านรูปแบบการบริหาร (Style).....	80
ตารางที่ 4.16 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน การบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนา เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านระบบการปฏิบัติงาน (System).....	81
ตารางที่ 4.17 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน การบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนา เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านบุคลากร (Staff).....	83

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.18 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน การบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนา เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill)	84
ตารางที่ 4.19 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน การบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนา เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านค่านิยมร่วม (Shared Values)	85
ตารางที่ 4.20 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ 7 ประการ ของ แมคคินซี (McKinsey) กับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลเสนา	87
ตารางที่ 4.21 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ โจทย์ว่าได้ประโยชน์ จากการนำระบบการพัฒนาคุณภาพไปใช้อย่างไร	90
ตารางที่ 4.22 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่ได้ประโยชน์ จากการนำระบบการพัฒนาคุณภาพไปใช้	91
ตารางที่ 4.23 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ตามเกณฑ์การพัฒนาและการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา	92
ตารางที่ 4.24 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการบริหารงาน ตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาล ของโรงพยาบาลเสนา	94
ตารางที่ 4.25 ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการเพิ่มประสิทธิภาพ ในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา	95

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	6
ภาพที่ 2.1 แสดงการบริหารงานตามแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7's Framework).....	14
ภาพที่ 2.2 กระบวนการจัดการสมัยใหม่.....	18
ภาพที่ 2.3 กลุ่มของระบบย่อยภายในองค์กร.....	33
ภาพที่ 2.4 แสดงแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA.....	35
ภาพที่ 2.5 โครงสร้างโรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	46
ภาพที่ 2.6 โครงสร้างตามสายการบังคับบัญชา โรงพยาบาลเสนา.....	47
ภาพที่ 2.7 การมอบหมายงานให้แก่ผู้ช่วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเสนา.....	48



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล หรือ Hospital Accreditation (HA) นั้นหมายถึง โรงพยาบาลมีการเรียนรู้ที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาทั่วทั้งองค์กรให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด โดยโรงพยาบาลมีการเรียนรู้ที่จะกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของตนเอง ให้มีระบบการทำงานให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลังจากมีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลประเมินตนเองว่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้ทำไปแล้วนั้นผ่านมาตรฐานหรือไม่ โดยมีการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง เมื่อมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานแล้ว จะได้รับการประเมินเพื่อให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 ปี (กฤษฎี อุทัยรัตน์, 2543 : อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542)

“การพัฒนาคุณภาพ” เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาองค์กร โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ได้มีการนำระบบประกันคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการและในปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศกำลังอยู่ในระบบพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อเตรียมเข้าสู่การประกันคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management :TQM) มาประยุกต์ในการพัฒนาระบบให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน โดยตั้งเป้าหมายว่าเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ100 จะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพโดยได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) จากภาครับรองคุณภาพโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2536)

แนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) เป็นแนวทางการพัฒนาอย่างหนึ่งที่ประเทศไทยนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล เนื่องจากการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นการพัฒนากระบวนการทำงานเพื่อผู้ป่วย มากกว่าเป็นการทำงานเพื่อได้รับการตรวจสอบเพื่อการรับรอง (Bohigas, 1998) คือเน้นที่

ผู้ป่วย ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร อย่างมีระบบ โดยกระบวนการ 3 ขั้นตอนคือ 1.การพัฒนาคุณภาพโดยการปรับปรุงระบบและกระบวนการทำงาน เป็นการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ เสริมพลังเจ้าหน้าที่และเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Brasure, 1998) และมีการทำงานเป็นทีมเพื่อดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 2. การประเมินคุณภาพ และ 3. การประเมินรับรองคุณภาพจากองค์กรภายนอก (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีต้นกำเนิดในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อต้นศตวรรษที่ 20 (ค.ศ.1917) ต่อมาได้มีการปรับปรุงใช้ในประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย (Scrivens, 1995) และได้ดำเนินการอย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ฝรั่งเศส อังกฤษ นิวซีแลนด์ และสวีเดน ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาเริ่มมีการนำเอาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2540 โดยนักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ได้ทบทวนมาตรฐานโรงพยาบาลของประเทศต่างๆและสิ่งที่เป็นอยู่ในประเทศไทย ร่วมกันยกร่างมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ต่อมาสถาบันวิจัยสาธารณสุขร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาคได้เชิญชวนโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 35 แห่ง เข้าร่วมโครงการทุกฝ่ายที่เข้าร่วมโครงการได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพและการประเมินคุณภาพอย่างมากมาย ขณะเดียวกันโรงพยาบาลอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการนำร่องก็เกิดการตื่นตัว และนำมาตรฐานโรงพยาบาลไปเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง (อนุวัฒน์ ศุภชติกุลและจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

สำหรับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยนั้น ได้มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ขึ้นตามข้อเสนอแนะของภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยปรับรูปการดำเนินงานจากโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาที่มีขอบเขตการดำเนินงานในโรงพยาบาลนำร่อง 35 แห่ง และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2540 - 31 กรกฎาคม 2543

คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ให้ความเห็นชอบกับการจัดตั้ง พรพ. เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2542 ภายได้แผนงานพัฒนากลไกในการสร้างองค์ความรู้และใช้ประโยชน์งานวิจัย ซึ่งมีเป้าหมายให้มีการจัดการเครือข่ายเพื่อสร้างความรู้และใช้ความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สวรส. มีนโยบายที่จะให้สถาบันภายในแผนงานนี้ มีความคล่องตัว และเป็นอิสระในการบริหารจัดการ แต่ยังคงมีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบโดย สวรส. ได้ จึงให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ.)นี้มีคณะกรรมการสถาบันแยกออกไป และดำเนินงาน โดยได้รับการสนับสนุน และชี้แนะทิศทางจากภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการ สวรส. ได้ลงนามในข้อบังคับ สวรส. ว่าด้วยการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2542 และได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร พรพ. ซึ่งมีศาสตราจารย์นายแพทย์ จรัส สุวรรณเวลา เป็นประธานคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2542 (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2543:12-13)

โรงพยาบาลเสนาเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพ Hospital Accreditation(HA) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 เป็นต้นมา และในปี พ.ศ.2542 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้ให้ประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยในปีแรกโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพมีทั้งสิ้น 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพฯ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลราษฎร์ยินดี จังหวัดสงขลา และในปีต่อมา มีโรงพยาบาลได้รับการรับรองเพิ่มขึ้นตามลำดับ ในปี 2546 พรพ. ได้เริ่มให้กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 แก่โรงพยาบาล เพื่อเป็นรางวัลและแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ ปัจจุบันมีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 1,132 แห่ง ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 255 แห่ง(ร้อยละ 22.5) (ชูเกียรติ เพ็ชรชนะ และเขवालักษณ์ อ่ำราไพ 2551 : 400-401)

การรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในแต่ละขั้นมีระยะเวลา 2 ปี แต่เนื่องจากโรงพยาบาลเสนาไม่ได้ขอรับการประเมินซ้ำ (Re Accreditation) เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น ขาดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนผู้นำองค์กรระดับสูง ขาดความต่อเนื่องของนโยบายการบริหารโรงพยาบาล และงบประมาณที่ได้รับจากส่วนกลางมีจำกัด จึงทำให้โรงพยาบาลเสนาสิ้นสถานะภาพโรงพยาบาลคุณภาพ

โรงพยาบาลเสนา เริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพ HA ใหม่ โดยเริ่มจาก หัวหน้าพาทำคุณภาพในปี 2547 โดยโรงพยาบาลเสนาได้รับรางวัลเกียรติบัตรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Healthy Thailand) โดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และได้พัฒนาตามมาตรฐาน

โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ซึ่งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ประเมินโรงพยาบาลเสนาผ่านบันไดขั้นที่ 1 ในปี 2551 (เอกสารประกอบการเยี่ยมชมเพื่อเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพ 2551: 10)

โรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยการสนับสนุนของ สปสช. มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อขอรับการ Accreditation

โดยโรงพยาบาลได้ปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ในการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรคิดแง่บวก มุ่งมั่นในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพให้เป็นเนื้อเดียวกับงานประจำ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในด้านระบบงานและการดูแลรักษา ส่งผลให้ในปี 2553 โรงพยาบาลเสนาได้รับกิตติกรรมประกาศ บันไดขั้นที่ 2 เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2553

โรงพยาบาลที่มีบริการที่ได้มาตรฐานเป็นที่น่าเชื่อถือเท่านั้น จึงจะสามารถดำรงสถานะในการแข่งขันกับผู้ประกอบการทั้งภายในประเทศและต่างประเทศได้ ประกอบกับปัจจุบันผู้รับบริการมีความรู้และมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณธรรมเพิ่ม ดังจะเห็นได้จากปริมาณการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการได้รับบริการที่ไม่ได้มาตรฐานหรือผิดจริยธรรมที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว การประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยของแพทยสภาและสภาวิชาชีพต่าง ๆ การประกาศใช้กฎหมายข้อบังคับใหม่ ๆ เช่น พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พระราชบัญญัติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งปัจจัยทางสังคมเหล่านี้จะเป็นตัวเร่งให้โรงพยาบาลทุกแห่งเร่งปรับปรุงคุณภาพเพื่อให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน(สหัชชา กิติศรยุทธนากุล 2547:14)

โรงพยาบาลเสนาเคยเป็นโรงพยาบาลนำร่อง โดยได้รับการประเมินให้ผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในปี 2542-2544 และไม่ได้ขอรับการประเมินซ้ำ (Re-Accreditation) แต่โรงพยาบาลเสนายังมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และผ่านบันไดขั้นที่ 1 โดยมีระยะเวลาการรับรอง 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551- 28 กุมภาพันธ์ 2552 และได้รับการประเมินหลายครั้งก็ยังคงดำรงบันไดขั้น 2 จนถึงปัจจุบัน

จากข้อมูล 27 โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพในปี 2551 พบว่า ใช้เวลา 1-2 ปี เพื่อผ่านจากบันไดขั้นที่ 1 ไปยังบันไดขั้นที่ 2 และใช้เวลาอีก 1-2 ปี เพื่อผ่านบันไดขั้นที่ 2 ไปยังบันไดขั้นที่ 3 รวมเวลาทั้งสิ้นประมาณ 3-4 ปี นับจากบันไดขั้นที่ 1 เพื่อไปสู่บันไดขั้นที่ 3 (ชูเกียรติ เพียรชนะ และเขาวลัทธิ อ่ำราไพ 2551 : 400-401)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาค้นคว้า เรื่อง การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและการบริหารงานในโรงพยาบาลเสนาให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

สามารถผ่านการประเมิน Accreditation คือ การรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. และเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลเสนา “เราจะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่มีชีวิตชีวาให้บริการเป็นทีม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดีภายในปี 2553”

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

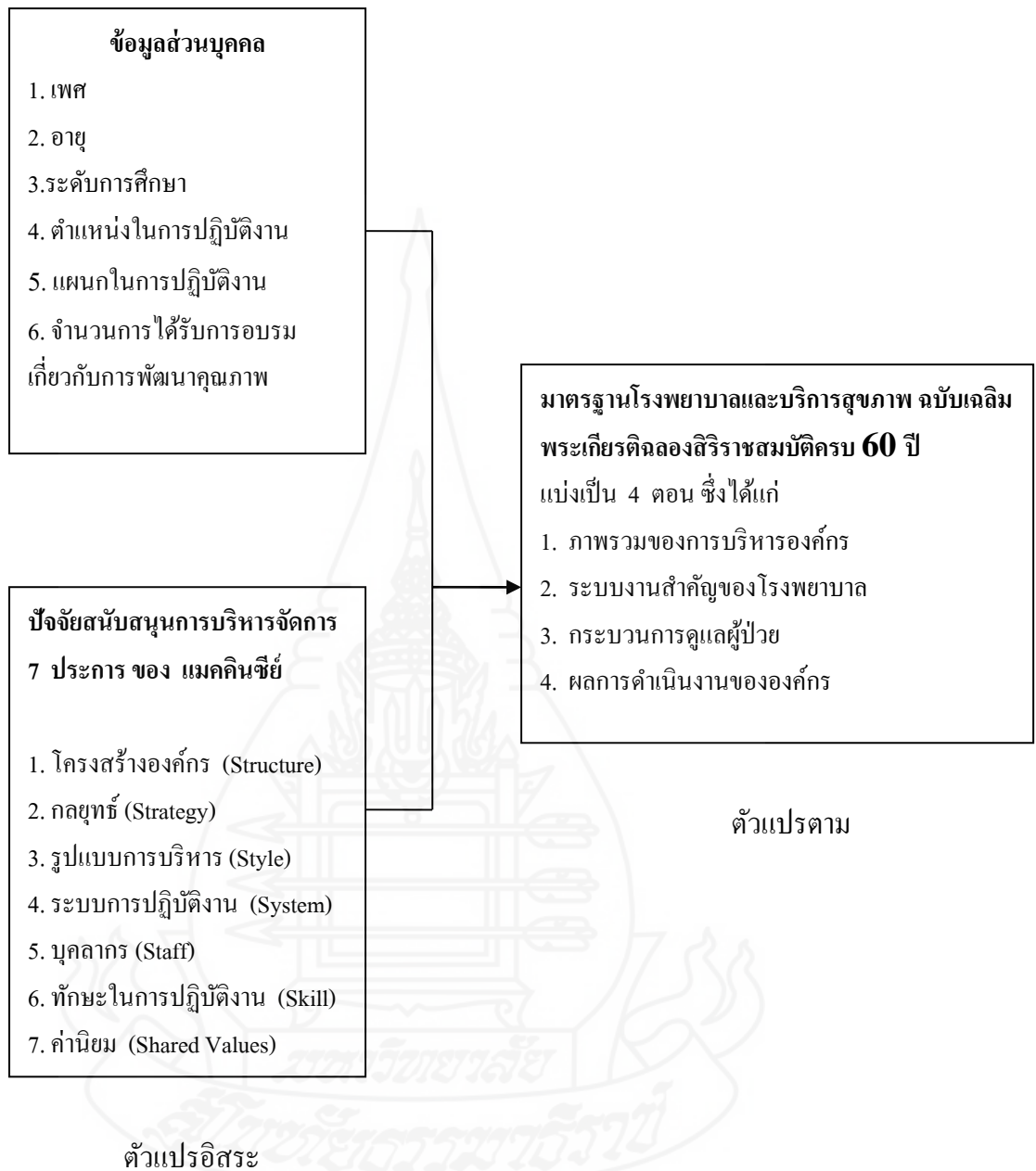
2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

2.3 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะขอนำกรอบแนวคิด 7'S ของ McKinsey ได้แก่

1. โครงสร้างองค์กร (Structure) 2. กลยุทธ์ (Strategy) 3. รูปแบบการบริหาร (Style) 4. ระบบการปฏิบัติงาน (System) 5. บุคลากร (Staff) 6. ทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill) 7. ค่านิยมร่วม (Shared Values) มาใช้เป็นกรอบในการศึกษา ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

4. ขอบเขตของการวิจัย

4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (HA) โดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ซึ่งแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ภาพรวมของการบริหารองค์กร ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล กระบวนการดูแลผู้ป่วย และผลการดำเนินงานขององค์กร รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ 7 ประการ ได้แก่ โครงสร้างองค์กร กลยุทธ์ รูปแบบการบริหาร ระบบการปฏิบัติงาน บุคลากร ทักษะการปฏิบัติงาน และค่านิยม

4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

4.3 ขอบเขตด้านประชากร

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประชากรทั้งหมด ซึ่งได้แก่ ข้าราชการ และลูกจ้างประจำของโรงพยาบาลเสนา จำนวน 330 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ต.ค.2553)

4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

เก็บข้อมูลภาคสนามระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2554

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้การศึกษาเป็นไปด้วยความถูกต้อง อยู่ในขอบเขตของการศึกษา ผู้ศึกษาจึงกำหนดนิยามศัพท์ ที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน แผนกในการปฏิบัติงาน จำนวนการได้รับการอบรมเกี่ยวกับพัฒนาคุณภาพ

5.2 โครงสร้างองค์กร (Structure) หมายถึง มีการกำหนดบทบาท อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคลากรตามสายการบังคับบัญชาและขอบเขตการควบคุมในโรงพยาบาลเสนา โดยจัดคนให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ เช่น มีคำสั่งมอบหมายงานตามสายการบังคับบัญชา มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน มีแผนผังการจัดสายงานและความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

5.3 กลยุทธ์ (Strategy) หมายถึง การจัดทำแผนกลยุทธ์ เพื่อแก้ไขปัญหาองค์กร การดำเนินงานตามแผน การประเมินผล และการปรับปรุงแผนตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล โดยมีจุดเน้นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย(Patient Safety)

5.4 รูปแบบการบริหาร (Style) หมายถึง บุคลิกลักษณะและวิธีการจัดการ พฤติกรรมในการบริหารงานของผู้บริหารระดับสูง ความสัมพันธ์ของผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาล เช่น ความมุ่งมั่นของผู้นำ การสร้างแรงจูงใจและเปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้แสดงความคิดเห็นในการพัฒนาคุณภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล

5.5 ระบบการปฏิบัติงาน (System) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการภายใต้กลุ่มงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลที่ต้องทำภารกิจร่วมกันให้บรรลุวัตถุประสงค์คือประชาชนมีสุขภาพดี โดยใช้ระบบฐานข้อมูล ระบบงบประมาณ ระบบบริหารงานแบบธรรมาภิบาล ระบบการจูงใจให้บุคลากรมีศักยภาพเก่ง ดี มีความสุขและมีระบบประเมินผลในการปฏิบัติงาน

5.6 บุคลากร (Staff) หมายถึง ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

5.7 ทักษะการปฏิบัติงาน (Skill) หมายถึง ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล เสนา ซึ่งแตกต่างกันตามหน้าที่ความรับผิดชอบตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น แพทย์มีทักษะด้านวิชาชีพแพทย์ เจ้าหน้าที่การเงินมีทักษะด้านการเงิน เป็นต้น

5.8 ค่านิยม (Shared Values) หมายถึง ค่านิยม ความเชื่อและบรรทัดฐานของบุคลากรในโรงพยาบาล เสนาที่ยึดถือร่วมกัน และนำมาปฏิบัติเพื่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรโรงพยาบาล เสนา “การทำงานเป็นทีม มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง”

5.9 โรงพยาบาล เสนา หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 180 เตียง ให้บริการผู้ป่วยในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟูแก่ประชาชนในอำเภอ เสนา และอำเภอใกล้เคียงในด้านปฐมภูมิ และทุติยภูมิ รวมทั้งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานแก่บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์เพิ่มพูนทักษะ นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาเภสัชศาสตร์ เป็นต้น

5.10 การบริหารงาน หมายถึง การบริหารจัดการในด้านโครงสร้างองค์กร กลยุทธ์ รูปแบบการบริหาร ระบบการปฏิบัติงาน บุคลากร ทักษะในการปฏิบัติงาน และค่านิยมร่วมอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อบรรลุตามพันธกิจ วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล เสนา

5.11 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประกอบด้วย

5.11.1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร หมายถึง โรงพยาบาลมีการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ ที่ชัดเจนโดยผู้บริหารร่วมกับหัวหน้าหน่วยงาน ถ่ายทอดเป็นแผนปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติ โดยผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงานมีการควบคุม กำกับ ติดตามระบบการพัฒนาคุณภาพ ระบบความปลอดภัย ติดตามผลการประเมินตามตัวชี้วัดของหน่วยงาน และมีการนำความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานมาใช้ในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงาน รวมทั้งมีการสร้างบรรยากาศองค์กรที่สนับสนุนให้บุคลากรเก่ง ดี และมีความสุข เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.11.2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลมีการบูรณาการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน โดยให้ความสำคัญกับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยมีทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร ฯลฯ รวมทั้งมีระบบการบริหารจัดการ เครื่องมือเพื่อให้เพียงพอและพร้อมใช้ ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในมาตรการ การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมีระบบการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนให้สอดคล้องกับความต้องการของแพทย์และพยาบาล

5.11.3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย หมายถึง โรงพยาบาลมีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอในการให้บริการ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว รวมทั้งมีการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ มีกระบวนการในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน เช่น ให้ข้อมูล ชี้แจงขั้นตอนในการเข้ารับบริการ มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ก่อนและหลังการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

5.11.4 ผลการดำเนินงานขององค์กร หมายถึง ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านการเงิน ผลด้านทรัพยากรบุคคล ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ ผลด้านการนำ ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้ทราบและเข้าใจแนวทางการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

6.2 ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ในโรงพยาบาลซึ่งมีขนาดใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเสนา

6.3 ข้าราชการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสนา สามารถนำข้อเท็จจริงหรือข้อเสนอแนะไปพัฒนาการบริหารงานโดยเฉพาะในส่วน โครงสร้าง ยุทธศาสตร์ รูปแบบ ระบบ บุคลากร ทักษะ ความชำนาญ และค่านิยม

6.4 เป็นพื้นฐานประกอบการศึกษาวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทางด้านหลักวิชาการมาสนับสนุนการศึกษา โดยการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดโดยทั่วไปเกี่ยวกับการบริหาร
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
3. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
4. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลเสนา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดโดยทั่วไปเกี่ยวกับการบริหาร

1.1 ความหมายของการบริหาร

พีระศิลป์ คำนวนศิลป์ (2541:18-19) อธิบายว่า การบริหาร (administration) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “administrare” หมายถึง ช่วยเหลือ (assist) หรือ อำนาจการ (direct) การบริหารในหลาย ๆ ความหมายอาจสัมพันธ์ใกล้เคียงกับคำว่า “minister” หมายถึง การรับใช้ หรือ ผู้รับใช้ ความหมายดั้งเดิมของคำว่า administer อาจกล่าวโดยย่อ ๆ ว่าเป็นการติดตามดูแลสิ่งต่าง ๆ คำจำกัดความง่าย ๆ ที่ทันสมัยคือ “การทำงานให้สำเร็จ”

ธงชัย สันติวงษ์ (2543:11-12) ได้ให้ความหมายของการบริหารว่า คือ การทำงานต่าง ๆ ให้เสร็จลุล่วงไปโดยอาศัยคนอื่นเป็นผู้ทำ โดยมีทรัพยากรด้านบุคคลเข้าร่วมทำงานในองค์กร ซึ่งเป็นผู้ใช้ทรัพยากรด้านเครื่องจักร อุปกรณ์ วัสดุดิบ เงินทุนและข้อมูลสารสนเทศต่าง ๆ

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (อ้างในพงษ์ศิริ แก้วหอม, 2545:28-29) ได้ให้ความหมายของการบริหาร หมายถึง การจัดการ การบริหารการจัดการ การบริหารจัดการ หรือการดำเนินการของภาครัฐหรือของหน่วยงานบริหารเมืองหลวงที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้าง(Structure) และกระบวนการ (Process) ในการปฏิบัติงาน(Actions) หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ (Activities) อย่างเป็นระบบ (System) โดยมีวัตถุประสงค์ สำคัญเพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนส่วนรวม

กิติ ตย์คานนท์(อ้างใน กิรต์พัชร เชาวลิต, 2549 :11) ได้เสนอความหมายของการบริหาร ไว้ว่า การบริหารเป็นงานของหัวหน้าหรือผู้นำ ที่กระทำเพื่อให้กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันทำงานให้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประพนธ์ วัฒนกิจ และสมชาติ โตรักษา(อ้างในชื่นชีวิต โชติพิทยสุนนท์, 2548:17) อธิบายว่า การบริหาร คือ กระบวนการจัดการ หรือสนับสนุน กระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานในทุกด้าน ที่ทำให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด การบริหารจึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อหน่วยงานหรือองค์กร ตามความต้องการของผู้อุปโลกและผู้บริโลก ที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินงาน

1.2 ความสำคัญของการบริหารต่อองค์กร

สมชาติ โตรักษา (2545: 10) อธิบายว่า การบริหารงานมีความสำคัญต่อองค์กร ดังนี้

1) การบริหารเป็นสิ่งที่จำเป็นในทุก ๆ หน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐบาล ภาคเอกชนและรัฐวิสาหกิจ งานทุกชนิดและกิจกรรมทุกกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นงานส่วนตัวหรืองานส่วนรวม เช่น การบริหารตัวเอง การบริหารงานในบ้าน การบริหารการเรียนหนังสือ การบริหารทีมงาน การบริหารทีมฟุตบอล การบริหารบริษัท การบริหารโรงพยาบาล การบริหารกระทรวง ทบวง กรมและการบริหารประเทศชาติ เป็นต้น

2) การบริหารช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงาน หน่วยงานและองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพสูงสุด

3) การบริหารช่วยให้เกิดและรักษาสมดุลระหว่างความต้องการ วัตถุประสงค์ และ กิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคล งาน หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าของกิจการ เจ้าของงาน ผู้ปฏิบัติงาน ผู้มาใช้บริการ ชุมชน สังคม สหภาพแรงงาน องค์กรวิชาชีพ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ฯลฯ และรวมไปถึงรัฐบาลด้วย

4) การบริหารช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและเพิ่มประสิทธิผลของงาน หน่วยงานและองค์กร การบริหารเป็นวิชาชีพมีหลักสูตรการเรียนการสอนทั้งระดับต่ำกว่าปริญญา ระดับปริญญาตรีถึงปริญญาเอก และระดับหลังปริญญา มีการฝึกอบรมอย่างกว้างขวางทั่วโลกมีองค์กรวิชาชีพมาดูแลและมีการกำหนดหน้าที่ของผู้บริหารไว้อย่างชัดเจน

1.3 องค์ประกอบของการบริหาร

วิลเลียม ที กรีนวูด (Willam T. Greenwood) (1965: 74-75 อ้างในสถาบันดำรงราชานุภาพ กระทรวงมหาดไทย 2539:4) ได้ให้ความเห็นว่าปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ ควรมีอย่างน้อย 7 ประการ คือ (1) คน (Man) (2) เงิน (Money) (3) วัสดุสิ่งของ (Materials) (4) อำนาจหน้าที่ (Authority) (5) เวลา (Time) (6) กำลังใจในการทำงาน (Will) (7) ความสะดวกต่าง ๆ (Facilities)

โรบบินส์ (Robbins อ้างในกิริตีพัชร เชาวลิต, 2549: 12) ได้แบ่งองค์ประกอบของปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหารจัดการ ที่จะดำเนินการกิจต่าง ๆ ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์การให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดไว้ดังนี้

1. Human Resource (Man) คือ ทรัพยากรบุคคล ซึ่งได้แก่ผู้บริหารหรือพนักงานระดับต่าง ๆ ในองค์การ ซึ่งคนเหล่านี้จะเป็นคนที่นำเอาวัตถุดิบหรือทรัพยากรอื่น ๆ มาผลิตเข้ากระบวนการจัดการขององค์การให้เกิดผลผลิตตามเป้าประสงค์

2. Capital (Money) คือ ทุน ซึ่งอาจจะเป็นเงินทุน งบประมาณ หรือที่ดินซึ่งจำเป็นในการผลิต หรือดำเนินกิจกรรม

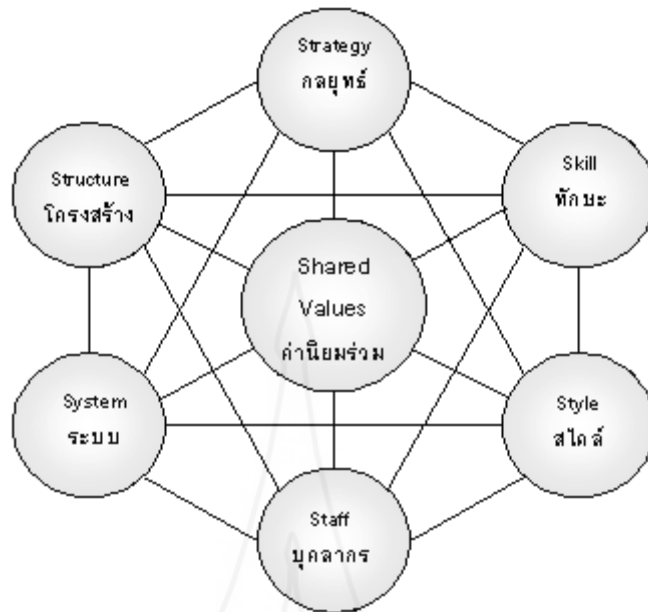
3. Raw Material คือ วัตถุดิบตั้งต้นที่จะนำเข้าสู่ กระบวนการผลิตเพื่อให้ได้ผลผลิต หรืออาจจะเป็นวัสดุ เครื่องจักร ครุภัณฑ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการผลิต

4. Management หมายถึง กลุ่มกระบวนการ ซึ่งประกอบไปด้วย แผน การจัดการองค์การ การอำนวยความสะดวก และการควบคุมงาน ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ทรัพยากรบุคคลจะเป็นตัวจักรสำคัญในการกระทำกับวัตถุดิบโดยใช้ทุนเข้ามาช่วยเพื่อให้เกิดผลผลิตตามวัตถุประสงค์

5. Information ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อองค์การ

อำนาจ วัดจินดา ได้อธิบายเกี่ยวกับการบริหารงานตามแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7's Framework) (<http://www.hrcenter.co.th> สืบค้นเมื่อวันที่ 17 ก.ย. 2551)

McKinsey 7's Framework ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยภายในองค์การ 7 ประการ(7 S) และสามารถใช้ในการวิเคราะห์องค์การได้ ได้แก่ กลยุทธ์ขององค์การ (Strategy) โครงสร้างองค์การ (Structure) ระบบการปฏิบัติงาน (System) บุคลากร (Staff) ทักษะ ความรู้ ความสามารถ (Skill) รูปแบบการบริหารจัดการ (Style) ค่านิยมร่วม (Shared values)



ภาพที่ 2.1 แสดงการบริหารงานตามแนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7's Framework)

ที่มา: อำนาจ วัตจินดา (2551) แนวคิดของแมคคินซี (McKinsey 7's Framework)

1. กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy)

การบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้บริหารตอบคำถามที่สำคัญ อาทิ องค์กรอยู่ที่ไหนในขณะนี้ องค์กรมีเป้าหมายอยู่ที่ไหน พันธกิจของเราคืออะไร พันธกิจของเราควรจะเป็นอะไร และใครเป็นผู้รับบริการของเรา การบริหารเชิงกลยุทธ์จะมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การบริหารเชิงกลยุทธ์จะช่วยให้องค์กร กำหนดและพัฒนาข้อได้เปรียบทางการแข่งขันขึ้นมาได้และเป็นแนวทางที่บุคคลภายในองค์กรรู้ว่าจะใช้ความพยายามไปในทิศทางใดจึงจะประสบความสำเร็จ

2. โครงสร้างองค์กร (Structure)

คือโครงสร้างที่ได้ตั้งขึ้นตามกระบวนการ หรือหน้าที่ของงานโดยมีการรับบุคลากรให้เข้ามาทำงานร่วมกันในฝ่ายต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ หรือหมายถึงการจัดระบบระเบียบให้กับบุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากองค์กรในปัจจุบันมีขนาดใหญ่การจัดองค์กรที่ดีจะมีส่วนช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ลดความซ้ำซ้อนหรือขัดแย้งในหน้าที่ ช่วยให้บุคลากรได้ทราบขอบเขตงานความรับผิดชอบ มีความสะดวกในการติดต่อประสานงาน ผู้บริหารสามารถตัดสินใจในการบริหารจัดการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

3. ระบบการปฏิบัติงาน (System)

ในการปฏิบัติงานตามกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ตามที่กำหนดไว้ นอกจากการจัดโครงสร้างที่เหมาะสมและมีกลยุทธ์ที่ดีแล้ว การจัดระบบการทำงาน (Working System) ก็มีความสำคัญยิ่ง อาทิ ระบบบัญชี/การเงิน (Accounting/Financial System) ระบบพัสดุ (Supply System) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology System) ระบบการติดตาม/ประเมินผล (Monitoring/Evaluation System) ฯลฯ

4. บุคลากร (Staff)

ทรัพยากรมนุษย์นับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กร องค์กรจะประสบความสำเร็จหรือไม่ส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ เป็นกระบวนการวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรมนุษย์ในอนาคต โดยการตัดสินใจเกี่ยวกับบุคลากรนั้นควรมีการวิเคราะห์ที่อยู่บนพื้นฐานของกลยุทธ์องค์กรที่เป็นสิ่งกำหนดทิศทางที่องค์กรจะดำเนิน ไปให้ถึง ซึ่งจะเป็นผลให้กระบวนการกำหนดคุณลักษณะ และการคัดเลือกและจัดวางบุคลากรได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

5. ทักษะ ความรู้ ความสามารถ (Skill)

ทักษะในการปฏิบัติงานของทรัพยากรบุคคลในองค์กรสามารถแยกทักษะออกเป็น 2 ด้านหลัก คือ ทักษะด้านงานอาชีพ (Occupational Skills) เป็นทักษะที่จะทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่ได้ ตามหน้าที่ และลักษณะงานที่รับผิดชอบเช่น ด้านการเงิน ด้านบุคคล ซึ่งคงต้องอยู่บนพื้นฐานการศึกษาหรือได้รับการอบรมเพิ่มเติม ส่วนทักษะความถนัดหรือความชาญฉลาดพิเศษ (Aptitudes and special talents) นั้นอาจเป็นความสามารถที่ทำให้พนักงานนั้น ๆ โดดเด่นกว่าคนอื่น ส่งผลให้มีผลงานที่ดีกว่าและเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานได้รวดเร็ว ซึ่งองค์กรคงต้องมุ่งเน้นในทั้ง 2 ความสามารถไปควบคู่กัน

6. รูปแบบการบริหารจัดการ (Style)

แบบแผนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของผู้บริหารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของสภาพแวดล้อมภายในองค์กร พบว่า ความเป็นผู้นำขององค์กรจะมีบทบาทที่สำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กร ผู้นำที่ประสบความสำเร็จจะต้องวางโครงสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้วยการเชื่อมโยงระหว่างความเป็นเลิศและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณให้เกิดขึ้น

7. ค่านิยมร่วม (Shared values)

ค่านิยมและบรรทัดฐานที่ยึดถือร่วมกันโดยสมาชิกขององค์กรที่ได้กลายเป็นรากฐานของระบบการบริหาร และวิธีการปฏิบัติของบุคลากรและผู้บริหารภายในองค์กร หรืออาจเรียกว่าวัฒนธรรมองค์กร รากฐานของวัฒนธรรมองค์กรก็คือ ความเชื่อ ค่านิยมที่สร้างรากฐานทาง

ปรัชญาเพื่อทิศทางขององค์กรโดยทั่วไปแล้วความเชื่อจะสะท้อนให้เห็นถึงบุคลิกภาพและเป้าหมายของผู้ก่อตั้งหรือผู้บริหารระดับสูง ต่อมาความเชื่อเหล่านั้นจะกำหนดบรรทัดฐาน เป็นพฤติกรรมประจำวันขึ้นมาภายในองค์กร เมื่อค่านิยมและความเชื่อได้ถูกยอมรับทั่วทั้งองค์กรและบุคลากร กระทำตามค่านิยมเหล่านั้นแล้วองค์กรก็จะมีวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง

การแบ่งองค์ประกอบขององค์การตามแนวความคิด 7's นี้ ได้แบ่งส่วนประกอบเหล่านี้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ได้แก่ ส่วนที่สามารถเห็นได้อย่างชัดเจนในการทำงานขององค์การสามารถสัมผัสได้หรือเห็นได้ชัดจากภายนอก ได้แก่ ส่วนที่เป็น Hardware ซึ่งประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ขององค์การ โครงสร้างองค์การ และระบบการทำงานในองค์การ และกลุ่มที่สอง ซึ่งเป็นส่วนที่ไม่สามารถสัมผัสได้อย่างชัดเจน เป็นส่วนที่เป็นสิ่งที่อยู่ภายในองค์การที่เรียกกันว่า Software ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเรื่องทรัพยากรมนุษย์ในองค์การ ทักษะในการทำงาน และสไตล์การบริหารงานขององค์การ ซึ่งทั้งสองส่วนจะต้องทำงานประสานสอดคล้องและเชื่อมโยงกันโดยมีระบบย่อยในเรื่องค่านิยมร่วมหรือเป้าหมายร่วมทำหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงปัจจัยทั้ง 6 ด้านเข้าด้วยกัน เพื่อให้ทุกส่วนทำหน้าที่เพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์การร่วมกัน

เกริกยศ ชลายนเดชะ (2547: 337-339) ได้กล่าวไว้ว่า ในการวิเคราะห์ศักยภาพขององค์การเพื่อการประเมินช่องว่างทางศักยภาพขององค์การในการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ ซึ่งเรียกว่า การวิเคราะห์โครงสร้างทางกลยุทธ์ (Gap analysis) ผู้บริหารจะสามารถกระทำได้โดยอาศัยเค้าโครง 7 s ของ(McKinsey's 7s Framework)

บริษัทแมคคินซี เป็นบริษัทที่ให้คำปรึกษาทางธุรกิจแก่องค์กรต่าง ๆ ทั้งภายในภายนอกประเทศสหรัฐอเมริกา ในการวิเคราะห์การปฏิบัติงานขององค์กรต่าง ๆ ที่เป็นลูกค้า บริษัทได้ใช้โครงสร้างการวิเคราะห์ที่อาศัยปัจจัย 7s ของแต่ละองค์กรมาเป็นตัวพิจารณาความสอดคล้อง และพบว่าองค์กรที่สามารถประสบความสำเร็จได้ในการบริหารมักจะจัดปัจจัยทั้ง 7 ประการนี้ได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสม ต่อมาได้มีการใช้โครงสร้างนี้ในการวิเคราะห์องค์กรในหลาย ๆ วัตถุประสงค์ด้วยกัน เช่น ใช้เพื่อการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร เพื่อประเมินความพร้อมขององค์การ ทำให้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์การ เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดทิศทางขององค์การ และกำหนดกลยุทธ์ขององค์การไปสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลตามที่ต้องการ

1.4 หน้าที่หลักในการบริหาร

Henri Fayol ได้เขียนหนังสือ “Industrial and General Administration” กล่าวถึงหน้าที่หลักสำหรับการบริหารไว้ 5 ประการคือ

- 1) การวางแผน (Planning) หมายถึง ภาระหน้าที่ของผู้บริหารที่จะต้องทำการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อองค์กร และกำหนดขึ้นเป็นแผนปฏิบัติงานหรือวิถีทางที่จะปฏิบัติไว้ เพื่อสำหรับเป็นแนวทางของการทำงานในอนาคต
- 2) การจัดองค์กร (Organizing) หมายถึง ภาระหน้าที่ของผู้บริหาร จำต้องจัดให้มีโครงสร้างของงานต่างๆ และมีอำนาจหน้าที่ ทั้งนี้เพื่อให้คน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของอยู่ในส่วนประกอบที่เหมาะสมในอันที่จะช่วยให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จได้
- 3) การสั่งการ (Commanding) หมายถึง หน้าที่ในการสั่งงานต่างๆ ของผู้บังคับบัญชา ซึ่งจะช่วยให้สำเร็จผลด้วยดี ก็โดยที่ผู้บริหารจะต้องกระทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีมีการตรวจสอบ ไม่พะวงกับรายละเอียดของงานมากเกินไป
- 4) การประสาน (Co – ordinating) หมายถึง การดำเนินการเชื่อมโยงงานของทุกคนให้เข้ากันได้และกำกับให้ไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน
- 5) การควบคุม (Controlling) หมายถึง การตรวจสอบติดตามดูว่าการดำเนินการเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งการใช้ทรัพยากรทางการบริหารต่างๆ เช่น วัสดุอุปกรณ์ คน ฯลฯ เป็นอย่างไร

เทพคักกี้ บุนยรัตพันธุ์ (2551:5-18) อธิบายว่า นักวิชาการสมัยใหม่ มีความคิดเห็นตรงกันว่า การจัดการ ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ POLC

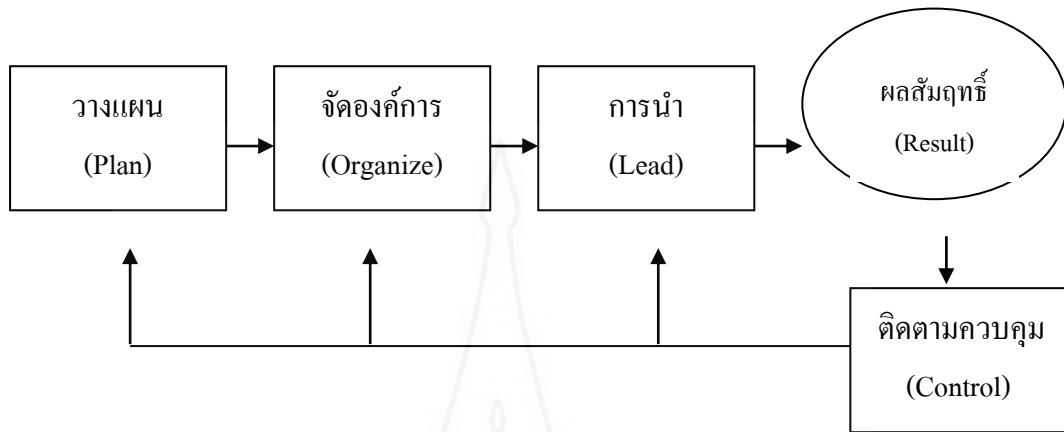
P (Plan) การวางแผน

O (Organize) การจัดองค์กร

L (Lead) การนำ

C (Control) การควบคุม

เพราะเป็นเครื่องมือการจัดการที่สำคัญที่จะทำให้องค์การบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้
ดังนี้



ภาพที่ 2.2 กระบวนการจัดการสมัยใหม่

ที่มา: ดัดแปลงจาก Dessler, Gary. Management. 2004:367.

(อ้างในเทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ 2551 การบริหารองค์กร หน้า 5-18)

2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

2.1 ความหมายของคุณภาพ (Quality)

คุณภาพ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำของบุคคลหรือสิ่งของ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ (2543: 2-3) อธิบายว่า มีผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพซึ่งจะพอนามาสรุปได้พอสังเขป คือ

Crosby ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพ คือ ความสอดคล้องกับความต้องการ” ซึ่งหมายถึงว่า การจะบรรลุถึงคุณภาพได้ จะเกิดขึ้นเมื่อได้ทำให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่ได้ระบุไว้แล้ว (Crosby, 1979)

Juran ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพคือ ความเหมาะสมหรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้” (Juran, 1992)

Feigenbaum ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพคือความสามารถที่จะผลิตให้ผลผลิตนั้นตรงกับวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งเอาไว้ด้วยต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุด” (Feigenbaum, 1951)

The American Heritage Dictionary ได้ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพ คือ ลักษณะเฉพาะอย่างหนึ่งที่แสดงถึงคุณค่า ลำดับชั้น หรือระดับของความเป็นเลิศหรือความคาดหวัง” (The American Dictionary Second College Edition, 1976)

Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) ให้ความหมายของคุณภาพว่าเป็น “ระดับของการจัดบริการที่ทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มผลดีและเหมาะสมกับความต้องการ โดยลดผลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ” (Canadian Council on Health Facilities Accreditation, 1991)

อนูวัฒน์ สุภษฏิกุล (2544: 175) อธิบายว่า ความหมายของคุณภาพแตกต่างกันไปตามมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง และตามวิวัฒนาการของแนวคิดเรื่องคุณภาพ โดยคำศัพท์ “คุณภาพ” คือ ภาวะที่เป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ใช้หรือผู้รับ

ในมุมมองของ ผู้ประกอบวิชาชีพหรือนักวิชาการ คุณภาพคือ การปฏิบัติตามมาตรฐาน ที่กำหนดไว้และความสม่ำเสมอซึ่งสามารถพยากรณ์ได้

ในมุมมองของ ผู้ใช้ประโยชน์ Juran และ Crosby กล่าวว่าคุณภาพ คือ การตอบสนองความต้องการ(need) และความคาดหวัง (expectation) ของผู้รับผลงาน และในระยะหลังได้ขยายต่อไปว่า คุณภาพ คือ การทำให้เกินเลยกว่าความคาดหวังของผู้รับผลงาน ผู้ใช้ประโยชน์หรือผู้รับบริการสาธารณสุขอาจจะเป็นปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนหรือสังคมโดยรวม มักจะมีความสับสนในเรื่องการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานกับความพึงพอใจของผู้รับผลงาน โดยคิดว่าเป็นเรื่องเดียวกัน ในงานสาธารณสุข เราอาจพิจารณาแยกแยะความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงานออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1) ความต้องการที่ประชาชนรับรู้และแสดงออก เช่น ต้องการพ้นจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ ทรมาน ต้องการรับรู้ข้อมูล ต้องการให้หมู่บ้านปราศจากมลพิษ
- 2) ความคาดหวังต่อการได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว เป็นกันเอง ซึ่งอาจจะมี ความแตกต่างกันไปตามภูมิหลังของผู้รับบริการ
- 3) ความต้องการที่ประชาชนอาจจะไม่รู้ได้ด้วยตนเอง แต่ต้องอาศัยผู้มีความรู้หรือนักวิชาการเข้ามาบอก เช่น การใช้สารเคมีด้านการเกษตรที่ปลอดภัย การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การดูแลหญิงมีครรภ์อย่างถูกต้อง

ประเวศ ะสี (2543) กล่าวในที่ประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 2 เมื่อเดือน กุมภาพันธ์ 2543 ว่า “คุณภาพการดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงศีลธรรมขั้นพื้นฐาน คือสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย”

พิชัย สิปิพัฒน์ไพบูลย์ (2541:5-6 อ้างในจิรวาส ฉัตรไชยสิทธิกุล, 2543:12)

ให้ความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพไว้ ดังนี้

Quality Control Circle (QCC) หมายถึง การปรับปรุงงานประจำที่ทำอยู่ให้ ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจอย่างต่อเนื่อง วิธีการปรับปรุงจะทำโดยเน้นที่การศึกษากระบวนการ ทำงาน (Process Oriented) ของแต่ละคนว่าทำงานอย่างไร มีจุดอ่อนหรือจุดที่ผู้ให้บริการไม่พอใจ จุดไหน เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการปรับปรุงด้วยวงจรเดมมิง (Deming Cycle)

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพ

การพิจารณาถึงคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการ สิ่งแรกที่ทำให้มีความสำคัญคือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงาน (Result) มีการวัดคุณภาพในหลายรูปแบบตามความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งยังมีโอกาสเกิดความแปรปรวน จึงมีการวัดคุณภาพโดยดูที่คุณภาพของ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) โดยมีความเชื่อที่ว่า “เมื่อมีปัจจัยนำเข้าที่ดี และกระบวนการทำงานที่ดี ย่อมได้ผลลัพธ์ที่ดี”

โดนาบีเดียน (Donabedian, 1989 อ้างในวิชาญ เกิดวิชัย (2547:10) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพไว้ 3 ส่วน ดังนี้

2.2.1 โครงสร้าง (Structure) ครอบคลุมปัจจัยนำเข้าซึ่งอาจแบ่งเป็น 4 ประเภท (4 M) และการจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพ พร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงานได้

1) Man หรือทรัพยากรบุคคล ถือเป็นปัจจัยนำเข้าที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะคนมีจิตวิญญาณ มีจิตวิญญาณ มีความคิด มีความแตกต่างและความแปรปรวนสูงทั้งใน ระหว่างแต่ละคนและแม้แต่ในคนคนเดียวกัน คนเป็นผู้ดำเนินการทำงานตามกระบวนการจนได้ผล ลัพธ์ที่ต้องการ ดังนั้น คุณภาพของคนในองค์กรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

2) Money หรือ การเงินการคลัง นับเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง เพราะ การวางแผนงบประมาณ การจัดหาเงินที่เหมาะสม การใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ฯลฯ หาก องค์กรมีปัญหาการจัดการการเงินย่อมเกิดผลกระทบต่อคุณภาพของงานอย่างแน่นอน

3) Material หรือ วัตถุดิบที่เข้าสู่กระบวนการบริการหรือการผลิต ต้องมีการ ควบคุมคุณภาพในทุกส่วนนับตั้งแต่อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม วัสดุ เครื่องมืออุปกรณ์ ทั้งนี้ในระบบ บริการสุขภาพต้องนับรวมไปถึงผู้รับบริการ การควบคุมคุณภาพของ Material สามารถดำเนินการ ได้ตั้งแต่การจัดหา การคัดเลือก การเก็บรักษา การเคลื่อนย้าย การตรวจสอบคุณภาพก่อนและ ระหว่างกระบวนการทำงาน แต่ในส่วนของผู้รับบริการส่วนใหญ่จะเป็นการยากที่จะทำการคัดเลือก เฉพาะส่วนที่ต้องการ เพราะจะมีปัญหาทางด้านคุณธรรม จริยธรรม และมาตรฐานวิชาชีพ จึงต้อง จัดเตรียมปัจจัยนำเข้าอื่น ๆ ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละรูปแบบด้วย

4) Method หรือ รูปแบบวิธีการทำงาน การจัดหาวิธีการผลิตหรือบริการ ด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ถูกต้องตามคุณธรรมจริยธรรมโดยยึดถือผลประโยชน์ของผู้รับบริการหรือลูกค้าเป็นหลัก แต่ปัจจุบันกลุ่มผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ มีความรู้ความเข้าใจและความคาดหวังในกระบวนการทำงานมากขึ้น มีความไว้วางใจน้อยลง จึงมีส่วนในการเลือกและการตรวจสอบกระบวนการทำงานมากขึ้น ตัวอย่างเช่น มาตรฐาน ISO จะมีข้อกำหนดที่เน้นหนักขั้นตอนและกระบวนการทำงาน และในมาตรฐาน HA ก็จะมีที่ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วยและรูปแบบของแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรคตาม Clinical Practice Guideline เป็นต้น

2.2.2 กระบวนการทำงาน (Process) เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าแม้จะมีปัจจัยนำเข้าและโครงสร้างที่มีคุณภาพ แต่หากกระบวนการทำงานไม่ดีก็จะส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ที่ไม่มีคุณภาพ ดังนั้น การควบคุมกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ผู้รับผิดชอบกระบวนการทำงานแต่ละงาน ต้องทำการวิเคราะห์กระบวนการทำงาน จัดลำดับขั้นตอนการทำงาน และควบคุมคุณภาพแต่ละขั้นตอนให้เป็นไปอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง

2.2.3 ผลลัพธ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานอาจอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์(Product) หรือ บริการ(Service) ซึ่งสามารถวัดได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ การวัดปริมาณนั้นไม่ใช่เรื่องยากและเป็นรูปธรรม สามารถวัดได้เป็นตัวเลขและทำความเข้าใจได้ง่าย แต่การวัดคุณภาพเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม มุมมองของผู้เกี่ยวข้องในการวัด อาจมีความแตกต่างกันตามแต่ความต้องการและผลลัพธ์ของงานที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเรียกรวมให้กว้างที่สุดว่า Result สามารถแบ่งแยกได้ตามลำดับของผลกระทบ ดังนี้

- 1) Output คือ ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงาน เมื่อสิ้นสุดการทำงานนั้น ๆ
- 2) Outcome คือ ผลที่เกิดขึ้นเมื่อมีการนำผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นไปใช้กับผู้รับผลงาน เป็นสิ่งที่เป็ผลกระทบโดยตรงจาก Output ที่เกิดขึ้น
- 3) Impact คือ ผลที่เกิดขึ้นจาก Output และ Outcome ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ที่อยู่นอกกระบวนการทำงานนั้น เช่น บริการสุขภาพที่ดีทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดี สามารถทำงานและก่อให้เกิดผลผลิตทางเศรษฐกิจได้มากขึ้น

พิมลพรรณ คุณสิทธิ์ (2549:28-29) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพว่าน่าจะมีเพียง 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการ ได้แก่ การเข้าถึงด้านภูมิศาสตร์ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านภาษา และการจัดองค์การที่ให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น ระบบนัด เวลาในการจัดบริการ
2. ลักษณะทางกายภาพที่น่าพอใจ หมายถึง บริการที่ไม่เกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผลทางด้านคลินิก แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้นและยินดีจะมารับบริการครั้งต่อไปเมื่อจำเป็น ซึ่งเป็นลักษณะที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบริการที่ได้รับและเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการ ได้แก่ ความสวยงาม ความสะอาดสบาย ความสะอาด ความเป็นส่วนตัว คนตรี การให้ความรู้ และการพักผ่อนหย่อนใจ
3. คุณภาพด้านมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่น ซึ่งทั้งสองฝ่ายจะรับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการให้บริการ ทั้งด้านที่เป็นแสดงความต้องการของผู้ใช้บริการและคำแนะนำที่ผู้ใช้บริการจะได้รับประโยชน์ ทั้งนี้โดยอาศัยความเคารพ การรักษาความลับ ความสุภาพ การฟังและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตอบสนองอย่างเหมาะสม การแสดงความเห็นอกเห็นใจ
4. คุณภาพด้านเทคนิค หมายถึง การให้บริการทางคลินิกที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และการที่ผู้ป่วยจะสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้ถึงระดับ

นอกจากนี้แล้วยังมีสิ่งสำคัญขั้นพื้นฐาน คือ คุณภาพ และประสิทธิภาพ ซึ่งมีส่วนช่วยให้การรักษาพยาบาลบรรลุเป้าหมายให้การรักษาพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ และสนองความต้องการของประชาชนในชุมชน (สัมฤทธิ์ โปราและวิศิษฐ์ พิชัยสนธิ, 2527: 103)

2.2 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

2.2.1 แนวคิดทั่วไปในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

ในมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์สาธารณสุข คุณภาพ คือ การตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพด้านบริการทางการแพทย์สาธารณสุข จะต้องสร้างความสมดุลของทุกฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการทางด้านสุขภาพจะมีความแตกต่างไปจากบริการอื่น ๆ อาทิเช่น

1. ต้องการหายจากความเจ็บป่วย หายจากทุกข์ทรมาน
2. ต้องการทราบข้อมูลตรวจวินิจฉัยและการรักษา
3. ต้องการคำอธิบายเรื่องการปฏิบัติตนและทางเลือกในการตรวจรักษา

4. ต้องการรับบริการที่สะดวกรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน
5. ต้องการให้อาใจใส่ดูแล อย่างสุภาพและเต็มใจ
6. ต้องการความอบอุ่นและปลอดภัยทั้งกายใจ
7. ต้องการมีสุขภาพดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ฯลฯ

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า “คุณภาพ คือ การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับผลงาน เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ”

การพัฒนาคุณภาพ(quality Improvement) คือ การจัดการระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่, การทำงานเป็นทีม, การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน, มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง(risk management-RM) การประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continual quality improvement-CQI) เข้าด้วยกัน(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542:6-7)

ในปัจจุบันมีปัจจัยแวดล้อมหลายประการที่กระตุ้นให้โรงพยาบาลต้องการผ่านการรับรองคุณภาพ (สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปิติกุล, 2544) อาทิ ข้อบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบัน เรื่องการให้บริการที่ได้มาตรฐาน การที่โรงพยาบาลของรัฐถูกผลักดันให้แปรสภาพเป็นองค์กรมหาชน ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และการพัฒนาคุณภาพ ให้ได้มาตรฐานเพื่อความอยู่รอดขององค์กรและการยอมรับจากสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากเดิมผู้รับบริการจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ มาเป็นองค์กรที่สาม (Third party payment) เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สำนักงานประกันสังคม บริษัทประกันชีวิต บริษัทประกันสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งผู้รับผิดชอบที่เป็นองค์กรที่สามเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเรียกร้องการบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณธรรมจากโรงพยาบาล ภาวะโลกาภิวัตน์และการเปิดเสรีทางการค้า ถูกแรงกดดันจากต่างชาติให้เปิดเสรีด้านธุรกิจบริการ ล้วนทำให้การแข่งขันในธุรกิจบริการแข่งขันรุนแรงขึ้นไม่เพียงแต่เฉพาะการแข่งขันกันเองในหมู่ผู้ประกอบการภายในประเทศเท่านั้น แต่อาจต้องแข่งขันกับผู้ประกอบการจากต่างประเทศด้วย ฉะนั้น โรงพยาบาลที่มีบริการที่ได้มาตรฐานเป็นที่น่าเชื่อถือเท่านั้น จึงจะสามารถดำรงสถานะในการแข่งขันได้ ทำให้บริษัทข้ามชาติซึ่งเป็นลูกค้าโรงพยาบาลเรียกร้องหลักฐานการได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา ผู้รับบริการมีความรู้และมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และมีความคาดหวังที่จะได้รับการบริการที่ได้

มาตรฐานและมีคุณธรรมเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากปริมาณการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการได้รับบริการที่ไม่ได้มาตรฐานหรือผิดจริยธรรมที่สูงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว การประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วย ของแพทยสภาและสภาวิชาชีพต่าง ๆ การประกาศใช้กฎหมายข้อบังคับใหม่ ๆ เช่น พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พระราชบัญญัติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย เป็นต้น ปัจจัยทางสังคมเหล่านี้จะเป็นตัวเร่งให้โรงพยาบาลทุกแห่งเร่งปรับปรุงคุณภาพเพื่อให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม ได้มีการจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาล ตามผลคะแนนระดับคุณภาพ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพมีการใช้มาตรฐานที่หลากหลาย เช่น ระบบคุณภาพ TQA, PMQA, HCQA, HA&HPH ส่งผลให้โรงพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้และนำมาปรับใช้ พร้อมทั้งพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพที่กำหนด(เอกสารประกอบการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพ (โรงพยาบาลเสนา, 2552 :6)

2.3.2 เทคนิคในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ความรู้พื้นฐานในการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่สำคัญ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541) ได้แก่

1) 5 ส. เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการจัดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในสถานที่ทำงาน เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ดี มีความปลอดภัยในการทำงาน อันจะนำไปสู่การเพิ่มผลผลิตหรือประสิทธิภาพในการทำงาน ประกอบด้วย สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะและสร้างนิสัย (ศิริกานดา ศรีวิสัย, 2542: 12-13)

2) การพัฒนาองค์กร (Organization Developmen : OD)

เป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กรให้ดีขึ้น โดยมีการดำเนินงานใน 4 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูล (Data gathering) การตรวจวินิจฉัย (Diagnosis) การใส่สิ่งสอดแทรก (Intervention) และการประเมินผล (Evaluation) (สันทัตสินธุ์ประทุม และคณะ, 2541 : 5-7)

3) พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ (Excellent Service Behavior : ESB)

เป็นการปรับพฤติกรรมการให้บริการและระบบบริการเพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (วัชรพล ภูนวล, 2541 : 62) อนุวัฒน์ ศุภชิตกุลและคณะ (2541: 81) ได้สรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการจากหนังสือ “สู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ” (โอบัฐ วาริรัถย์, 2539) ว่าบริการที่มีคุณภาพ ต้องประกอบด้วย 2 ส่วนคือ กิจกรรมบริการ (หรือเทคนิคบริการ) และพฤติกรรมบริการ (Service behavior) ซึ่งรูปแบบของมนุษย์สัมพันธ์ เช่น กิริยามารยาท ความกระตือรือร้น

ความมีน้ำใจ การพูดจา สีสหน้าท่าทาง ที่ผู้ให้บริการแสดงต่อผู้รับบริการตลอดกระบวนการของบริการ พฤติกรรมบริการที่ดีเป็นความคาดหวังของประชาชนยิ่งประชาชนมีความรู้มากขึ้น ได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น มีกำลังซื้อมากขึ้น ก็ยังมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมบริการมากขึ้น ซึ่งสิ่งนี้เป็นปัญหาสำคัญสำหรับโรงพยาบาลของรัฐที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านนี้ได้ ระบบการศึกษาวิชาชีพและระบบบริการที่มุ่งเน้นความสำคัญทางด้านเทคนิคบริการ โดยละเลยความรู้ความเข้าใจและแนวทางปฏิบัติทางด้านพฤติกรรมบริการ ทำให้ขาดวิสัยทัศน์ร่วม ขาดมาตรการร่วมที่เหมาะสมสอดคล้องเป็นแนวทางเดียวกัน ต่างคนต่างเอามาตรฐานเฉพาะตนมาใช้ ผลรวมของคุณภาพบริการจึงไม่ประสบผลดีเท่าที่ควร

4) การบริหารองค์กรเพื่อคุณภาพแบบองค์รวม (Total Quality Management/Continuous Quality Improvement: TQM/CQI)

เป็นการประสานแนวคิดของการบริหารจัดการกับการพัฒนาคุณภาพ โดยการระดมทรัพยากรทั้งหมดขององค์กรมาร่วมกัน ปรับปรุงระบบหรือกรรมวิธีการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ มีการเรียนรู้ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, 2542: 4)

5) การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) เป็นการจัดระบบ

การบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาล ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management : RM) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) เข้าด้วยกัน

6) การบริหารความเสี่ยง (Risk Management : RM) คือ การค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยง หรือลดความสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น

7) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance : QA) คือ การวางระบบเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและมีผลลัพธ์ตามที่คาดหมายไว้ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดมาตรฐาน การวัดผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแก้ไขเมื่อไม่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดหรือผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดไว้

8) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) เป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง

9) การพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management : TQM)

เป็นการทำภาพรวมทั้งองค์กรให้มีการบริหารงานที่มีคุณภาพ โดยเป็นการบริหารงานคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ผลคือทำให้บริการดีขึ้น งานเป็นระบบมากขึ้น ผู้ป่วยและผู้รับผลงานมีความพึงพอใจ คำว่าการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management : TQM) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) อาจจะใช้ควบคู่กันและมีความหมายแทนกันได้ระดับหนึ่ง โดย TQM/CQI เป็นการประสานแนวคิดของการบริหารจัดการเข้ากับการพัฒนาคุณภาพระดมทรัพยากรทั้งหมดขององค์กรมาร่วมกันปรับปรุงระบบหรือกรรมวิธีการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า โดยมีการเรียนรู้และมีการปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง TQM/CQI เป็นการประยุกต์ใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อมาปรับปรุงระบบงานในองค์กร เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าอย่างต่อเนื่อง

10) มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมระหว่างประเทศ (International Organization for Standardization : ISO)

เป็นระบบการประกันคุณภาพในส่วนปัจจัยนำเข้าซึ่งเชื่อว่าหากมีการใช้วัสดุที่ดีย่อมได้ผลผลิตที่ดี การนำระบบการบริหารคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 9000 ไปใช้จะเป็นประโยชน์แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม) เช่น ผลิตภัณฑ์และบริการเป็นที่พึงพอใจของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการและได้รับการยอมรับ ประหยัดค่าใช้จ่ายในระยะยาว ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานจะมีการทำงานเป็นระบบ ทำงานเป็นทีม เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน มีการประสานงานที่ดี สามารถพัฒนาตนเอง ในส่วนผู้บริโภคหรือผู้รับบริการทำให้เกิดความมั่นใจในผลิตภัณฑ์

11) ระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ (Thailand Public Sector Standard Management System and Outcomes : PSO)

เป็นนโยบายของรัฐเชิงนวัตกรรม (Innovative Public Policy) ซึ่งเป็นเกียรติภูมิของประเทศไทยในการมีมาตรฐานของภาคราชการ การจัดทำมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐจะมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์รวมของภาคราชการทั้งระบบและเน้นให้ทุกหน่วยงาน ราชการของภาครัฐ พัฒนามาตรฐานทางผลลัพธ์ โดยมีเป้าหมายเป็นผลลัพธ์เชิงสัมฤทธิ์ที่บั้นปลาย โดยเฉพาะในเรื่องของความเสมอภาค ความเป็นธรรม ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สิทธิเสรีภาพ ความทั่วถึงในการให้บริการ ความพึงพอใจของประชาชน ประสิทธิภาพของหน่วยราชการ ความประหยัด ความถูกต้อง การรักษาผลประโยชน์ของสาธารณะ ความผาสุกคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม เสริมสร้างการบริการที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานของรัฐ และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีจิตสำนึกในการให้บริการแก่ประชาชน ส่งเสริมหน่วยงาน

ภาครัฐและเอกชนให้มีความสามารถแข่งขันในระดับระหว่างประเทศ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความร่วมมือของประชาคมโลก (วารเดช จันทสอน, ไพโรจน์ ภัทรนรากุล, 2544

3. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

3.1 ความเป็นมาของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2544: 38 (อ้างในวิศนีย์ เกษัชชา, 2547:21-22) กล่าวว่า หลักการของ Hospital Accreditation เป็นสิ่งที่พึงศึกษาและพิจารณา เพราะมีบางส่วนที่ขัดแย้งกับความรู้สึคนึกคิดแบบเดิม แต่เป็นหนทางออกของการพัฒนา ซึ่งมีหลักการดังนี้

1. เป็นกระบวนการเรียนรู้ไม่ใช่การตรวจสอบ หากไม่เกิดความเข้าใจในจุดนี้ โรงพยาบาลจะไม่รับแก่นที่เป็นประโยชน์อย่างแท้จริง
2. การเรียนรู้เกิดจากการลงมือทำด้วยตนเอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น ๆ เมื่อไม่ลงมือทำก็ไม่มีอะไรที่จะเรียนรู้ ไม่มีอะไรจะแลกเปลี่ยน สิ่งที่สำคัญคือ ต้องทำก่อนพูด ไม่ใช่พูดก่อนทำ
3. พัฒนาค้นเพื่อให้คนมาพัฒนาระบบงาน ให้ถือว่าคนเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดสำหรับองค์กร ที่สามารถพัฒนาได้
4. ใช้กรอบแนวทาง (มาตรฐานโรงพยาบาล) ซึ่งเน้นเป้าหมาย และเปิดโอกาสให้มีความหลากหลาย ยืดหยุ่น ในการปฏิบัติ เพื่อให้สอดคล้องกับศักยภาพและภาระงานของแต่ละโรงพยาบาล
5. กรอบแนวทางหรือมาตรฐานนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน มีความต้องการและคาดหวัง จึงไม่มีการแยกเป็นมาตรฐานเฉพาะของโรงพยาบาลแต่ละประเภทหรือแต่ละระดับ
6. การรับรองมีลักษณะเป็นพลวัต การรับรองในครั้งแรกอาจจะยอมรับที่ระดับหนึ่ง แต่ในครั้งต่อ ๆ ไป จะต้องแสดงให้เห็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
7. การรับรองไม่ได้หมายความว่า ผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2551:189-205 (อ้างอิงในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี) กล่าวไว้ว่า

คุณภาพและความปลอดภัย เป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศ แม้จะมีความพยายามในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้ง ความเสี่ยงและความสูญเปล่าต่าง ๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องมีกลไกเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ได้ผลและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์ ดังนี้

3.1.1 การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส) โครงการติดตามโรงพยาบาล โครงการปรับโฉมโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเริ่มต้นโดยแพทยสภา ซึ่งต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้นำมาขยายผลเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเข้าไปศึกษาและจัดทำคู่มือการนำมาตรฐานดังกล่าวไปใช้ประเมิน การมีค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ การจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยองค์กรและสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในประเทศไทย เริ่มจากการนำแนวคิด Total Quality Management/Continuous Quality Improvement (TQM/CQI) มาทดลองปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งเมื่อปี พ.ศ. 2535 การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพและเริ่มนำมาปฏิบัติเพื่อทดลอง ประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2540 ในลักษณะโครงการวิจัยและพัฒนา ซึ่งส่งผลให้เกิดภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับจากโครงการวิจัยและพัฒนาเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2542

3.1.2 พัฒนาการของ Hospital Accreditation ในประเทศต่าง ๆ

Hospital Accreditation เริ่มต้นด้วยมาตรฐานง่าย ๆ 5 ข้อในอเมริกาเมื่อ 70 ปีที่แล้ว เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลที่จะเป็นสถานที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์ และ ค่อย ๆ พัฒนาต่อมาเป็นความร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจัดตั้งขึ้นเป็น Joint Commission for Healthcare Organization Accreditation (JCAHO) มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขจาก การรับรองเพื่อการฝึกอบรม มาสู่การเป็นเงื่อนไขสำหรับโรงพยาบาลที่จะให้บริการผู้ป่วยในระบบ Medicaid และ Medicare

Hospital/Healthcare Organization Accreditation ได้ขยายตัวไปสู่ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และอีกหลาย ๆ ประเทศตามมา จนในปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 70 ประเทศทั่วโลกที่มีระบบนี้เกิดขึ้น โดยที่มีความหลากหลายของลักษณะ โครงสร้างองค์กรและแหล่งทรัพยากร องค์กรในช่วงเริ่มต้นของระบบนี้ในโลกจะเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ขณะที่องค์กรที่เกิดขึ้นในช่วงหลัง ๆ โดยเฉพาะในประเทศยุโรปตะวันออก จะมีลักษณะเป็นองค์กรของรัฐ

แนวคิดของระบบนี้ค่อย ๆ เปลี่ยนไปตามแนวความคิดการพัฒนาคุณภาพโลก จากที่เริ่มต้นในลักษณะของการตรวจสอบตามมาตรฐาน มาสู่การใช้เป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ใช้การเชื่อมสำรวจเป็นเสมือน External peer review ซึ่งการเริ่มต้นนำระบบนี้เข้ามาทดลองใช้ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2540 นั้น เป็นช่วงที่กำลังมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดนี้อย่างขนานใหญ่ในประเทศอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย ประเทศไทยจึงได้รับแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนามากกว่าการตรวจสอบเข้ามาตั้งแต่ต้น “HA is an educational process, not an inspection”

องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ Hospital Accreditation คือ

- 1) การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนา
- 2) การที่โรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเอง อย่างสอดคล้องกับบริบทของตน และมีหลักคิดหรือ core values ที่เหมาะสมกำกับ
- 3) การประเมินจากภายนอกในลักษณะของกัลยาณมิตร เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง เพื่อช่วยค้นหาจุดบอดที่ทีมงานมองไม่เห็น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางขึ้น
- 4) การยกย่องชื่นชมด้วยการมอบประกาศนียบัตรรับรอง หรือการมอบกิตติกรรมประกาศในความสำเร็จ

3.1.3 แนวคิดการพัฒนาที่เป็นบทเรียนของประเทศไทย

ในช่วงเริ่มต้นเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน จุดประกายความคิดแล้วนำไปทดลองปฏิบัติ นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรมในช่วงแรกจะเน้นกระบวนการกลุ่ม การใช้เทคนิคการเป็นโค้ชหรือการเป็น Facilitator

ในช่วงต่อมาเป็นการเน้นการตีความหมายของมาตรฐานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มาตรฐาน HA ฉบับแรก คือ ฉบับปีกาญจนาภิเษก ได้กระตุ้นให้เกิดรูปธรรมของการจัดระบบงานที่เป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทยในขณะนั้น เช่นการทำงานในลักษณะของสหสาขา

วิชาชีพ ระบบบริหารความเสี่ยง การมีองค์กรแพทย์มากำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การวางแผนจำหน่าย รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความตื่นตัวในการนำข้อมูลวิชาการมาจัดทำและใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดความคาดหวังและความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพมากขึ้นกระบวนการ HA ได้ตอบสนองด้วยการจัดระบบบันได 3 ขั้นสู่ HA เพื่อง่ายต่อการปฏิบัติตามสภาพความพร้อมของโรงพยาบาล โดยที่บันไดขั้นแรกเป็นการเรียนรู้แนวคิดคุณภาพด้วยการปฏิบัติอย่างง่าย ๆ และตรงประเด็นอาศัยสิ่งที่เป็นปัญหา ความเสี่ยง ผลที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ นำมาเรียนรู้และปรับปรุงเพื่อป้องกัน ซึ่งโรงพยาบาลที่ปฏิบัติด้วยความเข้าใจเท่ากับเป็นการสร้างพื้นฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาคุณภาพในขั้นต่อ ๆ ไป

บันไดขั้นที่ 1 **สู่ HA** คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกับ ขยันทบทวน”

บันไดขั้นที่ 2 **สู่ HA** คือการพัฒนาในส่วนต่าง ๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่าง ๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบแก่ การหมุนวงล้อการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning –Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัดวัดผลได้ ให้คุณค่า อายียดคิด”

บันไดขั้นที่ 3 **สู่ HA** คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัยและวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

3.2 กระบวนการ Hospital Accreditation (HA) (อ้างอิงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี, 2551:191-19)

3.2.1 เป้าหมายของ HA

เป้าหมายของ HA คือ การส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในอนาคตอาจจะขยายขอบเขตกว้างขวางกว่าบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น HA จึงมีโอกาที่ปรับจาก Hospital Accreditation ไปสู่ Healthcare Accreditation

3.2.2 แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA

หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA ก็คือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรอง

การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้เป็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเพียงใด

คุณค่าของการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก อยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ต่อเนื่อง หรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำความดีและสิ่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือความหวังว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา

3.2.3 การทำความเข้าใจกับ HA อย่างรอบด้าน

การทำความเข้าใจกระบวนการคุณภาพของ HA ให้รอบด้านอาจจะมองได้ใน 4 มิติ คือ 1) มิติของลำดับขั้นการพัฒนา 2) มิติของพื้นที่การพัฒนา 3) มิติของกระบวนการพัฒนา 4) มิติของการประเมิน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. มิติของลำดับขั้นการพัฒนา: บันไดสามขั้นสู่ HA

ที่มาของบันไดสามขั้นสู่ HA เกิดจากความพยายามที่จะทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการพัฒนาคุณภาพและบรรลุผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ ในระดับที่สอดคล้องกับทรัพยากรและภาระงานที่เป็นอยู่ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่น้อยที่สุดแต่ส่งผลกระทบมากที่สุด คือการนำปัญหาและอุบัติการณ์สำคัญมาทบทวนเพื่อหาทางป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำขึ้นอีก และก้าวไปสู่การออกแบบระบบงานที่เหมาะสม

บันไดสามขั้นสู่ HA ทำให้โรงพยาบาลเห็นจุดเน้นของการพัฒนาในแต่ละช่วงได้ชัดเจนขึ้น โดยได้เลือกสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยที่สังคมห่วงกังวล มาดำเนินการตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้น

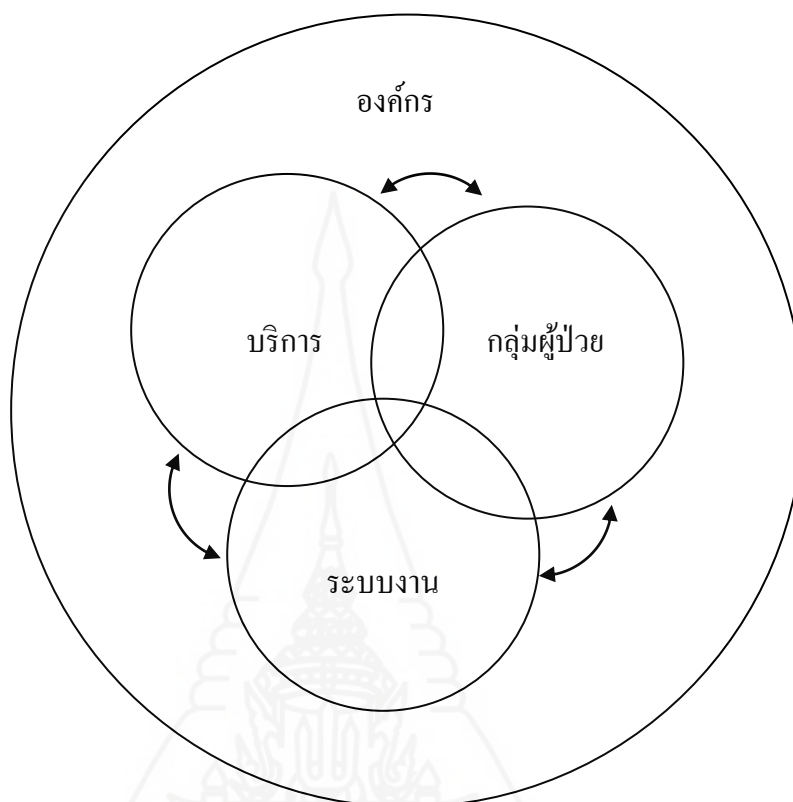
แม้ว่าบันไดสามขั้นจะชี้แนะลำดับขั้นของการพัฒนา แต่ในทางปฏิบัติจริงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะไม่จำกัดตนเองอยู่ที่บันไดขั้นใดขั้นหนึ่ง การประเมินการบรรลุเกณฑ์ของบันไดแต่ละขั้นจึงเป็นเพียงสิ่งสมมติ เพื่อให้การประเมินไม่ซับซ้อนเกินไป ดังแสดงใน ตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบลักษณะของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละขั้น

กระบวนการ Hospital Accreditation (HA)			
ตารางเปรียบเทียบลักษณะของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละขั้น			
	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ตั้งรับแล้วใช้วิกฤติเป็นโอกาส	วางระบบในเชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และการวัดผลลัพธ์ของงาน
กระบวนการคุณภาพ	การทบทวนคุณภาพ/ปัญหา/เหตุการณ์สำคัญ	Plan-Do-Check-Act(QA) Check-Act-Plan-Do(CQI)	การเรียนรู้ในทุกระดับ
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น
มาตรฐาน HA	ยังไม่เน้นมาตรฐาน	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์ความพยายามในการพัฒนาและผลที่ได้รับ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิดขึ้น	ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน
หลักคิดสำคัญ	ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน	เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด	Core values ทั้ง 5 กลุ่ม (ทิศทางการนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้)

ที่มา: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี” หน้า 192

1. มิติของพื้นที่การพัฒนา : กลุ่มของระบบย่อยภายในองค์กร พื้นที่การพัฒนา 4 วง



ภาพที่ 2.3 กลุ่มของระบบย่อยภายในองค์กร

ที่มา: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี” หน้า 193

โรงพยาบาล ประกอบด้วย ระบบย่อยต่าง ๆ จำนวนมาก ดังแสดงในภาพที่ 2.3 การพัฒนาต่าง ๆ จะเริ่มต้นที่ระบบย่อยเหล่านี้ ระบบย่อยแต่ละระบบจะมีเป้าหมาย ผู้รับผลงาน กระบวนการทำงาน และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

การทำความเข้าใจในการที่อยู่ของระบบย่อยต่าง ๆ ความสัมพันธ์กับระบบย่อยอื่น ๆ และ โอกาสที่จะมีการทับซ้อนในการพัฒนาระหว่างระบบย่อยต่าง ๆ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพง่าย มีประสิทธิภาพ สมบูรณ์และไม่สับสน

เมื่อวิเคราะห์ระบบย่อยต่าง ๆ ในโรงพยาบาล สามารถจัดกลุ่มหรือพื้นที่ได้เป็น 1) ระบบย่อยที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการต่าง ๆ หรือระบบย่อยของแต่ละหน่วยบริการ 2) ระบบย่อยของการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ที่เรียกว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หรือกลุ่มโรคและหัตถการต่าง ๆ นั้นเอง 3) ระบบงานต่าง ๆ ที่สนับสนุนหรือเป็นแกนหลักสำคัญและเกี่ยวข้องกับหน่วยงานและกิจกรรมบริการจำนวนมาก รวมทั้งการขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาในระดับองค์กร เมื่อรวมทั้งสามกลุ่มเข้าด้วยกัน ก็จะเป็นระบบของทั้งองค์กร

การปรับปรุงระบบงานอันเป็นผลจากการทบทวนในบันไดขั้นที่ 1 อาจจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม และหากใช้แนวคิดพื้นที่ของการพัฒนาไปใช้ ก็จะทำให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางยิ่งขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง เหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์สามารถกระตุ้นให้คิดถึงประเด็นการพัฒนาในทุกกลุ่มของระบบย่อย

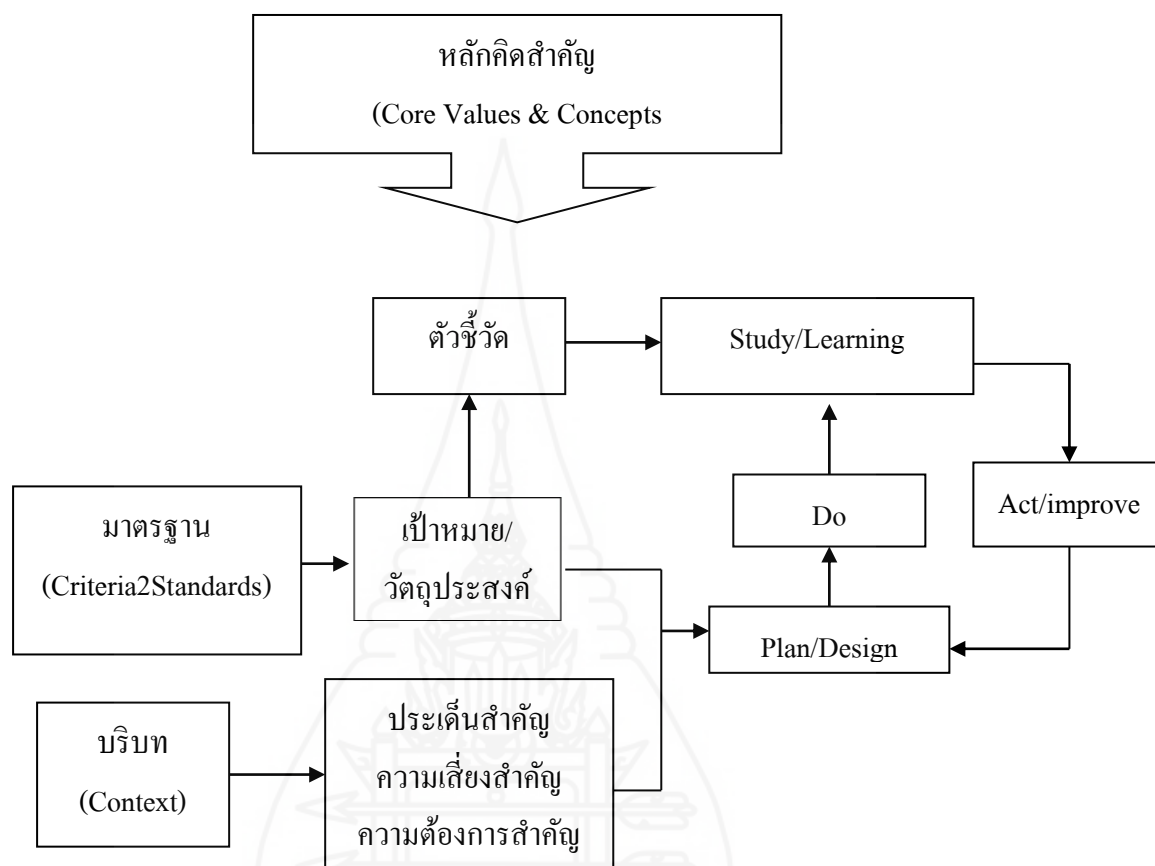
การพัฒนาในบันไดขั้นที่ 2 จะเริ่มต้นจากการวิเคราะห์งานในแต่ละระบบย่อยทำความเข้าใจเป้าหมายกระบวนการทำงาน และผลการดำเนินงานที่คาดหวัง และออกแบบหรือปรับปรุงระบบงานสามารถส่งผลที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวังได้ การพัฒนาในขั้นนี้จำเป็นต้องทำให้ครอบคลุมทุกระบบย่อย ในทุกกลุ่ม

การพัฒนาในบันไดขั้นที่ 3 จะต้องให้ความสำคัญยิ่งขึ้นกับการบูรณาการระบบย่อยต่าง ๆ ให้เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

การทำความเข้าใจความทับซ้อนระหว่างระบบย่อย จะช่วยให้เกิดความร่วมมือ มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนลดการทำงานที่ไม่จำเป็น

การทำความเข้าใจว่าแต่ละระบบย่อยมีความสัมพันธ์เกื้อหนุนกันอย่างไร จะทำให้เกิดบูรณาการระหว่างระบบย่อย

3. มิติของกระบวนการพัฒนา : 3C-PDSA



ภาพที่ 2.4 แสดงแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA

ที่มา: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี” หน้า 194

การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ เป็นการเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ

3C (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดหรือการวางแผนที่ดี เรียกว่า “คิดดี คิดถูก คิดเป็น” ทำให้รู้ว่าอะไรคือลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ตนจะต้องทำ

PDSA คือ วงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้ หรือทบทวนติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น อาจเรียกว่าเป็นวงล้อเพื่อการ “ทำดี ทำถูก ทำเป็น”

Plan-Do-Study-Act (PDSA) ก็คือ Design-Action-Learning-Improvement (DALI) โดยความหมาย 3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ

สิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ดี มาจากการวิเคราะห์ context หรือสถานการณ์เฉพาะของตน คู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ criteria หรือมาตรฐาน เมื่อได้เป้าหมายชัดเจน ก็สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับหรือการประเมินผลได้

เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่เป็นความเสี่ยงหรือความต้องการ ก็สามารถออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้

ในการคิดและการทำที่คืบคลานนั้น ควรจะมีหลักการหรือค่านิยมหลัก (Core Values & Concepts) เป็นตัวกำกับเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง ยิ่งเห็นโอกาสพัฒนามากขึ้น

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

1. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งเดิมมักจะถือกันว่าเป็นสิ่งที่นอกตำรา ใช้การไม่ได้ แต่ที่จริงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงาน ส่วนหนึ่งจะได้คำตอบว่าทำอะไรให้ความรู้ในตำราไปสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอะไรให้ปลอดภัยที่สุด

2. การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning) เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวาง การมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ

3. สุนทรียสนทนา (dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

4. การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5. การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story

6. การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เรากู้เคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่าง ๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วย หรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

7. การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit) เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเองโดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเสมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า

8. การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

9. การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะช่วยให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมายควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่น ๆ มาประกอบด้วยการทำ

10. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities) เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น พึงระวังว่าจะไม่ใช่การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้และความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ (cognitive walkthrough) จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

11. การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

12. การทบทวนเวชระเบียน (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

4. มิติของการประเมินผล

การประเมินผลในมุมมองทั่วไปก็คือ S (Study) ใน 3C-PDSA ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการที่หลากหลายมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา

การประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของ HA คือ การประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา และเพื่อให้เห็นว่าโอกาสข้างหน้าคือการพัฒนาในเรื่องใด กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการประเมินเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปข้างหน้า

การให้ recognition ต่าง ๆ เช่น กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 ผู้ HA หรือประกาศนียบัตร รับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการให้รางวัลและแรงจูงใจในการพัฒนา เป็นเพียงผลพลอยได้เพื่อต่อยอดให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ทีมงาน แต่เนื้อหาสำคัญอยู่ที่คุณภาพที่ฝังอยู่ในระบบของโรงพยาบาลเอง

การประเมินภายใน เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ทำได้บ่อย ซึ่งหากทำด้วยความเข้าใจว่าเป็นการประเมินเพื่อให้กำลังใจและให้เห็นโอกาสพัฒนา จะได้ประโยชน์และจะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นรูปแบบของการเยี่ยมสำรวจเพียงอย่างเดียว

การประเมินจากภายนอก เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรวมตัว การตั้งเป้าหมายระยะเวลาที่จะทำให้สำเร็จและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องยาก ๆ ได้ในเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไป ข้อสำคัญคือการมีความสัมพันธ์แบบผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ และทีมงานของโรงพยาบาลไม่มีเจตคติที่ไม่สุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง คือ เจตคติของการยอมรับงานและเจตคติของการปกป้องตนเอง

การประเมินจากภายนอกจะเป็นการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นที่ระบบงาน

ขณะนี้ในช่วงเริ่มต้นของการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มาใช้ โรงพยาบาลที่ได้เริ่มต้นพัฒนามาแล้วตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิก/ฉบับบูรณาการ ยังคงสามารถขอการรับรองตามมาตรฐานเดิมได้

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มีที่มาจากมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพที่มีคุณค่า 3 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ.2540 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งกรมอนามัยจัดทำ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติสู่องค์กรที่เป็นเลิศ

การบูรณาการมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 ส่วน เข้าด้วยกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหามาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกันอยู่แล้วช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในลักษณะของการบูรณาการระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศให้ก้าวไปสู่เป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น

การใช้มาตรฐานฉบับนี้ให้เกิดประโยชน์ จะต้องนำไปใช้ด้วยความเข้าใจในบริบทของตนเอง สามารถระบุดูเอาแห่งปัญหาหรือประเด็นสำคัญแต่ละเรื่องในหน่วยงานหรือองค์กรของตนได้ ควบคู่ไปกับการใช้หลักคิดการพัฒนาสำคัญที่เป็นพื้นฐาน 5 ประการ คือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ และการหมุนวงล้อของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (PDSA) หรือที่เรียกรวมแนวความคิดรวมนี้อย่างง่าย ๆ ว่า 3C-PDSA

การนำมาตรฐานไปใช้ จำเป็นต้องเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน เข้าใจแนวคิดเชิงระบบที่มองทุกอย่างเชื่อมต่อกันอย่างเป็นองค์รวม แล้วพยายามนำไปประเมินสิ่งที่ปฏิบัติจริง เช่น ประเมินกับผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาลจริง ๆ ประเมินกับบุคคลที่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้รับผลงานของระบบงานต่าง ๆ โดยเป้าหมายของการประเมินคือ การค้นหาโอกาสพัฒนามากกว่าที่จะประเมินเพื่อความพึงพอใจกับระดับคุณภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ทีมงานสามารถใช้ scoring guideline ที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการพัฒนา เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เห็น โอกาสพัฒนาได้

3.2.4 ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

ค่านิยมและแนวคิดหลัก หรือหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผสมผสานหลักคิดของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการประยุกต์แนวคิด TQM การสะสมหลักคิดที่เกิดจากการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน และมาผสมผสานกับข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาองค์กรที่ประสบความสำเร็จที่ MBNQA นำมาใช้

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่จะช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มีมากขึ้นได้

หลักคิดหรือปรัชญาของ TQM ที่นำมาใช้ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้แก่ ลูกค้าสำคัญที่สุด (customer focus) จุดความฝันร่วมกัน (common vision), ทีมงานสัมพันธ์ (team work) มุ่งมั่นกระบวนการ (process focus), สานด้วยอริยสัจสี่ (problem solving), ดีที่ผู้นำ (visionary leadership) ทำอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement)

เมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับแรกมาใช้ หลักคิดที่ใช้กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดผลอย่างแท้จริงได้แก่ individual commitment, team work, customer focus

การพัฒนาคุณภาพตามบันได 3 ขั้นสู่ HA ได้ข้อสรุปของหลักคิดในบันไดขั้นที่ 1 ว่า ทำงานประจำให้ดี, มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน และหลักคิดในบันไดขั้นที่ 2 ว่าเป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด

เมื่อผสมผสานหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

1. ทิศทางนำ: visionary leadership, systems perspective, agility
2. ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility
3. คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard
4. การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact , continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
5. พาเรียนรู้: learning, empowerment

1. ทิศทางนำ

1.1 Visionary Leadership คือ ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์ นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า

1.2 Systems Perspective คือ การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุม ทุกองค์ประกอบการเชื่อมต่อระหว่างกระบวนการต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล การพิจารณาวงรอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบสะท้อนกลับ

1.3 Agility คือ ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

2. ผู้รับผล

2.1 Patient And customer Focus คือ สนองความต้องการ ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี ผู้รับผลงานมีทั้งเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นผู้รับผลงาน และผู้ป่วย ครอบครัว ฯลฯ ที่เป็นผู้รับผลงานภายนอก

2.2 Focus on Health คือ แนวคิดเรื่องสุขภาพคือคุณภาพ การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

2.3 Community Responsibility คือ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรมช่วยเหลือและดูแลสุขภาพชุมชน

3. คนทำงาน

3.1 Value on Staff คือ ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

3.2 Individual Commitment คือ การที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน

3.3 Team Work คือ การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงานการเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่าง ๆ

3.4 Ethical and Professional Practice คือ การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน

4. การพัฒนา

4.1 Creativity and Innovation คือ การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่

4.2 Management by Fact คือ การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับ การวิเคราะห์อย่างเหมาะสม

4.3 Continuous Process Improvement คือ การหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้

4.4 Focus on Results คือ การกำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานและการพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสียจะได้รับ

4.5 Evidence-based Approach คือ การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล วิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย

5. พาเรียนรู้

5.1 Learning คือ การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ

5.2 Empowerment คือ ให้อำนาจทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้อำนาจเจ้าหน้าที่แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง

4. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลเสนา

4.1 ประวัติโรงพยาบาลเสนาโดยย่อ

วิวัฒน์ ปองเสงี่ยม 2547: 20-21 อธิบายว่า โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้ก่อกำเนิดขึ้นมาจากความร่วมมือ ร่วมใจของประชาชน พ่อค้าและนักการเมืองในขณะนั้น ได้นำเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข เมื่อประมาณ ปี 2518-2519 โดยคุณศักดิ์ ด้านชัยวิตร เป็นผู้บริจาคที่ดินสร้างโรงพยาบาลเสนาในเนื้อที่ 26 ไร่ 3 งาน เมื่อแล้วเสร็จได้เปิดดำเนินการเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด ขนาด 65 เตียง (เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2522) สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค(ขณะนั้น โรงพยาบาล >60 เตียง เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด จะสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค และ โรงพยาบาลขนาด <60 เตียงจะเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอ สังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาค

โรงพยาบาลเสนา ตั้งอยู่เลขที่ 51 หมู่ 1 ตำบลเจ้าเจ็ด อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 180 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

4.2 ขอบเขตการให้บริการ

โรงพยาบาลเสนา รับผิดชอบประชาชนในพื้นที่ 15 ตำบล 1 เทศบาลเมืองเสนา 4 เทศบาลตำบล 132 หมู่บ้าน 12,277 หลังคาเรือน 14,578 ครอบครัว (สถานีอนามัย 15 แห่ง 5 เทศบาล) เปิดให้บริการสุขภาพ ดังนี้

- ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและภาวะฉุกเฉิน ในสาขาอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม โสต ศอ นาสิก จักษุ และทันตกรรม (ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล)

- ให้บริการสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริม การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรคแก่ประชาชนทั่วไป ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- ให้บริการการแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนจีน การฝังเข็ม
- เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายรับผิดชอบผู้ป่วยส่งต่อจาก 4 โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดตากของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ โรงพยาบาลผักไห่ โรงพยาบาลบางไทร โรงพยาบาลบางซ้าย โรงพยาบาลลาดบัวหลวง
- เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานแก่นุคลากรสาธารณสุข และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาเภสัชศาสตร์ นักศึกษากายภาพบำบัด นักศึกษาพยาบาลวิชาชีพคลินิก

4.3 อัตรากำลังโรงพยาบาลเสนา มีข้าราชการ จำนวน 268 คน และมีลูกจ้างประจำ จำนวน 62 คน ดังนี้

ตารางที่ 2.2 อัตรากำลังข้าราชการและลูกจ้างประจำในโรงพยาบาลเสนา (1 ตุลาคม 2553)

ลำดับ	บุคลากรแยกตามสายงาน	อัตราตาม จ. 18
1	แพทย์	31
2	นักจัดการงานทั่วไป	2
3	ทันตแพทย์	5
4	เภสัชกร	10
5	พยาบาลวิชาชีพ	176
6	พยาบาลเทคนิค	1
7	นักวิชาการสาธารณสุข	4
8	นักกายภาพบำบัด	1
9	เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	1
10	ผู้ช่วยทันตแพทย์	-
11	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3
12	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	7
13	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	1
14	นักเทคนิคการแพทย์	2
15	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	6
16	นักสังคมสงเคราะห์	1

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ลำดับ	บุคลากรแยกตามสายงาน	อัตราตาม จ. 18
17	โภชนากร	1
18	นักรังสีการแพทย์	1
19	เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	5
20	นักทรัพยากรบุคคล	1
21	เจ้าหน้าที่เวชสถิติ	2
22	นักวิชาการเงินและบัญชี	2
23	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	2
24	เจ้าพนักงานพัสดุ	1
25	เจ้าพนักงานธุรการ	1
26	นายช่างเทคนิค	1
	รวมข้าราชการ	268
27	ลูกจ้างประจำ	62
	รวมทั้งสิ้น	330

4.4 โครงสร้างของโรงพยาบาลเสนา

โรงพยาบาลเสนา ประกอบด้วย 22 กลุ่มงาน 6 ฝ่าย 13 งาน ได้แก่

- กลุ่มอำนวยการ
 - ฝ่ายบริหารทั่วไป
 - ฝ่ายการเจ้าหน้าที่
 - ฝ่ายการเงินและพัสดุ
 - ฝ่ายโภชนาการ
- กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
 - ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ
 - ฝ่ายสวัสดิการสังคม
- กลุ่มงานผู้ป่วยนอก
 - งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
 - งานรักษาพยาบาลชุมชน

- งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม
- กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช
- กลุ่มงานอายุรกรรม
- กลุ่มงานศัลยกรรม
- กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
- กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
- กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
- กลุ่มงานจักษุวิทยา
- กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา
- กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
- กลุ่มงานรังสีวิทยา
- กลุ่มงานจิตเวช
- กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค
- กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก
- กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
- กลุ่มงานทันตกรรม
- กลุ่มงานเภสัชกรรม
- กลุ่มการพยาบาล

- งานหน่วยจ่ายกลาง

- งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- งานห้องผ่าตัด

- งานห้องคลอด

- งานวิสัญญีพยาบาล

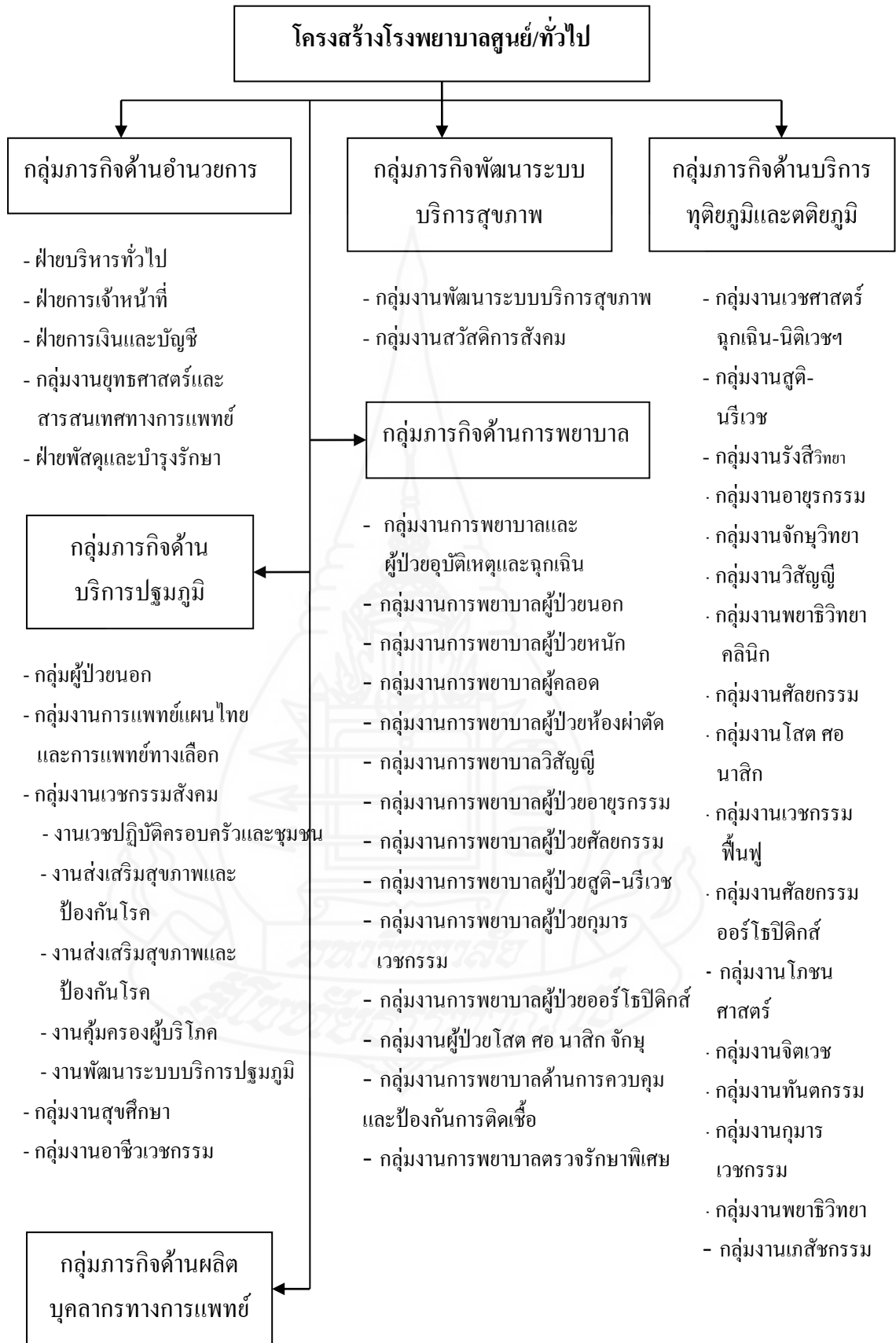
- งานตรวจและรักษาพยาบาลพิเศษ

- งานผู้ป่วยนอก

- งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

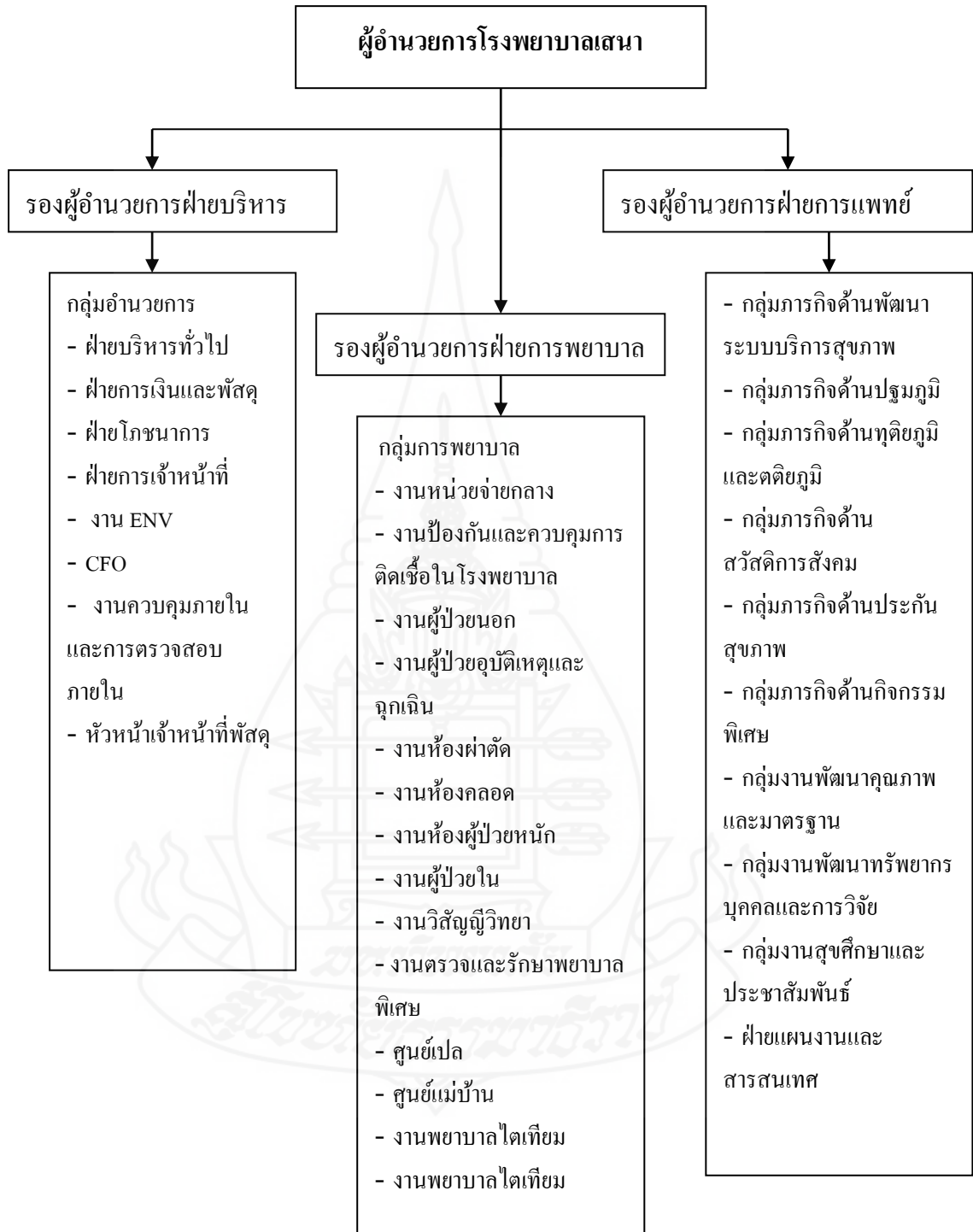
- งานห้องผู้ป่วยหนัก

- งานผู้ป่วยใน

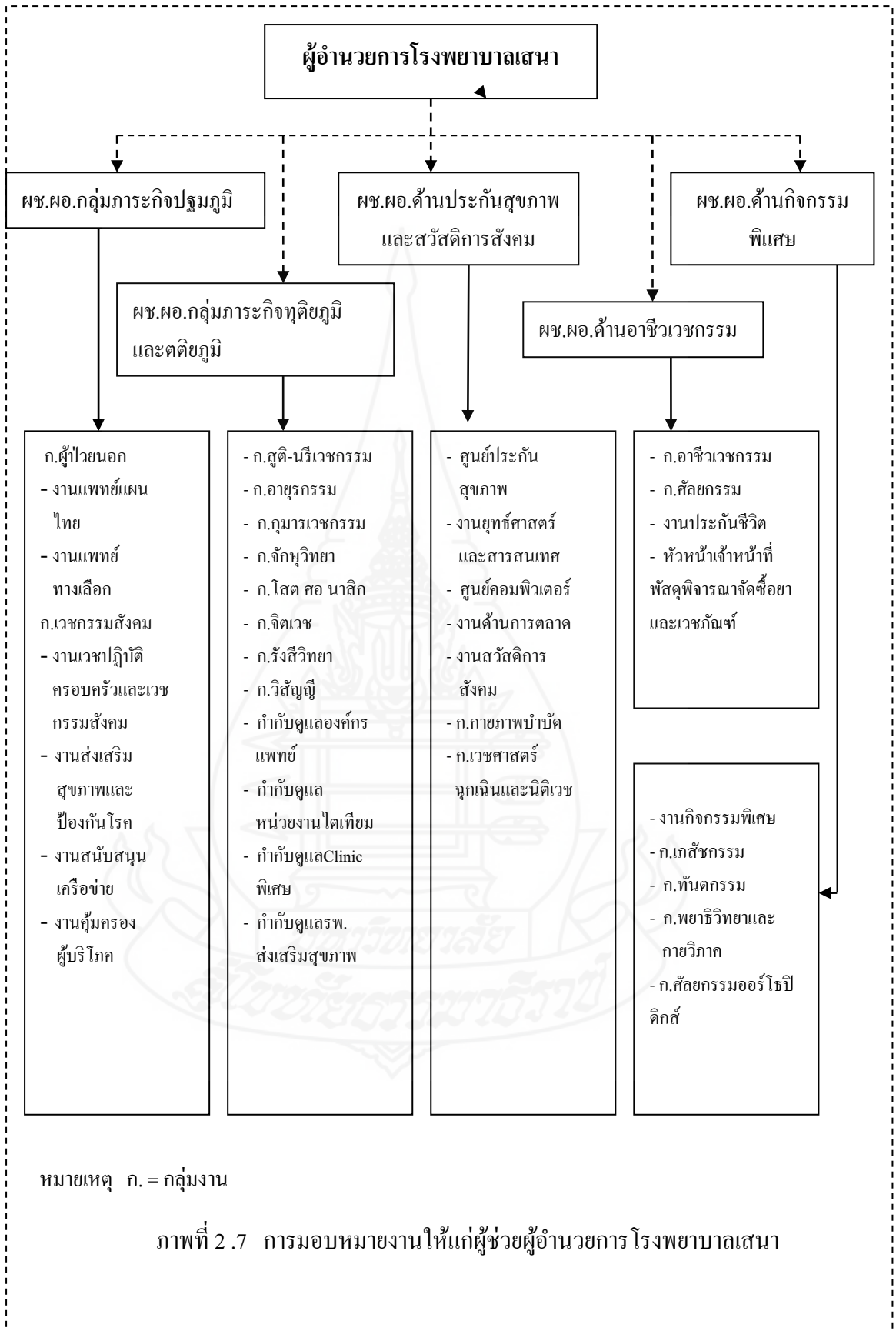


ภาพที่ 2.5 โครงสร้างโรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่มา: หนังสือ ก.พ.ที่ นร.1008.3.3/160 ลงวันที่ 1 เมษายน 2552 (อ้างในปฏิทินสาธารณสุข ปี2554 หน้า 55)



ภาพที่ 2.6 โครงสร้างตามสายการบังคับบัญชา โรงพยาบาลเสนา



แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเสนา ซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการนโยบายและแผนผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เป็นแผน 3 ปี(พ.ศ. 2553-2555) ดังนี้

พันธกิจโรงพยาบาลเสนา

1. ให้บริการและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แบบผสมผสานเป็นองค์รวม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ โดยร่วมมือกับเครือข่ายและชุมชน
2. พัฒนาสู่การเป็นองค์กรเรียนรู้ โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ และเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข
3. บริหารตามหลักธรรมาภิบาล

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลเสนา

“เราจะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ที่มีชีวิตชีวา ให้บริการเป็นทีม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ภายใต้วงวัลล้อมที่ดีภายในปี 2553”

เป้าประสงค์ โรงพยาบาลเสนา

1. ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีหลักประกันคุณภาพ มีพฤติกรรมที่ดี และมีความพึงพอใจ
2. บุคลากรมีศักยภาพ เก่ง ดี มีความสุข และเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ
3. โรงพยาบาลมีการบริหารแบบธรรมาภิบาล เป็นองค์กรเรียนรู้ และเป็นสถานที่น่าอยู่-น่าทำงาน

ยุทธศาสตร์

1. พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ
2. พัฒนากุศลกรให้มีศักยภาพ เก่ง ดี มีความสุขและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ
3. ส่งเสริมระบบการบริหารแบบธรรมาภิบาล
4. ส่งเสริมความร่วมมือด้านสุขภาพกับภาคีเครือข่าย

ค่านิยมร่วมโรงพยาบาลเสนา

การทำงานเป็นทีม และผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นรรัตน์ เลขกุล (2543) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมิน โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล กรณีศึกษา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลมากกว่าบุคลากรที่มีระดับ การศึกษาต่ำกว่า นอกจากนี้ ยังพบว่า ทักษะคิดในแง่ลบต่อกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลอาจนำไปสู่ปัญหาในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

นิพนธ์ แส่นโคตร (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความคิดเห็นของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานีเกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลตามกระบวนการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พ.ศ. 2544 ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ชุมชนทั้ง 7 แห่งมีความคิดเห็นเฉลี่ยโดยรวมต่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคลตามกระบวนการ HA ในระดับมากที่สุด 5 ด้าน บุคลากรกลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เดชอุดมและโรงพยาบาลม่วงสามสิบมีความคิดเห็นแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 บุคลากรจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามกระบวนการ HA และ โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นที่กำลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการ HA มีความคิดเห็น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจต่อกระบวนการและ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารระดับสูงต้องให้ความสำคัญในเรื่องการจัดสรรงบประมาณและ กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินการพัฒนาบุคลากรอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การพัฒนาทรัพยากรบุคคลประสบผลสำเร็จ

เสาวลักษณ์ ภูวนกุล (2545) ได้ศึกษาเรื่อง การเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่ม งานการพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตร จำนวน 197 คน ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของเรลลี่ (Reilly,1979) พบว่าลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลในภาพรวมมีลักษณะการเข้าร่วมเป็นแบบที่ 5 คือ บุคลากรมีส่วนร่วม ตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้บริหารเป็นจำนวนมากที่สุด การเข้าร่วมกิจกรรมของ พยาบาลระดับบริหารและระดับปฏิบัติการในภาพรวมมีการเข้าร่วมในแบบที่ 5 เหมือนกัน ปัญหา และอุปสรรคของการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ได้แก่ อัตรากำลัง ไม่เพียงพอ การขาดการจัดระบบสำรองเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้พร้อมใช้งาน ได้ ตลอดเวลา และขาดการประชาสัมพันธ์การสื่อสารในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง

สลิลลา ชันทะฮ้อ (2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและสัมภาษณ์ตัวแทนจากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องจำนวน 8 คน ตามทฤษฎีบริหารโครงสร้างการทำงาน 7s ของ McKinsey ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ พนักงานมีความไม่เข้าใจและต่อต้านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สุเมธ ชำนิ (2546:บทคัดย่อ) การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุโขทัยได้แก่ การที่บุคลากรขาดความรู้ในกระบวนการดำเนินงานตามระบบมาตรฐานP.S.O การมีภาระงานมาก และเวลาที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกันทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

ธนานันต์ อุณหันนท์ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการประเมินการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมหาสารคามอยู่ในระดับดี การพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนของโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพ พบว่า บุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การมีภาระงานประจำของบุคลากรที่หนัก การขาดความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพอื่นในโรงพยาบาล ส่วนข้อเสนอแนะได้แก่ ควรจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์ การจัดประชุมควรจัดในช่วงเวลาราชการ และใช้เวลาให้เป็นประโยชน์สูงสุด ควรมีการจัดกิจกรรมสร้างความสามัคคีตลอดจนผู้บริหารควรพบผู้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และควรมีการจัดเสริมความรู้ให้แก่บุคลากรเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้ ผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสนใจและติดตามแก้ไขปัญหให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด มีการสื่อสารในระดับต่างส่วบนเพื่อความเข้าใจอันดี สร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะทำให้การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมหาสารคามดำเนินไปด้วยความราบรื่นและมีประสิทธิภาพสูงสุด

กาญจนา ดอกบานเย็น (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และกระบวนการบริหารของผู้บริหารระดับต้นกับผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหัวเฉียว ผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารระดับต้นส่วนใหญ่พบว่าอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 42) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 75) มีประสบการณ์ในการบริหารงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 38) และรับผิดชอบทั้งหน่วยงานที่ให้บริการการรักษาพยาบาลและหน่วยงานสนับสนุนจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50) หน่วยงานที่มีผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพในระดับดี พบว่าผู้บริหารระดับต้นมีการใช้กระบวนการบริหารทุกด้านไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) กระบวนการบริหารด้านการจัดระเบียบขององค์กร การจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การจัดการบุคลากรอย่างเพียงพอกับปริมาณและคุณภาพของงาน การจูงใจและการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการอย่างมีนัยทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สหทัย กิติศรยุทธนากุล (2547) ได้ศึกษาเรื่อง กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพในจังหวัดนครราชสีมา การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เจาะลึก ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบกลยุทธ์การมีส่วนร่วม ได้แก่ บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายขององค์กร ผู้อำนวยการให้การสนับสนุนและเข้าไปมีส่วนร่วมในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงการเยี่ยมชมติดตามให้กำลังใจ มีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ/ทีมคร่อมสายงาน/ทีมนำ การจูงใจการมีส่วนร่วมใช้กลยุทธ์การประกาศยกย่องชมเชยในที่ประชุม บูรณาการงานพัฒนาคุณภาพเข้ากับงานประจำ กลยุทธ์การสื่อสารได้กำหนดเป็นนโยบายให้ทุกคนมีส่วนร่วม เช่น มีการชี้แจงในวันประชุมเจ้าหน้าที่/หัวหน้างานรับนโยบายไปถ่ายทอด การประชุมชี้แจงในหน่วยงานทุกเดือน การสร้างความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนใช้กลยุทธ์การสร้างองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทุกคน

ชนกพร บัวสุขและคณะ(2548) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในปี 2545 พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมไม่เพียงพอ ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณในการปฏิบัติงาน ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจพันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ขาดการทำงานเป็นทีม และท้ายที่สุด ขาดการสื่อสารที่ดีและการประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอ

ทิฆัมพร สุพิมพ์ (2548) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาคุณภาพรพ.ชุมชน จ.สุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ขนาดของโรงพยาบาล สัณฐานภาพในการให้บริการ นโยบายในการพัฒนาคุณภาพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์เหมือนกัน ระยะเวลาในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพใช้เวลาน้อยกว่า 5 ปี เหมือนกัน จำนวนบุคลากรใกล้เคียงกัน ไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล แต่พบว่าโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 3 นั้น มีการจัดโครงสร้างองค์กร โดยมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพแยกออกมาโดยเฉพาะมีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ ในขณะที่โรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 บางแห่ง ไม่มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพแยกออกมาโดยเฉพาะเพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปสู่ขั้นที่ 3 ได้ และโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นที่ 1,2 และ 3 จะสามารถผ่านการประเมินเพื่อให้อยู่ในระดับสูงขึ้นหรือได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพต้องมีการจัดการองค์กรในส่วนของปัจจัยนำเข้าประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายหรือรับนโยบายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ความมุ่งมั่นขององค์กรและทีมผู้บริหาร การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ขององค์กร การจัดโครงสร้างองค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจในการพัฒนาคุณภาพ การจัดสรรงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ การสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพจากผู้บริหาร การกำหนดแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ การพัฒนาบุคลากร การฝึกอบรมต่าง ๆ ผู้บริหารต้องมุ่งมั่นและให้ความสำคัญทุกองค์ประกอบของปัจจัยนำเข้าของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

ชื่นชีวิต โชติพิทยสุนนท์(2548) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลและการบริหารคุณภาพบริการของผู้บริหาร ที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้บริหารทุกด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P>0.05$) ปัจจัยด้านการบริหารคุณภาพบริการของผู้บริหาร โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยเฉพาะด้าน คือการมุ่งมั่นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ และการมุ่งมั่นลูกค้าและตลาด เป็นปัจจัยมีผลต่อการดำเนินงานพิจารณาคุณภาพโรงพยาบาล($P<0.01$) โดยมีอิทธิพลร่วมกัน พยากรณ์การดำเนินงานพิจารณาคุณภาพโรงพยาบาลได้ร้อยละ $56.30(R^2=0.563)$

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และคณะ (2549) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาปฏิบัติให้เกิดผลนั้น ผลการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพด้านสุขภาพในโรงพยาบาล (แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร) และผู้เยี่ยมชมสำรวจ มีความเห็นว่า ประเด็นการพัฒนาคุณภาพที่เป็นปัญหาในการนำระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาปฏิบัติ ได้แก่ กิจกรรมพัฒนา(Quality improvement activity) และ

การบูรณาการและการนำสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ (Inteagation and utilization of information) ประเด็นที่ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพด้าน สุขภาพในโรงพยาบาลเห็นว่าเป็นอุปสรรคหลัก อันดับแรก และรองลงมาได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากร(Adequacy of staff) และการบูรณาการและการนำสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจเห็นว่าเป็นอุปสรรคหลักอันดับแรกได้แก่ การบูรณาการและการนำสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และรองลงมา ได้แก่ กระบวนการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วย(Discharge and referral process)

ภาวณี หงษ์เจริญ (2549) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม พบว่า 1) เจตคติต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างสูงกับการยอมรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2) กระบวนการที่ใช้ในองค์กร และพฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการยอมรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ3) โครงสร้างองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับการยอมรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

พิมลพรรณ คุณสิทธิ์(2549) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน จำนวน 191 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 12 แห่งในจังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ต่อเดือน ตำแหน่งงานและประสบการณ์ในการอบรมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีส่วนร่วม ปัจจัยจูงใจทั้งโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยจูงใจในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพระหว่างโรงพยาบาลที่ผ่านและยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกัน

พรทิพย์ ชมเดช (2550) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ : กรณีศึกษา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า 1) ความสำเร็จในการนำระบบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาใช้ในการควบคุมโรคอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 80% อย่างมีนัยสำคัญ 2) ปัจจัยด้านระบบงานการมีส่วนร่วมของบุคลากร ภาวะผู้นำ โครงสร้างองค์กร ค่านิยมร่วมและวัฒนธรรมองค์กร และทักษะของบุคลากร มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของกรมควบคุมโรค 3) ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของกรมควบคุมโรคคือ

บุคลากรยังขาดทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ยังไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ

อัจฉรา อุไรเลิศ(2551) ได้ศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของบุคลากรค่ายศุภนารีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรค่ายศุภนารีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้นำ/ผู้บริหารของโรงพยาบาล ปัจจัยด้านการพัฒนาบุคลากรด้านการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ TQM ปัจจัยด้านระบบคุณภาพ ยกเว้นในข้อ ผู้บริหารทุกระดับเป็นผู้มีเหตุผลและมีความมั่นคงทางอารมณ์ ผู้บริหารทุกระดับมีรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา และให้เกียรติผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บริหารทุกระดับสามารถให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการพัฒนาคุณภาพแก่บุคลากรเมื่อมีปัญหาในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี ส่วนปัจจัยที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

อรรัตน์ สุขเสริฐ (2551) ได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนภายใต้การบริหารคุณภาพตามระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีความพึงพอใจต่อปัจจัยจุดใจ และปัจจัยค้ำจุนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหารมีความพึงพอใจต่อปัจจัยค้ำจุนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจในระดับมากต่อปัจจัยจุดใจในเรื่องการมีโอกาสใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในงานที่รับผิดชอบ ลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นงานที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นงานที่ท้าทายความสามารถในการพัฒนา และความมีเกียรติและศักดิ์ศรีในงานที่รับผิดชอบ และมีความพึงพอใจระดับน้อยต่อปัจจัยค้ำจุนในเรื่องระบบการบำรุงรักษา จัดหาและซ่อมแซม ระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ จำนวนบุคลากรที่เพียงพอ เหมาะสมกับปริมาณงาน เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการมีความพึงพอใจต่อปัจจัยจุดใจและปัจจัยค้ำจุน ในภาพรวมอยู่ในระดับกลาง โดยมีความพึงพอใจในระดับน้อย ต่อปัจจัยจุดใจในเรื่องความเสมอภาคหรือโอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจต่อปัจจัยค้ำจุนระดับน้อยในเรื่อง ระบบซ่อมบำรุงรักษา จัดหาและซ่อมแซม การให้รางวัลหรือสิ่งตอบแทนความดี ความชอบในผลการปฏิบัติงาน ระบบการสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจในการพัฒนางาน

นุชิตา พัวพิพัฒน์พงษ์ (2552) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลกในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ผลการศึกษาพบว่า 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการปฏิบัติงานเป็นเพศหญิง อายุไม่เกิน 30 ปี มีสถานภาพสมรส การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในด้านใดด้านหนึ่ง เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอยู่ในระดับสูง 2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม 4 ด้านคือ ด้านการตัดสินใจ ด้านการดำเนินการ ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงคือ ด้านการดำเนินการ 3) คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการปฏิบัติงานที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ คือ อายุ ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

อรวรรณ เพชรน้อย(2552) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการจัดการองค์กรตามทฤษฎีระบบทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการเปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ สิ่งป้อนกลับ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน HA โดยโรงพยาบาลที่อยู่ในชั้นที่ 1, 2 และ 3 จะสามารถผ่านการประเมินเพื่อให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น หรือได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพต้องมีการจัดการองค์กร ในส่วนของ 1) ปัจจัยนำเข้า ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องมีความมุ่งมั่นและให้ความสำคัญกับทุกองค์ประกอบของปัจจัยนำเข้าของกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามทฤษฎีระบบ 2) กระบวนการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ผู้บริหารและศูนย์พัฒนาคุณภาพหรือคณะกรรมการต่าง ๆ ในการพัฒนาคุณภาพ ควรมีการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพให้เป็นไปตามปัจจัยด้านกระบวนการ 3) ผลลัพธ์ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น มีการเปลี่ยนกระบวนการให้บริการเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการดำเนินการที่มุ่งเน้นด้านคุณภาพมากกว่าปริมาณ มุ่งเน้นการที่ความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้มารับบริการซึ่งปัจจัยเหล่านี้ โรงพยาบาลที่อยู่ในชั้น 3 จะมีระดับความเห็นด้วยสูงกว่าโรงพยาบาลที่อยู่ในชั้น 2 และ 1 4) สิ่งป้อนกลับ พบว่าในโรงพยาบาลที่อยู่ในชั้น 3 จะสูงกว่าโรงพยาบาลที่อยู่ในชั้น 2 และ 1

ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับการพัฒนา โรงพยาบาลที่อยู่ในชั้น 1, 2 และ 3 การนำข้อมูลป้อนกลับมาใช้ในการวางแผนพัฒนาปรับปรุงคุณภาพในวงจรเดมมิ่ง (PDCA) ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเพื่อการวางแผนพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 5) สิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และพบว่าผู้ที่ตอบแบบสอบถามในโรงพยาบาลที่อยู่ในชั้นที่ 3 มีความเห็นด้วยระดับมากกว่าโรงพยาบาลที่อยู่ในชั้น 2 , 1 ตามลำดับ



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” ในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ประชากรที่ศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประชากรทั้งหมด ซึ่งได้แก่ ข้าราชการ และลูกจ้างประจำของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 330 คน ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 36 คน คณะกรรมการนโยบายและแผน จำนวน 10 คน (ไม่นับคนที่เข้ากั้กรรมการบริหาร) รวม 36 คน มีรายละเอียดดังตาราง 3.1

ตารางที่ 3.1 ตารางแสดงจำนวนประชากร กลุ่มผู้บริหารของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

รายละเอียด	ประชากร/จำนวน
1. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเสนา	26
2. คณะกรรมการนโยบายและแผน	10
รวม	36

2. กลุ่มปฏิบัติงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่น ๆ และ ลูกจ้างประจำ รวม 294 คน (ข้อมูลเมื่อ 1 ตุลาคม 2553) มีรายละเอียดดังตาราง 3.2

ตารางที่ 3.2 ตารางแสดงจำนวนประชากร กลุ่มปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

รายละเอียด	ประชากร/จำนวน
1. แพทย์	14
2. ทันตแพทย์	4
3. เภสัชกร	9
4. พยาบาลวิชาชีพ	169
5. เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	36
6. ลูกจ้างประจำ	62
รวม	62

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อสำรวจความคิดเห็นของข้าราชการ และลูกจ้างประจำในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลและปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการบริหารงานตามเกณฑ์พัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน หน่วยงาน/แผนกงานที่ท่านปฏิบัติงาน จำนวนการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ 7 ประการ ของแมคคินซี (McKinsey) หรือเรียกว่า 7'S ได้แก่ 1. โครงสร้างองค์กร (Structure) 2. กลยุทธ์ (Strategy) 3. รูปแบบการบริหาร (Style) 4. ระบบการปฏิบัติงาน (System) 5. บุคลากร (Staff) 6. ทักษะการปฏิบัติงาน (Skill) 7. ค่านิยมร่วม (Shared Values) จำนวน 35 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยสนับสนุนด้านโครงสร้างองค์กร (Structure) จำนวน 5 ข้อ
- 2) ปัจจัยสนับสนุนด้านกลยุทธ์ (Strategy) จำนวน 5 ข้อ
- 3) ปัจจัยสนับสนุนด้านรูปแบบการบริหาร (Style) จำนวน 5 ข้อ
- 4) ปัจจัยสนับสนุนด้านระบบการปฏิบัติงาน (System) จำนวน 5 ข้อ
- 5) ปัจจัยสนับสนุนด้านบุคลากร (Staff) จำนวน 5 ข้อ
- 6) ปัจจัยสนับสนุนด้านทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill) จำนวน 5 ข้อ
- 7) ปัจจัยสนับสนุนด้านค่านิยมร่วม (Shared Values) จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน จำนวน 22 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ เพื่อสอบถามแนวทางการบริหารงานตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ซึ่งสามารถสังเกตจากตัวบ่งชี้ 4 องค์ประกอบ คือ

- 1) ภาพรวมของการบริหารองค์กร ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 6 ข้อ
- 2) องค์ประกอบด้านระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 9 ข้อ
- 3) องค์ประกอบด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 6 ข้อ
- 4) องค์ประกอบด้านผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 1 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลเสนา มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยแบ่งออกเป็น 4 ข้อ ประกอบด้วย 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากการนำระบบการพัฒนาคุณภาพ เช่น 5 ส. , OD, ESB, TQM/CQI, ISO, QA ,HA ไปใช้ 2) มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างที่ทำให้การดำเนินงานการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไม่ประสบผลสำเร็จ 3) ท่านมีส่วนร่วมอย่างไรในการปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้โรงพยาบาลเสนา ผ่านการรับรองคุณภาพ HA 4) ข้อเสนอแนะในการ

พัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพให้ประสบผลสำเร็จ จากนั้น ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอข้อมูลในลักษณะการพรรณนาวิเคราะห์

2.2 จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับร่าง เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้น ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

2.2.1 นายแพทย์ศิวฤทธิ์ รัศมีจันทร์ ตำแหน่ง นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมสาขาอายุรกรรม) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเสนา วุฒิศึกษาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล และวุฒิบัตรสาขาเฉพาะทาง สาขาประสาทวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2.2 นางวรรณภา วีระอนันต์วัฒน์ ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล วุฒิศึกษา บริหารสาธารณสุขมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2.3 นางมลจินทร์ เกียรติสังวร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ วุฒิศึกษา วท.สาธารณสุขศาสตร์ เอก อนามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

2.3 นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้ว มาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำหลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับข้าราชการสังกัดโรงพยาบาลอินทร์บุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดประชากรใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเสนา และมีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจให้คะแนนวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปในการประมวลผล เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .945

2.5 นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากมหาวิทยาสุโขทัยธรรมาธิราช ส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเสนา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเสนา

3.2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการแจกแบบสอบถามให้แก่บุคลากร
โรงพยาบาลเสนา จำนวน

330 ชุด และดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 306 ชุด คิดเป็นร้อยละ 92.73

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม นำมาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และใช้เทคนิคในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
2. การวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นต่อตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยมีการกำหนดแบบสอบถามในแต่ละข้อ จัดให้มีความผันแปรออกเป็น 4 ช่วง แต่ละช่วงกำหนดให้คะแนนในคำถามแต่ละข้อ ดังนี้

คะแนนสูงสุด	เท่ากับ	4 คะแนน
คะแนนสูง	เท่ากับ	3 คะแนน
คะแนนต่ำ	เท่ากับ	2 คะแนน
คะแนนต่ำสุด	เท่ากับ	1 คะแนน

โดยกำหนดให้แต่ละคะแนนมีความผันแปรเป็นช่วง ๆ ละเท่า ๆ กัน สามารถกำหนดช่วงห่างได้ดังนี้ (สรชัย พิศาลบุตร 2546: 92-93)

$$\text{ช่วงห่างของคะแนนแต่ละช่วง} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{แทนค่า} = \frac{4-1}{4} = 0.75$$

ดังนั้น ในแต่ละช่วงของคะแนนเฉลี่ยแต่ละระดับชั้น จะเท่ากับ 0.75 โดยสามารถแบ่งได้ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.25 - 4.00	หมายถึง	ระดับมากที่สุด
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.50 - 3.24	หมายถึง	ระดับมาก
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.75 - 2.49	หมายถึง	ระดับน้อย
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.74	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. วิเคราะห์หาตัวพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญในการทำนายระหว่างปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ 7 ประการ ของ แมคคินซี (McKinsey)กับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนา และรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำข้อมูลจาก แบบสอบถามแบบปลายเปิด มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. การจัดกระทำข้อมูล (Data Procession) หรือการจัดระเบียบข้อมูล โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาเรียบร้อยแล้ว มาจัดระเบียบแล้วนำไปวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. การตรวจสอบข้อมูล ว่าข้อมูลที่ได้มา มีเพียงพอและสามารถตอบปัญหาการวิจัยได้หรือไม่

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามปลายเปิด วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และบรรยายสรุปเกี่ยวกับความคิดเห็นเพิ่มเติมของปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้าราชการและลูกจ้างประจำโรงพยาบาลเสนา ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ตอน โดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ 7 ประการ ของ แมคคินซี (McKinsey) ที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลเสนา

ตอนที่ 5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 6 ประเด็น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน หน่วยงาน/แผนกงานที่ท่านปฏิบัติงาน จำนวนการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังตารางที่ 4.1-4.6

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน N = 306	ร้อยละ
ชาย	43	14.1
หญิง	263	85.9
รวม	306	100

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ทั้งหมด 306 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 263 คน คิดเป็นร้อยละ 85.9

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน N = 306	ร้อยละ
ต่ำกว่า 31 ปี	27	8.8
31-40 ปี	128	41.8
41-50 ปี	101	33.0
51-60 ปี	50	16.4
รวม	306	100

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุของบุคลากรโรงพยาบาลเสนา กลุ่มอายุ 31-40 ปี มากที่สุด จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 และกลุ่มอายุต่ำกว่า 31 ปี น้อยที่สุด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน N = 306	ร้อยละ
ประถม	7	2.3
มัธยม	40	13.1
อนุปริญญา	16	5.2
ปริญญาตรี	196	64.0
สูงกว่าปริญญาตรี	47	15.4
รวม	306	100

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาของบุคลากรโรงพยาบาลเสนา ระดับศึกษามากที่สุด คือ ปริญญาตรี จำนวน 196 คิดเป็นร้อยละ 64.1 และระดับการศึกษาต่ำสุด คือ ประถม จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.3

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน	จำนวน N = 306	ร้อยละ
แพทย์	15	4.9
ทันตแพทย์	5	1.6
เภสัชกร	10	3.2
พยาบาลวิชาชีพ	175	57.2
นักวิชาการสาธารณสุข	4	1.3
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	6	2.0
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	6	2.0
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์	4	1.3
เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	25	8.2
ลูกจ้างประจำ	56	18.3
รวม	306	100

จากตารางที่ 4.4 จากกลุ่มตัวอย่างของข้าราชการและลูกจ้างประจำโรงพยาบาลเสนา
จำแนกตามตำแหน่งในการปฏิบัติงาน พบว่า มากที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 175 คน คิดเป็น
ร้อยละ 57.2 และน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข 4 คน คิดเป็น
ร้อยละ 1.3

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน/แผนกงานที่ปฏิบัติงาน

หน่วยงาน/แผนกงานที่ปฏิบัติงาน	จำนวน N = 306	ร้อยละ
กลุ่มอำนวยการ	23	7.5
กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	10	3.3
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก	1	0.3
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม	9	2.9
กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม	2	0.7
กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช	1	0.3
กลุ่มงานอายุรกรรม	2	0.7
กลุ่มงานศัลยกรรม	3	0.9
กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	2	0.7
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม	3	0.9
กลุ่มงานจักษุวิทยา	1	0.3
กลุ่มงานรังสีวิทยา	6	2.0
กลุ่มงานจิตเวช	2	0.7
กลุ่มงานพยาธิวิทยา	10	3.3
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	2	0.7
กลุ่มงานทันตกรรม	8	2.6
กลุ่มงานเภสัชกรรม	22	7.2
กลุ่มการพยาบาล	188	61.4
กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา	1	0.3
กลุ่มงานอื่น ๆ	10	3.3
รวม	306	100

จากตารางที่ 4.5 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน/แผนงานที่ปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มการพยาบาลมากที่สุด จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มงานผู้ป่วย นอก กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน กลุ่มงานจักษุวิทยา กลุ่มงานวิสัญญี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนการได้รับการอบรม เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	จำนวน N = 306	ร้อยละ
ไม่เคยอบรม	15	4.9
เคยอบรม ISO	61	19.9
เคยอบรม HA	53	17.3
เคยอบรม TQM/CQI	51	16.7
เคยอบรม QA	38	12.4
เคยอบรม OD	42	13.7
เคยอบรม 5 ส.	30	9.8
เคยอบรม ESB	14	4.6
เคยอบรมหลักสูตรอื่น ๆ	2	0.7
รวม	306	100

จากตารางที่ 4.6 เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 306 คน ในภาพรวม ส่วนใหญ่ได้รับการอบรม 291 คน คิดเป็นร้อยละ 95.1 และมีผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรม จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 4.9 เมื่อคิดเป็นรายข้อ พบว่า จำนวนผู้ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เคยอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ISO จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.9 รองลงมาคือเคยอบรม HA จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 และเคยอบรมหลักสูตรอื่น ๆ มีน้อยที่สุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนา
เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ตารางที่ 4.7 แสดงภาพรวมของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสำเร็จ
การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของ
โรงพยาบาลเสนา

ข้อที่	ระดับความสำเร็จในการบริหารงานตามเกณฑ์การ พัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลเสนา	ระดับความคิดเห็น (N=306)		
		\bar{X}	S.D.	ระดับ
1	ภาพรวมของการบริหารองค์กร	2.53	.435	มาก
2	ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	2.66	.412	มาก
3	กระบวนการดูแลผู้ป่วย	2.55	.444	มาก
4	ผลการดำเนินงาน	2.50	.545	มาก
	รวมเฉลี่ย	2.56	.394	มาก

จากตารางที่ 4.7 ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การ
พัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ในภาพรวม อยู่ในระดับ
มาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ระบบงานสำคัญ
ของโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผลการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 2.50

ตารางที่ 4.8 แสดงภาพรวมระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรอง
คุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา
ด้านภาพรวมของการบริหารองค์กร

ข้อที่	ภาพรวมของการบริหาร องค์กร	ระดับความคิดเห็น (N=306)				\bar{X}	S.D.	แปลผล ระดับ
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด			
1	ผู้บริหารระดับสูงได้มีการ ติดตามกำกับด้านการพัฒนา คุณภาพและความปลอดภัย เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพใน ระบบงานต่าง ๆ บรรลุ เป้าหมายอยู่ในระดับใด	17 (5.6%)	167 (54.5%)	116 (37.9%)	6 (2%)	2.64	.619	มาก
2	การแปลงแผนกลยุทธ์ มาเป็น แผนปฏิบัติการของ โรงพยาบาล มีความชัดเจน อยู่ในระดับใด	6 (2%)	143 (46.7%)	150 (49%)	7 (2.3%)	2.48	.579	น้อย
3	โรงพยาบาล มีการนำความ ต้องการและความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมาใช้ ในการวางแผนและปรับปรุง การดำเนินงานมากน้อย เพียงใด	14 (4.6%)	188 (61.4%)	100 (32.7%)	4 (1.3%)	2.69	.576	มาก
4	ตัวชี้วัด(KPIs)ของหน่วยงาน ในปัจจุบันมีความชัดเจน สอดคล้องกับพันธกิจของ โรงพยาบาล มากน้อย เพียงใด	1 (.3%)	205 (67%)	98 (32%)	2 (.7%)	2.67	.491	มาก
5	โรงพยาบาล มีการสร้าง บรรยากาศองค์กรที่ สนับสนุนให้บุคลากรเก่ง ดี มีสุข มากน้อยเพียงใด	7 (2.3%)	108 (35.2%)	159 (52%)	32 (10.5%)	2.29	.681	น้อย

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ข้อที่	ภาพรวมของการบริหาร องค์กร	ระดับความคิดเห็น (N=306)				\bar{X}	S.D.	แปลผล ระดับ
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด			
6	โรงพยาบาลมีการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) โดยมี CQI ในระดับหน่วยงานและ ครอบคลุมงานมากน้อย เพียงใด	5 (1.6%)	128 (41.8%)	163 (53.3%)	10 (3.3%)	2.42	.585	น้อย
	รวมเฉลี่ย	8 (2.62%)	157 (51.31%)	131 (42.80%)	10 (3.27%)	2.53	.435	มาก

จากตารางที่ 4.8 ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ด้านภาพรวมของการบริหารองค์กร ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โรงพยาบาลมีการนำความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมาใช้ในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ โรงพยาบาล มีการสร้างบรรยากาศองค์กรที่สนับสนุนให้บุคลากรเก่ง ดี มีสุข ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29

ตารางที่ 4.9 แสดงภาพรวมระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรอง
คุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา
ด้านระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข้อที่	ระบบงานสำคัญของ โรงพยาบาล	ระดับความคิดเห็น (N=306)				\bar{X}	S.D.	การแปลผล ระดับ
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
1	โรงพยาบาลมีการบูรณาการ บริหารความเสี่ยง การประกัน คุณภาพ ความปลอดภัยของ ผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอน ของการวางแผนอยู่ในระดับ ใด	6 (2.0%)	194 (63.4%)	101 (33.0%)	5 (1.6%)	2.66	.546	มาก
2	โรงพยาบาลให้ความสำคัญ กับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร ฯลฯ อย่างเพียงพอ มากน้อยเพียงใด	21 (6.9%)	183 (59.8%)	94 (30.7%)	8 (2.6%)	2.71	.630	มาก
3	โรงพยาบาลมีระบบการ บริหารจัดการเครื่องมือ เพื่อให้เพียงพอและพร้อมใช้ โดยมีการจัดทำแผนและ สำรวจความต้องการใช้ เครื่องมือโดยเน้นการบริการ ผู้ป่วยปลอดภัยมากน้อย เพียงใด	14 (4.6%)	141 (46.1%)	132 (43.1%)	19 (6.2%)	2.49	.683	น้อย
4	ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความ เข้าใจในมาตรการ การ ป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด	21 (6.9%)	223 (72.8%)	60 (19.6%)	2 (.7%)	2.86	.522	มาก

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ข้อที่	ระบบงานสำคัญของ โรงพยาบาล	ระดับความคิดเห็น (N=306)				\bar{X}	S.D.	การแปล ผล ระดับ
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
5	โรงพยาบาลมีระบบการ จัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนให้ สอดคล้องกับความต้องการ ของแพทย์และพยาบาลมาก น้อยเพียงใด	9 (2.9%)	168 (54.9%)	116 (37.9%)	13 (4.3%)	2.57	.625	มาก
6	โรงพยาบาลมีมาตรการ ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยาที่ เหมาะสมมากน้อยเพียงใด	12 (3.9%)	214 (69.9%)	77 (25.2%)	3 (1.0%)	2.77	.526	มาก
7	โรงพยาบาล จัดทำคู่มือ/ แนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาอย่างปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพมาก น้อยเพียงใด	14 (4.6%)	184 (60.1%)	106 (34.6)	2 (.7%)	2.69	.567	มาก
8	โรงพยาบาล มีระบบติดตาม ประเมินผลและปรับปรุง กระบวนการเฝ้าระวังโรคที่ เหมาะสมเพียงใด	9 (2.9%)	182 (59.5%)	110 (35.9%)	5 (1.6%)	2.64	.569	มาก
9	โรงพยาบาล ร่วมมือกับ ชุมชนส่งเสริมให้มี สิ่งแวดล้อมทางกายภาพใน ชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มากน้อยเพียงใด	15 (4.9%)	159 (51.8%)	122 (40.0%)	10 (3.3%)	2.59	.638	มาก
ภาพเฉลี่ยรวม		14 (4.58%)	183 (59.80%)	102 (33.33%)	7 (2.29%)	2.66	.412	มาก

จากตารางที่ 4.9 ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ด้านระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในมาตรการ การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการเครื่องมือเพื่อให้เพียงพอและพร้อมใช้ โดยมีการจัดทำแผนและสำรวจความต้องการใช้เครื่องมือโดยเน้นการบริการผู้ป่วยปลอดภัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49

ตารางที่ 4.10 แสดงภาพรวมระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ข้อที่	กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ระดับความถี่เห็น				\bar{X}	S.D.	การแปลผลระดับ
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
1	โรงพยาบาล มีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรเพียงพอ ในการให้บริการ ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการได้ สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยมาก น้อยเพียงใด	6 (2.0%)	101 (32.8%)	168 (55.0%)	31 (10.2%)	2.27	.663	น้อย
2	โรงพยาบาล มีการดูแลรักษา ผู้ป่วยร่วมกัน โดยสหสาขา วิชาชีพที่เกี่ยวข้องมากน้อย เพียงใด	12 (3.9%)	175 (35.1%)	107 (57.1%)	12 (3.9%)	2.61	.629	มาก
3	โรงพยาบาล มีการจัดทำ กระบวนการหลักในการ ปฏิบัติงานของหน่วยงานใน ทุกขั้นตอนอย่างชัดเจนและ เป็นลายลักษณ์อักษรมากน้อย เพียงใด	6 (2.0%)	172 (56.0%)	122 (40%)	6 (2%)	2.58	.568	มาก

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ข้อที่	กระบวนการดูแลผู้ป่วย	ระดับความคิดเห็น				\bar{X}	S.D.	การแปลผลระดับ
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
4	ผู้ป่วยได้รับการชี้แจงขั้นตอนในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลชัดเจนมากน้อยเพียงใด	7 (2.3%)	148 (48.2%)	143 (46.9%)	8 (2.6%)	2.50	.591	มาก
5	โรงพยาบาลให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา เช่น การให้ข้อมูลทั่วไป การลงนามยินยอมให้รักษามากน้อยเพียงใด	13 (4.3%)	197 (64.3%)	91 (29.8%)	5 (1.6%)	2.71	.569	มาก
6	โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านให้ผู้ป่วย/ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ที่บ้านมากน้อยเพียงใด	12 (3.9%)	181 (59.0%)	105 (34.4%)	8 (2.7%)	2.64	.601	มาก
รวมเฉลี่ย		9 (2.94%)	162 (52.94%)	123 (40.20%)	12 (3.92%)	2.55	.444	มาก

จากตารางที่ 4.10 ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โรงพยาบาลให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา เช่น การให้ข้อมูลทั่วไป การลงนามยินยอมให้รักษา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ โรงพยาบาล มีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรเพียงพอในการให้บริการ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27

ตารางที่ 4.11 แสดงภาพรวมระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ด้านผลการดำเนินงาน

ข้อที่	ผลการดำเนินงาน	ระดับความคิดเห็น				\bar{X}	S.D.	การแปลผลระดับ
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
1	ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลประสบความสำเร็จอยู่ในระดับใด	3	152	147	4	2.50	.545	มาก
		(1.0%)	(49.2%)	(48.5%)	(1.3%)			
	รวมเฉลี่ย	3	152	147	4	2.50	.545	มาก
		(1.0%)	(49.7%)	(48.0%)	(1.3%)			

จากตารางที่ 4.11 ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสำเร็จการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ด้านผลการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อตัวแปรอิสระในภาพรวมเป็นการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านกลยุทธ์ ด้านรูปแบบการบริหาร ด้านระบบการปฏิบัติงาน ด้านบุคลากร ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน ด้านค่านิยมร่วม ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 แสดงภาพรวมค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ข้อที่	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ	ระดับความคิดเห็น (N=306)		
		\bar{X}	S.D.	ระดับ
1	ด้านโครงสร้างองค์กร (Structure)	2.62	.471	มาก
2	ด้านกลยุทธ์ (Strategy)	2.48	.375	น้อย
3	ด้านรูปแบบการบริหาร (Style)	2.73	.500	มาก
4	ด้านระบบการปฏิบัติงาน (System)	2.82	.368	มาก
5	ด้านบุคลากร (Staff)	2.68	.461	มาก
6	ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill)	2.77	.407	มาก
7	ด้านค่านิยมร่วม (Shared Values)	2.48	.450	น้อย
รวมเฉลี่ย		2.66	.339	มาก

จากตารางที่ 4.12 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนาในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านระบบการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกลยุทธ์และด้านค่านิยมร่วม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48

ตารางที่ 4.13 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านโครงสร้างองค์กร (Structure)

ข้อที่	โครงสร้างองค์กร	ระดับความคิดเห็น (N=306)		
		\bar{X}	S.D.	ระดับ
1	การจัดแบ่งโครงสร้างหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ในขณะนี้มีส่วนผลักดันให้เกิดความสำเร็จในการ พัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพอยู่ในระดับใด	2.65	.600	มาก
2	การมอบหมายงานของหน่วยงานต่าง ๆ ของ โรงพยาบาลส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการ พัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพอยู่ในระดับใด	2.72	.590	มาก
3	การมอบอำนาจหน้าที่ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ภายใน โรงพยาบาลมีความชัดเจนมากน้อยเพียงใด	2.55	.605	มาก
4	โครงสร้างโรงพยาบาลในปัจจุบันมีความเหมาะสม สอดคล้องกับการพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อเป็น โรงพยาบาลคุณภาพมากน้อยเพียงใด	2.62	.567	มาก
5	โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมใน การตัดสินใจในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรอง คุณภาพมากน้อยเพียงใด	2.58	.649	มาก
รวม		2.62	.471	มาก

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อปัจจัยสนับสนุนการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านโครงสร้างองค์กร(Structure) ในภาพรวมโดยเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การมอบหมายงานของหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลส่งผลต่อความสำเร็จ

ในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การมอบอำนาจหน้าที่ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลมีความชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55

ตารางที่ 4.14 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านกลยุทธ์ (Strategy)

ข้อที่	กลยุทธ์	ระดับความคิดเห็น (N=306)		
		\bar{X}	S.D.	ระดับ
1	พันธกิจของโรงพยาบาลมีความชัดเจนมากน้อยเพียงใด	2.83	.476	มาก
2	การถ่ายทอดพันธกิจของโรงพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ มีความชัดเจนมากน้อยเพียงใด	2.51	.574	มาก
3	การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติสอดคล้องกับการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด	2.50	.526	มาก
4	โรงพยาบาล มีบุคลากรเพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามพันธกิจได้ มากน้อยเพียงใด	2.29	.636	น้อย
5	โรงพยาบาล มีงบประมาณเพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลตาม พันธกิจได้มากน้อยเพียงใด	2.26	.581	น้อย
	รวม	2.48	.375	น้อย

จากตารางที่ 4.14 พบว่า ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์

การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านกลยุทธ์ (Strategy) ในภาพรวมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พันธกิจของโรงพยาบาลมีความชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ โรงพยาบาลมีงบประมาณเพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลตามพันธกิจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.26

ตารางที่ 4.15 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านรูปแบบการบริหาร (Style)

ข้อที่	รูปแบบการบริหาร	ระดับความคิดเห็น (N=306)		
		\bar{X}	S.D.	ระดับ
1	การกำหนดพันธกิจของผู้บริหารมีความสอดคล้องกับการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับใด	2.73	.575	มาก
2	ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญและสนับสนุนในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด	2.84	.637	มาก
3	ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด	2.61	.629	มาก
4	ผู้บริหารโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้บุคลากรได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด	2.61	.629	มาก
5	ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร สามารถช่วยผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพได้มากน้อยเพียงใด	2.87	.679	มาก
	รวม	2.73	.500	มาก

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านรูปแบบการบริหาร (Style) ในภาพรวมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร สามารถช่วยผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด มี 2 หัวข้อ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้บุคลากรได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ตารางที่ 4.16 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านระบบการปฏิบัติงาน (System)

ข้อที่	ระบบการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น (N=306)		
		\bar{X}	S.D.	ระดับ
1	การมีกิจกรรมสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพมากขึ้นเพียงใด	2.76	.471	มาก
2	การปฏิบัติตามระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์พร้อมใช้ เป็นต้น มากน้อยเพียงใด	3.05	.510	มาก
3	การมีคู่มือ/ขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อความถูกต้องรวดเร็วในการรักษาพยาบาล/ให้บริการ มากน้อยเพียงใด	2.78	.554	มาก

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ข้อที่	ระบบการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น (N=306)		
		\bar{X}	S.D.	ระดับ
4	การบริหารงานเพื่ออำนวยความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการด้านการตรวจ รักษาและวินิจฉัยโรคนาน้อยเพียงใด	2.81	.544	มาก
5	การมีส่วนร่วมในการลดขั้นตอนการให้บริการ/ระยะเวลารอยคอยของผู้มารับบริการได้มากน้อยเพียงใด	2.71	.576	มาก
	รวม	2.82	.368	มาก

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านระบบการปฏิบัติงาน (System) ในภาพรวมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การปฏิบัติตามระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์พร้อมใช้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการลดขั้นตอนการให้บริการ/ระยะเวลารอยคอยของผู้มารับบริการ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71

ตารางที่ 4.17 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ
ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน
โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านบุคลากร (Staff)

ข้อที่	บุคลากร	ระดับความคิดเห็น (N=306)		
		\bar{X}	S.D.	ระดับ
1	ความรู้ความสามารถของบุคลากร มีความสำคัญในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ มากน้อยเพียงใด	3.08	.658	มาก
2	บุคลากร มีความผูกพันและมุ่งมั่นที่จะผลักดันให้โรงพยาบาลผ่านการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล(HA) อยู่ในระดับใด	2.62	.683	มาก
3	การพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ มากน้อยเพียงใด	2.92	.699	มาก
4	บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด	2.48	.654	น้อย
5	บุคลากร มีความพร้อมในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล(HA)อยู่ในระดับใด	2.30	.617	น้อย
	รวม	2.68	.461	มาก

จากตารางที่ 4.17 พบว่า ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านบุคลากร (Staff) ในภาพรวมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความรู้ ความสามารถของบุคลากร มีความสำคัญในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่

บุคลากรมีความพร้อมในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล(HA) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.30

ตารางที่ 4.18 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill)

ข้อที่	ทักษะในการปฏิบัติงาน	ระดับความคิดเห็น (N=306)		
		\bar{X}	S.D.	ระดับ
1	การอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อ การรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด	2.41	.572	น้อย
2	การพัฒนาทักษะโดยการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพมากน้อยเพียงใด	3.00	.598	มาก
3	การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะบุคลากรโรงพยาบาลทำให้ การปฏิบัติงานมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด	3.04	.594	มาก
4	การพัฒนาทักษะ ความเชี่ยวชาญในงาน โดยการศึกษา หาความรู้จากหนังสือ ตำรา บุคคลผู้มีประสบการณ์ หรืออินเทอร์เน็ตมากน้อยเพียงใด	2.63	.620	มาก
5	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากร มีส่วนส่งเสริมให้เกิด การพัฒนาทักษะแบบต่อยอด เช่น คิดค้นประดิษฐ์ นวัตกรรมใหม่ ๆ อยู่ในระดับใด	2.76	.626	มาก
	รวม	2.77	.407	มาก

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill) ในภาพรวมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 เมื่อ

พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะบุคลากร โรงพยาบาลทำให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.41

ตารางที่ 4.19 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านค่านิยมร่วม (Shared Values)

ข้อที่	ค่านิยมร่วม	ระดับความคิดเห็น (N=306)		
		\bar{X}	S.D.	ระดับ
1	บุคลากรของโรงพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด	2.39	.596	น้อย
2	ค่านิยมร่วมโรงพยาบาล มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด	2.50	.574	มาก
3	บุคลากรในโรงพยาบาล มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากน้อยเพียงใด	2.61	.613	มาก
4	บุคลากรของโรงพยาบาล มีการทำงานเป็นทีมมากน้อยเพียงใด	2.42	.649	น้อย
5	บุคลากรของโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือในการผลักดันให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล(HA)มากน้อยเพียงใด	2.50	.644	มาก
	รวม	2.48	.450	น้อย

จากตารางที่ 4.19 พบว่า ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ปัจจัยสนับสนุนด้านค่านิยมร่วม (Shared Values) ในภาพรวมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาล มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.39

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ 7 ประการของ แมคคินซี (McKinsey) กับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

โดยใช้สูตร

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6X_6 + b_7X_7$$

เมื่อ	Y แทน	การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลเสนา
	a แทน	ค่าคงที่
	b แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของ X
	X ₁ แทน	ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structure)
	X ₂ แทน	ปัจจัยด้านกลยุทธ์ (Strategy)
	X ₃ แทน	ปัจจัยด้านรูปแบบ (Style)
	X ₄ แทน	ปัจจัยด้านระบบ (System)
	X ₅ แทน	ปัจจัยด้านบุคลากร (Staff)
	X ₆ แทน	ปัจจัยด้านทักษะและความชำนาญ (Skill)
	X ₇ แทน	ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม (Shared Values)

การวิเคราะห์เกี่ยวกับ “ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ 7 ประการ ของแมคคินซี (McKinsey) ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้าง(Structure) ปัจจัยด้านกลยุทธ์ (Strategy) ปัจจัยด้านรูปแบบ(Style) ปัจจัยด้านระบบ(System) ปัจจัยด้านบุคลากร(Staff) ปัจจัยด้านทักษะและความชำนาญ(Skill) ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม(Shared Values) ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา โดยสามารถวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แสดงได้ดังนี้

ตารางที่ 4.20 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ 7 ประการ ของ แมคคินซี (McKinsey) กับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลเสนา

(N=306)

ตัวแปรอิสระ	ลำดับที่ของสมการถดถอย (model)				
	1	2	3	4	5
ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม	.659	.508	.459	.430	.379
ปัจจัยด้านรูปแบบ		.233	.218	.171	.146
ปัจจัยด้านระบบ			.156	.127	.100
ปัจจัยด้านกลยุทธ์				.146	.151
ปัจจัยด้านบุคลากร					.108
Constant	.953	.689	.411	.333	.300
R	.770	.809	.819	.825	.830
R ²	.593	.654	.671	.681	.689
R ² Change	.592	.652	.668	.677	.684
Std. Error of the Estimate	.24603	.22726	.22188	.21880	.21639
F	443.236	286.407	205.580	160.963	133.193
Sig (2 tailed)	.000	.000	.000	.000	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางที่ 4.20 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านค่านิยมร่วมเป็นตัวแปรลำดับแรกที่เข้าสู่สมการถดถอย มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรเรื่องการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ได้ร้อยละ 59.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05 ($R^2 = .593$, $P = .000$) ตัวแปรลำดับที่สองที่เข้าสู่สมการถดถอย ได้แก่ ปัจจัยด้านรูปแบบ มีความสามารถในการอธิบายเพิ่มได้ร้อยละ 65.2 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05 ($R^2 \text{ Change} = .652$, $P = .000$) ตัวแปรลำดับที่สามที่เข้าสู่สมการถดถอย ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบ มีความสามารถในการอธิบายเพิ่มได้ร้อยละ 66.8 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05 ($R^2 \text{ Change} = .668$, $P = .000$) ตัวแปรลำดับที่สี่ที่เข้าสู่สมการถดถอย ได้แก่ ปัจจัยด้านกลยุทธ์ มีความสามารถในการอธิบายเพิ่มได้ร้อยละ 67.7 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05 ($R^2 \text{ Change} = .677$, $P = .000$) และตัวแปรสุดท้ายที่เข้าสู่สมการถดถอยคือ ปัจจัยด้านบุคลากร มีความสามารถในการอธิบายเพิ่มได้ร้อยละ 68.4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05 ($R^2 \text{ Change} = .684$, $P = .000$)

เมื่อรวมตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปรเข้าด้วยกันแล้วปรากฏว่า สามารถอธิบายความผันแปรเรื่องการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ได้ร้อยละ 68.9 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05 ($R^2 = .689$, $P = .000$)

เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักในการอธิบายของตัวแปรอิสระในการอธิบายความผันแปรเรื่องการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ ให้คงที่แล้ว ตัวแปรที่มีอิทธิพลและอธิบายความผันแปรเรียงลำดับจากมากไปน้อย โดยเรียงลำดับได้ดังนี้ (1) ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม ($Beta = .379$, $P < .05$) (2) ปัจจัยด้านกลยุทธ์ ($Beta = .151$, $P < .05$) (3) ปัจจัยด้านรูปแบบ ($Beta = .146$, $P < .05$) (4) ปัจจัยด้านบุคลากร ($Beta = .108$, $P < .05$) (5) ปัจจัยด้านระบบ ($Beta = .100$, $P < .05$) โดยพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ยังมีปัจจัยด้านค่านิยมร่วม ปัจจัยด้าน กลยุทธ์ ปัจจัยด้านรูปแบบ ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านระบบ มาใช้ในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานยิ่งมากเท่าใด ก็จะผลักดันให้การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนาประสบความสำเร็จได้มากขึ้นเท่านั้น

ทั้งนี้สามารถแสดงเป็นสมการถดถอยความผันแปรของตัวแปรตามได้ดังนี้

$$\text{สมการถดถอย } Y = .300 + .379 X_1 + .151 X_2 + .146 X_3 + .108 X_4 + .100 X_5$$

โดยที่ Y คือ การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพ
มาตรฐานโรงพยาบาลเสนา

X_1 คือ ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม

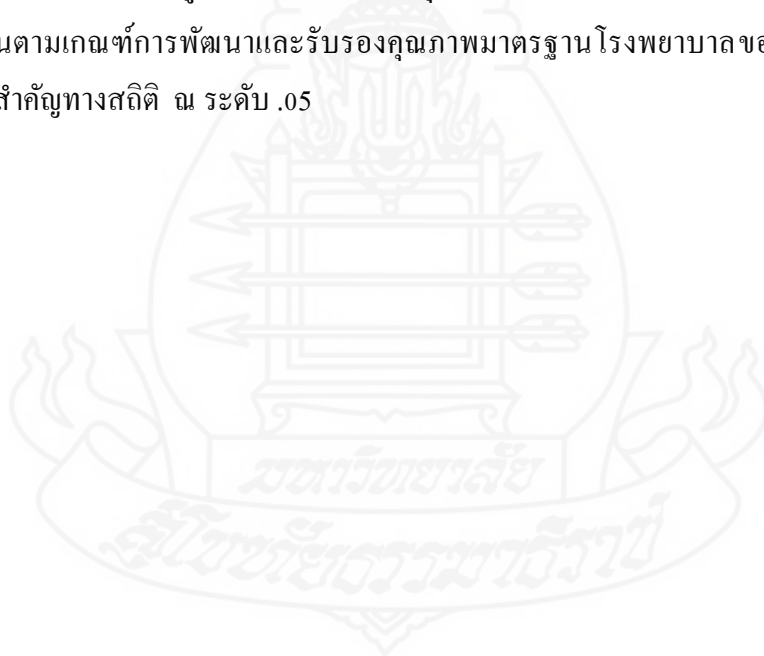
X_2 คือ ปัจจัยด้านกลยุทธ์

X_3 คือ ปัจจัยด้านรูปแบบ

X_4 คือ ปัจจัยด้านบุคลากร

X_5 คือ ปัจจัยด้านระบบ

สรุปได้ว่า ปัจจัยตัวแปรอิสระทั้ง 5 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม ปัจจัยด้านกลยุทธ์ ปัจจัยด้านรูปแบบ ปัจจัยด้านบุคลากรและปัจจัยด้านระบบ มีอิทธิพลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05



**ตอนที่ 5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนา
เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา**

ตารางที่ 4.21 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ โจทย์ว่าได้ประโยชน์จากการนำระบบการพัฒนา
คุณภาพไปใช้อย่างไร

ลำดับ	ความคิดเห็น	จำนวน (N=157)	ร้อยละ
1	ด้านระบบการปฏิบัติงาน	95	60.5
	1.1 เพื่อพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพ มีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการทบทวน ติดตามอย่างต่อเนื่อง		
	1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจ		
	1.3 มีเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพเพียงพอ		
2	ด้านค่านิยมร่วม	29	18.5
	2.1 เพื่อให้บุคลากรเกิดความรัก สามัคคีและมีการทำงานเป็นทีม		
	2.2 เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้มีคุณภาพผ่านการรับรอง HA เป็นที่ยอมรับและไว้วางใจจากผู้รับบริการ		
	2.3 บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน รับผิดชอบต่อปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน		
	2.4 มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อลดความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน		
3	ด้านโครงสร้างองค์กร	22	14.0
	3.1 เพื่อสถานที่ทำงาน สะอาด สะดวก สิ่งแวดล้อมน่าอยู่ทำงานและปลอดภัย		
4	ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน	9	5.7
	4.1 บุคลากรได้รับความรู้ และทักษะในการพัฒนาคุณภาพ		
5	ด้านกลยุทธ์	2	1.3
	5.1 จัดทำคู่มือ/ขั้นตอนในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน		

จากตารางที่ 4.21 ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าได้ประโยชน์จากการนำระบบการพัฒนาคุณภาพไปใช้ ในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนา และรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จำนวน 157 คน ประโยชน์ด้านระบบการปฏิบัติงานมากที่สุด จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 60.5 รองลงมา ได้แก่ ด้านค่านิยมร่วม จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5

ตารางที่ 4.22 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบว่าไม่ได้ประโยชน์จากการนำระบบการพัฒนาคุณภาพไปใช้

ลำดับ	ความคิดเห็น	จำนวน (N=7)	ร้อยละ
1	ด้านระบบการปฏิบัติงาน	3	42.8
	1.1 ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ		
	1.2 บุคลากรขาดความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพ		
2	ด้านค่านิยมร่วม	2	28.6
	2.1 ขาดความสามัคคี		
3	ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน	2	28.6
	3.1 บุคลากรได้รับการอบรมไม่ทั่วถึงและไม่ได้นำไปปฏิบัติจริง		

จากตารางที่ 4.22 ข้าราชการและลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แสดงความคิดเห็นว่าไม่ได้ประโยชน์จากการนำระบบการพัฒนาคุณภาพไปใช้ จำนวน 7 คน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านระบบการปฏิบัติงานมากที่สุด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 รองลงมา ด้านค่านิยมร่วมและด้านทักษะในการปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6

ตารางที่ 4.23 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนา และการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ลำดับ	ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน (N=173)	ร้อยละ
1	ด้านระบบการปฏิบัติงาน	67	38.7
	1.1 บุคลากรขาดความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน พัฒนาคุณภาพ		
	1.2 บุคลากรขาดกระตือรือร้นติดตามและขาดความต่อเนื่องใน การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ		
	1.3 บุคลากรขาดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ		
	1.4 บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน		
	1.5 ขาดงบประมาณ		
	1.6 ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์		
2	ด้านค่านิยมร่วม	38	22
	2.1 บุคลากรขาดการทำงานเป็นทีม		
	2.2 บุคลากรขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของ การพัฒนาคุณภาพ HA		
	2.3 บุคลากรขาดความสามัคคี		
	2.4 บุคลากรขาดความพร้อมในการประเมินคุณภาพ		
3	ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน	24	13.9
	3.1 บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพและมาตรฐานที่นำมาใช้		
	3.2 เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมไม่ทั่วถึง		
4	ด้านบุคลากร	21	12.1
	4.1 มีงานประจำมีมาก ไม่มีเวลาทำงานคุณภาพ (ภาระงานเพิ่มขึ้น)		
	4.2 ขาดแคลนบุคลากร		
	4.3 ทีมนำในการพัฒนาคุณภาพมีน้อยและไม่เข้มแข็ง		

ตารางที่ 4.23 (ต่อ)

ลำดับ	ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน (N=173)	ร้อยละ
5	ด้านโครงสร้างองค์กร	11	6.4
	5.1 โครงสร้างทางกายภาพไม่เหมาะสม เก่าทรุดโทรม และ ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ		
6	ด้านกลยุทธ์	9	5.2
	6.1 ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน		
	6.2 ขาดการสื่อสารในเรื่องคุณภาพ		
	6.3 ขาดการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ		
	6.4 ขาดการวางแผนร่วมกัน		
7	ด้านรูปแบบการบริหาร	3	1.7
	7.1 ผู้บริหารเปลี่ยนบ่อย ทำให้นโยบายขาดความต่อเนื่อง		
	7.2 ผู้บริหารไม่เข้าถึงผู้ปฏิบัติ		

จากตารางที่ 4.23 ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค จำนวน 173 คน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านระบบการปฏิบัติงานมากที่สุด จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 รองลงมา ด้านค่านิยมร่วม จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 22

ตารางที่ 4.24 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการบริหารงานตามเกณฑ์
การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ลำดับ	มีส่วนร่วมในการปรับปรุงพัฒนา	จำนวน (N=160)	ร้อยละ
1	ด้านกลยุทธ์ 1.1 บุคลากรปฏิบัติตามนโยบาย พันธกิจของโรงพยาบาล และ หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้มีประสิทธิภาพ 1.2 จัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย โรงพยาบาล	49	30.6
2	ด้านระบบการปฏิบัติงาน 2.1 ปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ ทำงานให้ดีที่สุดตามมาตรฐาน 2.2 พัฒนาระบบงานคุณภาพและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาใน PCT ,CQI,การบริหารความเสี่ยง	41	25.6
3	ด้านค่านิยมร่วม 3.1 มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและกิจกรรมคุณภาพ เช่น CQI, IC,5ส, HA , นวัตกรรม	38	23.8
4	ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน 4.1 ศึกษาหาความรู้ในเรื่องคุณภาพเพื่อนำไปปฏิบัติและ ถ่ายทอดในหน่วยงาน 4.2 พัฒนาทีมงานและทีมคร่อมสายงานให้ได้มาตรฐาน 4.3 เข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและจัดทำ มาตรฐานตามที่ HA กำหนด 4.4 ให้บริการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย 4.5 สนับสนุนการสื่อสาร สร้างความเข้าใจกระบวนการคุณภาพ	31	19.4
5	ด้านโครงสร้างองค์กร 5.1 ปรับปรุงโครงสร้างอาคาร สถานที่ให้แข็งแรง ปลอดภัย เพียงพอ	1	0.6

จากตารางที่ 4.24 ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จำนวน 160 คน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านกลยุทธ์ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 30.6 รองลงมา ด้านระบบการปฏิบัติงานงาน จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6

ตารางที่ 4.25 ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ลำดับ	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (N=142)	ร้อยละ
1	ด้านรูปแบบการบริหาร	60	42.3
	1.1 ผู้บริหารควรสร้างแรงจูงใจ กระตุ้น ติดตามการพัฒนาคุณภาพทุกหน่วยงานผู้บริหารควรปลูกจิตสำนึก		
	1.2 ให้ทุกคนรักองค์กรและเห็นความสำคัญของการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ		
	1.3 ผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่น มีนโยบายชัดเจน เข้าถึงผู้ปฏิบัติ เพื่อสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้บุคลากรตระหนักในการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร		
	1.4 ผู้บริหารต้องมีความเข้มแข็ง มุ่งมั่น ตัดสินใจรวดเร็วและมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนา		
	1.5 ผู้บริหารควรส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมให้กับเจ้าหน้าที่		
2	ด้านทักษะการปฏิบัติงาน	31	21.8
	2.1 อบรมเจ้าหน้าที่ทุกคนเพื่อสร้างสัมพันธภาพองค์กร(OD)ให้เกิดความสามัคคีและเตรียมพร้อมรับการประเมินคุณภาพ		
	2.2 อบรมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพและการนำมาปรับใช้ในงานประจำ		
	2.3 แกนนำควรมีความพร้อม และสามารถถ่ายทอดให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจ		

ตารางที่ 4.25 (ต่อ)

ลำดับ	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (N=142)	ร้อยละ
	2.4 ปรับวิธีการอบรมการพัฒนาคุณภาพให้น่าสนใจ เข้าใจง่าย นำมาใช้ได้จริง		
	2.5 นำข้อเสนอแนะของผู้ประเมินแต่ละครั้งมาปรับปรุงและพัฒนา		
3	ด้านกลยุทธ์	23	16.2
	3.1 ทีมนำ (Facilitator) ต้องเข้มแข็ง สร้างบรรยากาศให้เอื้อต่อ การเรียนรู้ คอยช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา รวมทั้งกระตุ้น ให้เกิดการพัฒนา		
	3.2 สร้างทีมพัฒนาคุณภาพโดยเฉพาะและมีการนิเทศติดตาม งานอย่างต่อเนื่อง โดยดึงวิชาชีพที่สำคัญมาร่วมงาน โดยเฉพาะ ผู้จบปริญญาโท		
	3.3 ควรมีการวางระบบร่วมกันและปฏิบัติตามมาตรฐานที่วางไว้		
4	ด้านค่านิยมร่วม	14	9.8
	4.1 ควรมีการทำงานเป็นทีม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
	4.2 ปรับทัศนคติเรื่องการพัฒนาคุณภาพคือการทำงานประจำให้ดีขึ้น ไม่ได้เพิ่มภาระงาน		
5	ด้านระบบการปฏิบัติงาน	12	8.5
	5.1 สร้างขวัญและกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพ		
6	ด้านโครงสร้างองค์กร	2	1.4
	6.1 ปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และมี ระบบบริหารความเสี่ยง		

จากตารางที่ 4.25 ข้าราชการ และลูกจ้างประจำ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จำนวน 142 คน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านรูปแบบการบริหาร จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 รองลงมาด้านทักษะการปฏิบัติงาน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 21.8

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง “การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” และได้นำเสนอประเด็นสำคัญจำแนกเป็น 3 ส่วน คือ สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ มีรายละเอียดดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ

1.1.1 เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

1.1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

1.1.3 เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานตามเกณฑ์พัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประชากรทั้งหมด ซึ่งได้แก่ บุคลากรของโรงพยาบาลเสนาปี 2553 จำนวน 330 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เกี่ยวกับระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ตอน โดยได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หลังจากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ตัวอย่างจริง 30 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .945

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการแจกจ่ายแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความร่วมมือจากข้าราชการและลูกจ้างประจำของโรงพยาบาลเสนา จำนวน 330 คน และทิ้งระยะเวลาสำหรับกรอกแบบสอบถาม จำนวน 6 สัปดาห์ และได้แบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 92.73

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนที่สำคัญ คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ค่าสถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์อย่างเป็นระบบ หาค่าความถี่

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 263 คน คิดเป็นร้อยละ 85.9 อายุมากที่สุดคืออายุตั้งแต่ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.8 ระดับการศึกษามากที่สุด คือ ปริญญาตรี 196 คน คิดเป็นร้อยละ 64.1 ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน มากที่สุด คือ พยาบาลวิชาชีพ 175 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 หน่วยงาน/แผนกงานที่ปฏิบัติงานมากที่สุดคือ กลุ่มการพยาบาล 188 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4 จำนวนผู้ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากที่สุด คือ ฝึกอบรม ISO จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.9

1.3.2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวม ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผลการดำเนินงาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน สรุปได้ดังนี้

ด้านภาพรวมของการบริหารองค์กร ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมของการบริหารองค์กร อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โรงพยาบาลมีการนำความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมาใช้ในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงาน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ โรงพยาบาลมีการสร้างบรรยากาศองค์กรที่สนับสนุนให้บุคลากรเก่ง ดี มีสุข (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29)

ด้านระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในมาตรการ การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการเครื่องมือเพื่อให้เพียงพอและพร้อมใช้ โดยมีการจัดทำแผนและสำรวจความต้องการใช้เครื่องมือ โดยเน้นการบริการผู้ป่วยปลอดภัย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.49)

ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โรงพยาบาลให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา เช่น การให้ข้อมูลทั่วไป การลงนามยินยอมให้รักษา (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ โรงพยาบาล มีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรเพียงพอในการให้บริการ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27)

ด้านผลการดำเนินงานขององค์กร ผลการศึกษาพบว่า ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ประสบความสำเร็จ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50)

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

(1) ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการ ผลการวิจัยพบว่าในภาพรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านระบบการปฏิบัติงาน (ค่าเฉลี่ย = 2.82) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกลยุทธ์และด้านค่านิยมร่วม (ค่าเฉลี่ย = 2.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน สรุปได้ดังนี้

ด้านโครงสร้างองค์กร (Structure) ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.62) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมอบหมายงานของหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ (ค่าเฉลี่ย = 2.72) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมอบอำนาจหน้าที่ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลมีความชัดเจน (ค่าเฉลี่ย = 2.55)

ด้านกลยุทธ์ (Strategy) ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ในภาพรวม อยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย = 2.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พันธกิจของโรงพยาบาลมีความชัดเจน (ค่าเฉลี่ย = 2.83) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ โรงพยาบาลมีงบประมาณเพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการ ไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลตามพันธกิจ (ค่าเฉลี่ย = 2.26)

ด้านรูปแบบการบริหาร (Style) ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.73) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความมุ่งมั่นของผู้บริหารสามารถช่วยผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ (ค่าเฉลี่ย = 2.87) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้บุคลากรได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 2.61)

ด้านระบบการปฏิบัติงาน (System) ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การปฏิบัติตามระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์พร้อมใช้ (ค่าเฉลี่ย = 3.05) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมีส่วนร่วมในการลดขั้นตอนการให้บริการ/ระยะเวลารอคอยของผู้มารับบริการ (ค่าเฉลี่ย = 2.71)

ด้านบุคลากร (Staff) ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.68) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ย

สูงสุด คือ ความรู้ ความสามารถของบุคลากร มีความสำคัญในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ (ค่าเฉลี่ย = 3.08) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ บุคลากรมีความพร้อมในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล(HA) (ค่าเฉลี่ย = 2.30)

ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน (Skill) ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะบุคลากรโรงพยาบาลทำให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพ (ค่าเฉลี่ย = 3.04) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 2.41)

ด้านค่านิยมร่วม (Shared Values) ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ในภาพรวม อยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย = 2.48) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ บุคลากรในโรงพยาบาล มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.61) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ บุคลากรของโรงพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 2.39) รองลงมา คือ บุคลากรของโรงพยาบาลมีการทำงานเป็นทีม (ค่าเฉลี่ย = 2.42)

(2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ การค้นหาตัวพยากรณ์ที่ดีในการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อค้นหาตัวแปรต้นที่ดีในการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน จากผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ของชุดตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .770 สามารถอธิบายความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในตัวแปรตามได้ร้อยละ 68.9 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ของการถดถอยของตัวแปรต้นในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เพื่อค้นหาตัวแปรต้นที่ดีในการพยากรณ์ พบว่า

ตัวแปรต้นที่มีค่า Beta สูงสุด คือ ด้านค่านิยมร่วม (Beta = .379, $P < .05$) รองลงมา ได้แก่ ด้านกลยุทธ์ (Beta = .151, $P < .05$) ด้านรูปแบบ (Beta = .146, $P < .05$) ด้านบุคลากร (Beta = .108, $P < .05$) และ ด้านระบบ (Beta = .100, $P < .05$) จึงสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานตามเกณฑ์ การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ได้แก่ ด้านค่านิยมร่วม ด้านกลยุทธ์ ด้านรูปแบบ ด้านบุคลากร และด้านระบบ ตามลำดับ

ความคิดเห็นของข้าราชการและลูกจ้างประจำที่มีต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา พบว่า

- 1) ได้ประโยชน์ เพราะ
 - ด้านระบบการปฏิบัติงาน
 - (1) พัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพ มีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการทบทวน ติดตามอย่างต่อเนื่อง
 - (2) ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจ
 - (3) มีเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพเพียงพอ
 - ด้านค่านิยมร่วม
 - (4) เพื่อให้บุคลากรเกิดความรัก สามัคคีและมีการทำงานเป็นทีม
 - (5) เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลให้มีคุณภาพผ่านการรับรอง HA เป็นที่ยอมรับและไว้วางใจจากผู้รับบริการ
 - (6) บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน รับรู้ปัญหาและหา แนวทางแก้ไขร่วมกัน
 - (7) มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อลด ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน ด้านโครงสร้างองค์กร
 - (8) เพื่อสถานที่ทำงาน สะอาด สะดวก สิ่งแวดล้อมน่าอยู่ นำ งานและปลอดภัย ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน
 - (9) บุคลากรได้รับความรู้ และทักษะในการพัฒนาคุณภาพ ด้านกลยุทธ์
 - (10) จัดทำคู่มือ/ขั้นตอนในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

2) ไม่ได้ประโยชน์ เพราะ

ด้านระบบการปฏิบัติงาน

(1) ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

(2) บุคลากรขาดความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพ

ด้านค่านิยมร่วม

(3) ขาดความสามัคคี

ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน

(4) บุคลากรได้รับการอบรมไม่ทั่วถึงและ

ไม่ได้นำไปปฏิบัติจริง

3) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา พบว่า

(1) ความคิดเห็นของข้าราชการและลูกจ้างประจำเกี่ยวกับปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา พอสรุปได้ดังนี้

ด้านระบบการปฏิบัติงาน

(1) บุคลากรขาดความร่วมมือแรง ร่วมใจในการทำงานพัฒนาคุณภาพ

(2) บุคลากรขาดกระตือรือร้นติดตามและขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

(3) บุคลากรขาดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ

(4) บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

(5) ขาดงบประมาณ

(6) ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์

ด้านค่านิยมร่วม

(7) บุคลากรขาดการทำงานเป็นทีม

(8) บุคลากรขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ HA

(9) บุคลากรขาดความสามัคคี

(10) บุคลากรขาดความพร้อมในการประเมินคุณภาพ

ด้านโครงสร้างองค์กร

- (11) โครงสร้างทางกายภาพไม่เหมาะสม เก่าทรุดโทรม
และไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน

- (12) บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนา
คุณภาพและมาตรฐานที่นำมาใช้

- (13) เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมไม่ทั่วถึง

ด้านกลยุทธ์

- (14) ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน

- (15) ขาดการสื่อสารในเรื่องคุณภาพ

- (16) ขาดการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ

- (17) ขาดการวางแผนร่วมกัน

ด้านบุคลากร

- (18) มีงานประจำมีมาก ไม่มีเวลาทำงานคุณภาพ
(ภาระงานเพิ่มขึ้น)

- (19) ขาดแคลนบุคลากร

- (20) ทีมงานในการพัฒนาคุณภาพมีน้อยและ
ไม่เข้มแข็ง 2 คน

ด้านรูปแบบการบริหาร

- (21) ผู้บริหารเปลี่ยนบ่อย ทำให้เห็นนโยบายขาด
ความต่อเนื่อง 2 คน

- (22) ผู้บริหารไม่เข้าถึงผู้ปฏิบัติ 1 คน

- (2) ความคิดเห็นของข้าราชการและลูกจ้างประจำที่มีส่วน

ร่วมในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา สรุปได้ดังนี้

ด้านระบบการปฏิบัติงาน

- (1) ปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ ทำงานให้ดีที่สุด
ตามมาตรฐาน

- (2) พัฒนาระบบงานคุณภาพและกระตุ้นให้เกิด
การพัฒนาใน PCT , CQI ,
การบริหารความเสี่ยง

ด้านค่านิยมร่วม

(3) มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและกิจกรรม

คุณภาพเช่น CQI, IC, 5ส, HA, นวัตกรรม

ด้านโครงสร้างองค์กร

(4) ปรับปรุงโครงสร้างอาคาร สถานที่ให้แข็งแรง

ปลอดภัยเพียงพอ

ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน

(5) ศึกษาหาความรู้ในเรื่องคุณภาพเพื่อนำไปปฏิบัติและ
ถ่ายทอดในหน่วยงาน

(6) พัฒนาทีมงานและทีมคร่อมสายงานให้ได้มาตรฐาน

(7) เข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและ
จัดทำมาตรฐานตามที่ HA กำหนด

(8) ให้บริการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย

(9) สนับสนุนการสื่อสาร สร้างความเข้าใจกระบวนการ
คุณภาพ

ด้านกลยุทธ์

(10) บุคลากรปฏิบัติตามนโยบาย พันธกิจ

ของโรงพยาบาล และหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
ให้มีประสิทธิภาพ

(11) จัดทำแผนพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อให้สอดคล้อง
กับเป้าหมายโรงพยาบาล

(3) *ความคิดเห็นของข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ให้
ข้อเสนอแนะที่ควรนำมาประกอบในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ
มาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา พอสรุปได้ดังนี้*

ด้านระบบการปฏิบัติงาน

(1) สร้างขวัญและกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ในการพัฒนา
คุณภาพ

ด้านค่านิยมร่วม

(2) ควรมีการทำงานเป็นทีม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

- (3) ปรับทัศนคติเรื่องการพัฒนาคุณภาพคือการทำงาน
ประจำให้ดีขึ้นไม่ได้เพิ่มภาระงาน

ด้านโครงสร้างองค์กร

- (4) ปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพสิ่งแวดล้อมให้
ปลอดภัย และมีระบบบริหารความเสี่ยง

ด้านทักษะในการปฏิบัติงาน

- (5) อบรมเจ้าหน้าที่ทุกคนเพื่อสร้างสัมพันธภาพองค์กร
(OD)ให้เกิดความสามัคคีและเตรียมพร้อมรับ
การประเมินคุณภาพ
- (6) อบรมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความเข้าใจในการพัฒนา
คุณภาพและการนำมาปรับใช้ในงานประจำ
- (7) แคนนำควรมีความพร้อม และสามารถถ่ายทอด
ให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจ
- (8) ปรับวิธีการอบรมการพัฒนาคุณภาพให้น่าสนใจ
เข้าใจง่ายนำมาใช้ได้จริง
- (9) นำข้อเสนอแนะของผู้ประเมินแต่ละครั้งมาปรับปรุง
และพัฒนาด้านกลยุทธ์
- (10) ทีมนำ (Facilitator) ต้องเข้มแข็ง สร้างบรรยากาศ
ให้เอื้อต่อการ เรียนรู้คอยช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา
รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา
- (11) สร้างทีมพัฒนาคุณภาพโดยเฉพาะและมีการนิเทศ
ติดตามงานอย่างต่อเนื่อง โดยดึงวิชาชีพที่สำคัญมา
ร่วมงาน โดยเฉพาะผู้จบปริญญาโท
- (12) ควรมีการวางระบบร่วมกันและปฏิบัติตาม
มาตรฐานที่วางไว้

ด้านรูปแบบการบริหาร

- (12) ผู้บริหารควรสร้างแรงจูงใจ กระตุ้น ติดตาม การพัฒนาคุณภาพ ทุกหน่วยงานผู้บริหารควรปลูกจิตสำนึก
- (13) ให้ทุกคนรักองค์กรและเห็นความสำคัญของการรับรองคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ
- (14) ผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่น มีนโยบายชัดเจน เข้าถึงผู้ปฏิบัติ เพื่อสร้างแรงจูงใจ กระตุ้น ให้บุคลากรตระหนักในการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร
- (15) ผู้บริหารต้องมีความเข้มแข็ง มุ่งมั่น ตัดสินใจ รวดเร็วและมี วิสัยทัศน์ในการพัฒนา
- (16) ผู้บริหารควรส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมให้กับเจ้าหน้าที่

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย สามารถอภิปรายผลโดยแยกประเด็นตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

2.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

2.3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

2.1 ระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

ระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา อยู่ในระดับมาก โดยด้านระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ด้านภาพรวมของการบริหารองค์กร และด้านผลการดำเนินงาน ตามลำดับ ดังนี้

2.1.1 ด้านภาพรวมของการบริหารองค์กร

ด้านภาพรวมของการบริหารองค์กร ส่งผลต่อระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก อันเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีการนำความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลางและนำมาใช้ในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงาน ผู้บริหารระดับสูงได้มีการควบคุม กำกับ ติดตามการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและผู้รับผลงานพึงพอใจ โดยมีการพัฒนาคุณภาพในระบบงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตามพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ส่งผลต่อตัวชี้วัด(KPIs)ของหน่วยงานให้มีความชัดเจนเพื่อสนองนโยบาย ของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอนุวัฒน์ สุขชุติกุล (2541) และวีรวิฑูร มาฆะศิริรานนท์ (2542) กล่าวว่า หัวใจของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร อยู่ที่ผู้ใช้บริการสำคัญที่สุด หน้าที่ของบุคลากรต่อผู้ใช้บริการคือการศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ตลอดจนรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับวีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2542) กล่าวว่า สมรรถนะของผู้บริหารที่สำคัญของระบบบริหารคุณภาพงานทั่วทั้งองค์กรที่สำคัญมากในระดับต้น ๆ คือ ผู้บริหารทุกระดับจะต้องมีความเข้าใจในความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยในประเด็นนี้ได้แก่ โรงพยาบาลมีการสร้างบรรยากาศองค์กรที่สนับสนุนให้บุคลากรเก่ง ดี มีสุข อยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจาก บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ ขาดการทำงานเป็นทีม ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับ ปัทมา ยิ้มพงศ์ (2542) พบว่า การสร้างบรรยากาศองค์กรให้สอดคล้องกันระหว่างวัตถุประสงค์ขององค์กรและความต้องการของเจ้าหน้าที่ในองค์กรจะสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ยอมรับการดำเนินงานคุณภาพมาเป็นงานประจำ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกองค์กร และบรรยากาศองค์กร ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถทำนายการยอมรับการบริหารคุณภาพของเจ้าหน้าที่ผู้นำจึงควรส่งเสริม และเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้ทำกิจกรรมคุณภาพในเวลาราชการ จัดให้มีการให้รางวัลเพื่อเป็นกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ที่มีผลงานเด่นในด้านต่าง ๆ ทั้งในส่วนที่เป็นเงินสิ่งของ และในส่วนที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ รวมทั้งการให้สวัสดิการในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี การจัดระบบเวลาทำงานแบบยืดหยุ่น การจัดบริการต่าง ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วม และส่งเสริมให้เกิดความสามัคคี โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง(Continuous Quality Improvement : CQI) โดยมี CQI ในระดับหน่วยงานและক্র่อมสายงาน อยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องมาจากบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการพัฒนา

คุณภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษานิพนธ์ แสนโคตร (2544) พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจต่อกระบวนการและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ส่วนการแปลงแผนกลยุทธ์ มาเป็นแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล มีความชัดเจนอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องมาจากบุคลากรน้อย และยังขาดความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดทำแผน และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติรวมทั้งการถ่ายทอดและการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกระดับ สอดคล้องกับแนวคิดของสิทธิศักดิ์ พุกษ์ปีติกุล(2544)กล่าวว่าผู้บริหารสูงสุดขององค์กรต้องมีความมุ่งมั่นการสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ การมีทีมประสานงานหรือทีมคุณภาพระดับโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง การให้ความรู้และการอบรมเจ้าหน้าที่อย่างทั่วถึงและเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับพรทิพย์ ชมเดช (2550:145) กล่าวว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐให้ประสบความสำเร็จ ควรให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับและให้ทำความเข้าใจกับบุคลากรว่าการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐไม่ใช่เครื่องมือทางการบริหารแต่เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กรให้มีความเป็นเลิศ รวมทั้งให้มีการกำหนดให้การพัฒนาคุณภาพการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลสอดคล้องอยู่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ด้วยเพื่อความชัดเจนในการดำเนินงานรวมทั้งมีการถ่ายทอดไปสู่บุคลากรทุกระดับ

2.1.2 ด้านระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ด้านระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ส่งผลต่อระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก อันเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีการบูรณาการการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน และโรงพยาบาลยังให้ความสำคัญกับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยมีทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร ฯลฯ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพ รวมถึงมีการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมีมาตรการควบคุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เหมาะสม โดยโรงพยาบาลจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ/การรักษาพยาบาลอย่างปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งมีระบบติดตามประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค โดยร่วมมือกับชุมชนส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับพระธรรมปิฎก(2542)ได้กล่าวถึงชุมชนหรือสังคม ก็คือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการศึกษาหรือพัฒนาตนของมนุษย์แต่ละคน และจะต้องให้ทุกคนเข้าใจว่าเราอาศัยสังคมแล้วสังคมจะช่วยให้เราพัฒนาตัวเราได้ ถ้าเราไม่มีสังคมที่มีสันติสุข แต่ละคนก็จะไม่มีโอกาสที่จะพัฒนาตัวได้ดี เพราะในสังคมที่ดีก็จะมี

กัลยาณมิตร และปัจจัยต่าง ๆ ที่ช่วยเอื้อให้เราเข้าถึงชีวิตที่ดี ที่สมบูรณ์ ดังนั้นชุมชนที่ดีจึงมีลักษณะที่เอื้อต่อการศึกษาหรือการพัฒนาชีวิตของบุคคล

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยในประเด็นนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลระบบการบริหารจัดการเครื่องมือเพื่อให้เพียงพอและพร้อมใช้ โดยมีการจัดทำแผนและสำรวจความต้องการใช้เครื่องมือโดยเน้นการบริการผู้ป่วยปลอดภัยอยู่ในระดับน้อย อันเนื่องมาจากโรงพยาบาลได้รับงบประมาณจำกัด และเครื่องมือแพทย์มีราคาสูง โรงพยาบาลได้จัดตั้งศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประสิทธิ์ สัจพงษ์ (2542) กล่าวว่า การจัดให้มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ มีผลทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสะดวกและคล่องตัวในการปฏิบัติงานและทำให้ผลงานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวลักษณ์ ภูวนกุล(2545) พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ การขาดการจัดระบบสำรองเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา

2.1.3 ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่าระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก อันเนื่องมาจากโรงพยาบาล มีการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันโดยสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมทั้งการจัดทำกระบวนการหลักในการปฏิบัติงานของหน่วยงานชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษรทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติ ซึ่งทำให้โรงพยาบาลให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบเกี่ยวกับขั้นตอนในการเข้ารับบริการ การเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา เช่น การให้ข้อมูลทั่วไป การลงนามยินยอมให้รักษาได้อย่างถูกต้องและมีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธนานันต์ อุณห์นันท์ (2547) ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพ คือ บุคลากรขาดความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพอื่นในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมหาสารคาม อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยในประเด็นนี้ ได้แก่ โรงพยาบาล มีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรไม่เพียงพอในการให้บริการ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยอยู่ในระดับน้อย อันเนื่องมาจากโรงพยาบาลเสนาเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับอำเภอ มีขนาดเล็ก จำนวนบุคลากรน้อย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับ GIS ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่รักษาผู้ป่วยด้านปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ บางสาขา โดยรับผิดชอบประชากรในอำเภอจำนวน 14,578 ครอบครัว และประชาชนในอำเภอใกล้เคียง รวมทั้งเป็นศูนย์รับ Refer ชีวตะวันตก โดยมี รพ.บางไทร บางซ้าย ผักไห่ นครหลวง ไป

โรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่งผลให้ภาระงานมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบุคลากรซึ่งมีอยู่เท่าเดิม ส่งผลให้บุคลากรไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรืออบรมเกี่ยวกับพัฒนาคุณภาพได้ทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุเมธ ชำนิ (2546:56) พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การที่บุคลากรขาดความรู้ในกระบวนการดำเนินงานตามระบบมาตรฐาน P.S.O การมีภาระงานมากและเวลาที่ปฏิบัติงานไม่ตรงกันทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

P.S.O เป็นระบบส่งเสริมคุณภาพ (quality enhancement) ที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพการบริการประชาชนของหน่วยงานรัฐ ที่ยึดหลักการสำคัญ ดังนี้

1. P.S.O มุ่งสู่ความเป็นเลิศตามลักษณะของหน่วยงาน มากกว่าการมีมาตรฐานเพียงหนึ่งเดียว ขณะเดียวกันก็เน้นการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) มุ่งหวังให้หน่วยงาน ดีขึ้นกว่าที่เคยเป็น และพัฒนาให้ก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ หน่วยงานจึงต้องทำมากกว่าการรักษามาตรฐานที่มีอยู่ แต่ต้องมีการยกระดับให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ

2. P.S.O เน้นผลผลิตและผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการ และผลลัพธ์สุดท้ายที่มุ่งหวังคือ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ

3. P.S.O เน้นการเข้าร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง เป็นหลักการที่เชื่อในระบบเปิดว่าเป็นระบบที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาที่ยั่งยืนและนำมาซึ่งสิ่งที่ดีกว่าทั้งต่อผู้รับและผู้ให้บริการ ดังนั้นจึงเน้นการให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการภาครัฐให้ดียิ่งขึ้นในการดำเนินงานทุกขั้นตอนจึงเน้นให้บุคลากรในหน่วยงาน ประชาชนที่ไปติดต่อขอรับบริการและบุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมในการปรับปรุงงานด้วย

4. P.S.O เน้นการวัดผลที่ยั่งยืนและแสดงให้เห็นได้ซึ่งนำไปสู่ตัวชี้วัด (indicator) ตามเกณฑ์มาตรฐานร่วม (common criteria) ต่าง ๆ ตามตัวชี้วัดที่หน่วยงานสร้างขึ้น ต้องสามารถวัดผลและแสดงให้เห็นถึงผลดังกล่าวได้ การแสดงผลอาจแสดงโดยการปฏิบัติให้เห็นจริงและ/หรือการแสดงผลแห่งอ้างอิงต่าง ๆ ที่รวบรวมไว้

5. P.S.O เน้นการทำให้ดีขึ้นภายใต้ขีดจำกัดและเงื่อนไขของแต่ละหน่วยงาน

6. P.S.O เป็นกระบวนการที่ไม่มีวันสิ้นสุด (even-ending) มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.1.4 ด้านผลการดำเนินงาน

ด้านผลการดำเนินงาน ส่งผลต่อระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ซึ่งผลการวิเคราะห์จากความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านข้อ

คำถามซึ่งมีจำนวนมาก ผู้ตอบแบบสอบถามอาจมีความสับสนได้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตั้งข้อคำถามในด้าน ผลการดำเนินงานเป็นรายชื่อ ซึ่งจะนำไปเขียนเป็นข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

สรุปได้ว่าระดับความสำเร็จของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรอง คุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา ในภาพรวมระดับความสำเร็จอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.56) ด้านที่มีระดับความสำเร็จมากที่สุด คือ ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 2.66) และด้านที่มีระดับความสำเร็จน้อยที่สุด คือ ผลการดำเนินงาน (ค่าเฉลี่ย = 2.50)

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อ การรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

2.2.1 ด้านค่านิยมร่วม

ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม พบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการ ดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ซึ่งผลการ วิเคราะห์มีค่าสัมประสิทธิ์ของการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานสูงสุด อภิปรายได้ว่า การบริหาร จัดการด้านค่านิยมร่วมเป็นตัวแปรอิสระ ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารงานตามเกณฑ์การ พัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา เป็นอันดับแรก กล่าวคือ การนำปัจจัยด้านค่านิยมร่วม มาใช้ในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพ มาตรฐานยิ่งมากเท่าใด ก็จะผลักดันให้การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนาประสบความสำเร็จได้มากขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากโรงพยาบาลกำหนดค่านิยมร่วม คือ การทำงานเป็นทีม มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับบุคลากรของโรงพยาบาลว่าสามารถปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งสอดคล้อง กับของแมคคินซี อังในอำนาจ วัดจินดา(2551) ค่านิยมและบรรทัดฐานที่ยึดถือร่วมกันโดย สมาชิกขององค์กรที่ได้กลายเป็นรากฐานของระบบการบริหาร และวิธีการปฏิบัติของบุคลากรและ ผู้บริหารภายในองค์กร จะสะท้อนให้เห็นถึงบุคลิกภาพและเป้าหมาย หรือเป็นพฤติกรรมประจำวัน ขึ้นมาภายในองค์กร เมื่อค่านิยมและความเชื่อได้ถูกยอมรับทั่วทั้งองค์กรและบุคลากรกระทำตาม ค่านิยมเหล่านั้นแล้วองค์กรก็จะมีวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง

2.2.2 ด้านรูปแบบการบริหาร(Style) พบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จใน การดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ซึ่งผล การวิเคราะห์มีค่าสัมประสิทธิ์ของการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ในลำดับที่ 2 อภิปรายได้ ว่าการบริหารจัดการด้านรูปแบบการบริหารเป็นตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาล เสนา เป็นอันดับ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในการบริหารคุณภาพ ความมุ่งมั่นของผู้บริหารมี

ความสำคัญต่อการผลักดันนโยบายคุณภาพสู่การปฏิบัติรวมทั้งมีการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของอัจฉรา อูไรเลิศ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยด้านผู้นำ/ผู้บริหารของโรงพยาบาลค่ายสุรนารีพบว่าแนวทางในการส่งเสริมปัจจัยในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องคือผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลทุกคน ควรให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่อง และศรัณญา อินทศักดิ์ (2548) ให้ข้อเสนอแนะจากการศึกษาพบว่า ผู้บริหารระดับสูงต้องมุ่งมั่นเป็นตัวอย่างในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพด้วยความตั้งใจจริง ส่งเสริมสนับสนุน สร้างขวัญและกำลังใจ สร้างวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับเพื่อการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2.2.3 ด้านระบบการปฏิบัติงาน (System) พบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ซึ่งผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ในลำดับที่ 3 อภิปรายได้ว่า การบริหารจัดการด้านระบบการปฏิบัติงานเป็นตัวแปรอิสระ ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา อยู่ในอันดับ 3 กล่าวคือ การนำปัจจัยด้านระบบการปฏิบัติงาน มาใช้ในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานยิ่งมากเท่าใด ก็จะผลักดันให้การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนาประสบความสำเร็จได้มากขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้นำระดับสูง ให้ความสำคัญและสนับสนุนการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผล โดยจัดตั้งคณะกรรมการความเสี่ยงในทุกหน่วยงานประสาน/เชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงและระบบสารสนเทศ รวมทั้งมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ มีการวางแผนดำเนินการ และประเมินผล ค้นหาความเสี่ยงด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปในทุกหน่วยงาน ทุกระดับโดยจัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม การปฏิบัติตามระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์พร้อมใช้ การมีส่วนร่วมในการลดขั้นตอนการให้บริการ/ระยะเวลาารอคอยของผู้มารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการบริหารงานตามแนวคิดของแมคคินซี อังในอำนาจ วัตจินดา(2551) ในเรื่องระบบการปฏิบัติงาน (System) ที่ว่า ในการปฏิบัติงานตามกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ตามที่กำหนดไว้ นอกจากการจัดโครงสร้างที่เหมาะสมและมีกลยุทธ์ที่ดีแล้ว การจัดระบบการทำงาน (Working System) ก็มีความสำคัญยิ่ง อาทิ ระบบบัญชี/การเงิน (Accounting/Financial System)

ระบบพัสดุ (Supply System) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology System) ระบบการติดตาม/ประเมินผล Monitoring/Evaluation System) ฯลฯ และสอดคล้องกับสถิติศักดิ์พลเกษ์ปิติกุล (2544) กล่าวว่า ปัจจุบันผู้รับบริการมีความรู้และมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และมีความคาดหวังที่จะได้รับการบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณธรรมเพิ่มสูงขึ้นด้วย ดังจะเห็นได้จากปริมาณการฟ้องร้องคดีเกี่ยวกับการได้รับบริการที่ไม่ได้มาตรฐานหรือฉ้อฉลจริยธรรมที่สูงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นต้น จึงทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งเร่งปรับปรุงคุณภาพเพื่อให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน

2.2.4 ด้านกลยุทธ์ (Strategy) พบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ซึ่งผลการวิเคราะห์มีค่าสัมประสิทธิ์ของการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ในลำดับที่ 4 อภิปรายได้ว่าการบริหารจัดการด้านกลยุทธ์เป็นตัวแปรอิสระ ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา อยู่ในอันดับ 4 กล่าวคือ การนำปัจจัยด้านกลยุทธ์ มาใช้ในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานยิ่งมากเท่าใด ก็จะผลักดันให้การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนาประสบความสำเร็จได้มากขึ้นเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเกริกยศ ชลาชนเดชะ (2547) ได้กล่าวไว้ว่า องค์กรที่ประสบความสำเร็จได้ในการบริหาร จะใช้ปัจจัย 7 s ทั้ง 7 ประการนี้ได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสม ในการวิเคราะห์องค์กร เช่น ใช้เพื่อการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร เพื่อประเมินความพร้อมขององค์กร ทำให้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กร เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดทิศทางขององค์กร และกำหนดกลยุทธ์ขององค์กร ไปสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลตามที่ต้องการ

2.2.5 ด้านบุคลากร (Staff) พบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา ซึ่งผลการวิเคราะห์มีค่าสัมประสิทธิ์ของการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน อยู่ในลำดับที่ 5 อภิปรายได้ว่าการบริหารจัดการด้านบุคลากรเป็นตัวแปรอิสระ ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา อยู่ในอันดับ 5 กล่าวคือ การนำปัจจัยด้านบุคลากร มาใช้ในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานยิ่งมากเท่าใด ก็จะผลักดันให้การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนาประสบความสำเร็จได้มากขึ้นเท่านั้น ซึ่งตามแนวคิดของแมคคินซี อังในอำนาจ วัดจินดา (2551) ทรัพยากรมนุษย์นับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กร องค์กรจะประสบความสำเร็จหรือไม่ส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับการจัด

การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management สอดคล้องกับแนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 1989) ที่กล่าวว่า ทรัพยากรบุคคล (Man) ถือเป็นปัจจัยนำเข้าที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะคนมีชีวิตจิตใจ มีจิตวิญญาณ มีความคิด มีความแตกต่างและความแปรปรวนสูงทั้งในระหว่างแต่ละคนและแม้แต่ในคนคนเดียวกัน คนเป็นผู้ดำเนินการทำงานตามกระบวนการจนได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ดังนั้น คุณภาพของคนในองค์กรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สุรพงษ์ มาลี (2549: 13) ที่กล่าวว่า สมรรถนะจะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความรู้ ทักษะ/ความสามารถ และคุณลักษณะเฉพาะบุคคลในเชิงพฤติกรรมศาสตร์ แรงจูงใจที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่สะท้อนในรูปแบบพฤติกรรมการทำงานที่จะส่งผลสำเร็จที่ดีเยี่ยมของผลงาน จึงควรส่งเสริมและสร้างความตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแมคคินซี อังในอำนาจ วัตจินดา (2551) ที่ว่าทักษะ (Skill) ในการปฏิบัติงานของทรัพยากรบุคคลในองค์กรสามารถแยกทักษะออกเป็น 2 ด้าน คือ ทักษะด้านงานอาชีพ (Occupational Skills) เป็นทักษะที่จะทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่ได้ ตามหน้าที่ และลักษณะงานที่รับผิดชอบ เช่น ด้านการเงิน ด้านบุคคล ซึ่งคงต้องอยู่บนพื้นฐานการศึกษาหรือได้รับการอบรมเพิ่มเติม ส่วนทักษะความถนัด หรือ ความชาญฉลาดพิเศษ (Aptitudes and special talents) นั้นอาจเป็นความสามารถที่ทำให้พนักงานนั้น ๆ โดดเด่นกว่าคนอื่น ส่งผลให้มีผลงานที่ดีกว่าและเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานได้รวดเร็ว ซึ่งองค์กรคงต้องมุ่งเน้นในทั้ง 2 ความสามารถไปควบคู่กัน สรุปได้ว่าความรู้ ความสามารถ และความพร้อมของบุคลากร จึงมีความสำคัญในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

2.3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานตามเกณฑ์

การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานตามเกณฑ์พัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา พบว่า ข้าราชการและลูกจ้างประจำโรงพยาบาลเสนา ยังขาดความรู้ความเข้าใจในระบบการพัฒนาคุณภาพ เช่น 5 ส., OD, ESB, TQM/CQI, ISO, QA ,HA การขาดการประสานงานและการขาดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงานเป็นทีม ตลอดจน ขาดงบประมาณ ขาดแคลนเครื่องมือและอุปกรณ์ในการจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพงานและบริการ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งหากนำระบบการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพฯ มาใช้ในการพัฒนาองค์กรให้ประสบความสำเร็จ ผู้บริหารควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพและการนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการ

ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมพัฒนาเพิ่มทักษะการทำงาน ส่งเสริมการเรียนรู้บุคลากรให้มีความตั้งใจ เอาใจใส่ เสียสละและปลุกจิตสำนึกเต็มใจบริการ มีการจัดสรรงบประมาณในด้านต่าง ๆ จากหน่วยงานต้นสังกัด เช่น งบประมาณด้านวัสดุอุปกรณ์ และพัฒนาเทคโนโลยีในการให้บริการประชาชน งบประมาณในการปรับปรุงอาคารสถานที่ที่ให้บริการเพื่อความเพียงพอและพร้อมสำหรับการให้บริการประชาชน ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย รวมถึงค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลา ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพบังเกิดขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงาน สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมรับการประเมินผู้โรงพยาบาลคุณภาพ(HA) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนานันต์ อุณหันท์ (2547: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพ คือ บุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การมีภาระงานประจำของบุคลากรที่หนัก การขาดความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพอื่นในโรงพยาบาล ส่วนข้อเสนอแนะได้แก่ ควรจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์ การจัดประชุมควรจัดในช่วงเวลาราชการ และใช้เวลาให้เป็นประโยชน์สูงสุด ควรมีการจัดกิจกรรมสร้างความสามัคคี ตลอดจนผู้บริหารควรพบผู้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และควรมีการจัดเสริมความรู้ให้แก่บุคลากรเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้ ผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสนใจและติดตามแก้ไขปัญหาให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด มีการสื่อสารในระดับล่างสู่บนเพื่อความเข้าใจอันดี สร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะทำให้การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมหาสารคามดำเนินไปด้วยความราบรื่นและมีประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงผลงานวิจัยของนางสาวกาญจนา ดอกบานเย็น (2547 : บทคัดย่อ) ที่ได้วิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และกระบวนการบริหารของผู้บริหารระดับต้นกับผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลหัวเฉียวพบว่า กระบวนการบริหารด้านการจัดระเบียบองค์การ การจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การจัดการบุคลากรอย่างเพียงพอกับปริมาณและคุณภาพของงาน การจูงใจและการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ

3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัย การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะโดยแบ่งข้อเสนอแนะเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา คือ ปัจจัยด้านค่านิยมร่วม ปัจจัยด้านกลยุทธ์ ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหาร ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านระบบ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.1.1 ปัจจัยค่านิยมร่วม(Shared Values) จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับน้อย ดังนั้น การที่จะทำให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ควรเน้นในห้วงการนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่ ๆ และทำให้ข้าราชการและลูกจ้างประจำ มีการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีความคิดสร้างสรรค์ ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการทำงานด้วยระบบทีม เพื่อสร้างบรรยากาศองค์การที่สนับสนุนให้บุคลากรเก่ง ดี มีความสุข

3.1.2 ปัจจัยด้านกลยุทธ์ (Strategy) จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพมาตรฐาน ปัจจัยสนับสนุนด้านกลยุทธ์ (Strategy) ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลมีแพทย์พยาบาลและบุคลากรน้อย มีภาระงานมากส่งผลกระทบต่อกรนำแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุตามพันธกิจ โดยส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement หรือ CQI มาใช้ในระดับหน่วยงานและক্রómสายงานให้มากขึ้น ดังนั้น ผู้บริหารควรเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ให้เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติ และหน่วยงานต้นสังกัดควรให้การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อใช้ในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์และนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เช่น มีเครื่องมือ/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการรักษาอย่างเพียงพอ การนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาล เพื่อลดขั้นตอนในการทำงานให้เป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้องมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.1.3 ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหาร (Style) จากการศึกษาวิจัยพบว่า

ปัจจัยสนับสนุนด้านรูปแบบการบริหาร (Style) อยู่ในระดับมาก นั้น แสดงให้เห็นได้ว่า การดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานมีความสำเร็จได้ยอดเยี่ยมอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ การกำหนดพันธกิจของผู้บริหารมีความสอดคล้องกับการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญและสนับสนุนในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้บุคลากรได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ความมุ่งมั่นของ ผู้บริหาร สามารถช่วยผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ

3.1.4 ปัจจัยด้านบุคลากร (Staff) จากการศึกษาวิจัยพบว่า การดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานมีความสำเร็จได้ยอดเยี่ยมอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ ความรู้ ความสามารถของบุคลากร ความผูกพันและมุ่งมั่นที่จะผลักดันให้โรงพยาบาลผ่านการประเมิน เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) การพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ HA บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล บุคลากรมีความพร้อมในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล(HA.)

3.1.5 ปัจจัยด้านระบบ (System) จากการศึกษาวิจัยพบว่า การมีกิจกรรมสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ การปฏิบัติตามระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์พร้อมใช้ การมีคู่มือ/ขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อความถูกต้อง รวดเร็วในการรักษาพยาบาล/ให้บริการ การบริหารงานเพื่ออำนวยความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการด้านการตรวจ รักษาและวินิจฉัยโรค การมีส่วนร่วมในการลดขั้นตอนการให้บริการ/ระยะเวลารอคอยของผู้มารับบริการ มีส่วนสำคัญส่งเสริมให้การดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลอยู่ในระดับที่มีคุณภาพสูง

3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลแห่งอื่น ๆ ของประเทศ เช่น โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างของการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลในแต่ละระดับหรือต่างพื้นที่ อันจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบายการดำเนินงานที่ตอบรับกับสภาพความเป็นจริงในแต่ละกลุ่มของพื้นที่

3.2.2 ควรศึกษาการพัฒนาตัวบ่งชี้วัดความสำเร็จในการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลในการปฏิบัติงาน เพื่อนำตัวบ่งชี้ที่ได้มาใช้เป็นแบบวัดความสำเร็จในการนำนโยบายการดำเนินงานไปปฏิบัติ และนำมาจัดระดับความสำเร็จของโรงพยาบาล อีกทั้ง ใช้เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำปัจจัยที่ได้มาใช้ในการกำหนดแผนการดำเนินงาน (Action Plan) ให้ตอบรับกับการปฏิบัติจริงโดยเน้นการมีส่วนร่วม (Participation) และการทำงานเป็นทีมของข้าราชการและลูกจ้างประจำในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3.2.3 ควรศึกษาปัจจัยสู่ความสำเร็จ (Key Success Factors) ในการนำหลักการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาล ให้เกิดประสิทธิผล เพื่อนำปัจจัยที่ได้มากำหนดแผนการดำเนินงาน (Action Plan) ให้ตอบรับกับการปฏิบัติจริงโดยเน้นการมีส่วนร่วม (Participation) ของบุคลากรในหน่วยงาน

3.2.4 ควรมีการศึกษาติดตาม (Monitoring) ประเมินผลการดำเนินงาน (ตอนที่ 4) ผู้การปฏิบัติตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยเน้นผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วย ด้านการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน ด้านการเงิน ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ ด้านการนำ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนางานคุณภาพในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

3.2.5 ควรมีการศึกษาเรื่องความพร้อมของบุคลากรต่อการนำการบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถที่จะเรียนรู้ จัดทำและดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ได้อย่างสัมฤทธิ์ผล



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กิริตีพัชร เชาวลิขิต (2549) ปัญหาและการพัฒนาการบริหารจัดการของสถานีนามัยในอำเภอเมืองจังหวัดชัยนาท หน้า 11-12
- เกริกยศ ชลาชนเดชะ (2547) ประมวลสาระชุดวิชาการวางแผนกลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี หน้า 337-339
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ (2543) เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Quality Indicators) กรุงเทพมหานคร โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543: 2-3)
- ชื่นชีวิต โชติพิทยสุนนท์ (2548) “ปัจจัยส่วนบุคคลและการบริหารคุณภาพบริการของผู้บริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารโรงพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ชูเกียรติ เพียรชนะและเยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ (2551) สถานการณ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย หน้า 400-401
- ทิฆัมพร สุพิมพ์ (2548) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุรินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ (2552) “ระบบสารสนเทศกับการประสานงานและการควบคุม” ในเอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารองค์การ หน่วยที่ 5 หน้า 5-20 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิทยาการจัดการ
- ธงชัย สันติวงษ์ (2543) องค์การและการบริหาร พิมพ์ครั้งที่ 11 กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช หน้า 11-12
- ชนานันต์ อุณหันทน์ (2547) “การประเมินการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรสุภาพมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- นิพนธ์ แสนโคตร (2544) “ความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานีเกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พ.ศ.2544” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

- ประเวศ วะสี (2543) กล่าวในที่ประชุม “National Forum on Hospital Accreditation”
ครั้งที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ 2543
- ปฏิทินสาธารณสุข สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (2554) โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญ
นิติบุคคลสหประชาพานิชย์
- พิมลพรรณ คุณสิทธิ์ (2549) “ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจ กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน”
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- พีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์ (2541) การบริหารจัดการ โครงการพัฒนาสังคมแบบก้าวหน้า
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หน้า 18-19
- พรทิพย์ ชมเดช (2550) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ
ภาครัฐ : กรณีศึกษา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หน้า 145
งานานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ.2525
_____ (2541) เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ เรื่อง “การพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล ครั้งที่ 1” วันที่ 24-26 พฤศจิกายน 2541 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี
กรุงเทพมหานคร
- วันชัย มีชาติ (2551) ในประมวลสารระชูดวิชาการบริการองค์การ หน่วยที่ 3 หน้า 3-20 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วิวัฒน์ ปองเสงี่ยมและคณะ (2547) “ 25 ปี โรงพยาบาลเสนา พ.ศ. 2522-2547 ”
- วิศนีย์ เกสัชชา (2547) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล :
ศึกษาเฉพาะกรณีวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล”
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วิชาญ เกิดวิชัย (2547) “องค์ประกอบของคุณภาพ” หน้า 10
- ศรัญญา อินทรศักดิ์ (2548) “การประเมินความรู้และการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรใน
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สาธารณสุข หน่วยที่ 15 สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2541) “ความรู้พื้นฐานในการดำเนินงานพัฒนาและรับรอง”

_____ . (2542) คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พฤศจิกายน 2542)

_____ . (2543) “จะเข้าสู่ HA ได้อย่างไร” 1 มิถุนายน 2543 หน้า 12-13

_____ . (2551) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี นนทบุรี

สถาบันดำรงราชานุภาพ กระทรวงมหาดไทย (2539) รายงานการวิจัย เรื่อง ปัญหาการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น กรมการปกครอง

สหทยา กิติศรยุทธนากุล (2547) กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพในจังหวัดนครราชสีมา วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สัมฤทธิ์ โปราและวิศิษฐ์ พิชัยสนธิ (2527) การบริหารโรงพยาบาล 1 (Hospital Management) สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน้า 101-103

เสาวลักษณ์ ภูวนกุล (2545) ได้ศึกษาเรื่อง การเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร

อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2544) ประมวลสาระชุดวิชา การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางาน หน้า 175

อำนาจ วัฒนจินดา “ประเมินโครงการด้วย McKinsey 7’s” ที่มา <http://www.hrcenter.co.th>

17 ก.ย. 2551 หรือ ค้นหา วันที่ 14 พ.ค.53 <http://gotoknow.org/blog/kohlarn/209483>

เอกสารประกอบการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเสนา หน้า 6



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม



แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

เรื่อง การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล
ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง การบริหารงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเสนา เท่านั้น คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จึงใคร่ขอความกรุณาท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ให้ครบทุกข้อ เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการ และขอรับรองว่าคำตอบของท่าน จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่านเพราะผลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวมไม่จำแนกรายละเอียดของแต่ละบุคคลแต่อย่างใด

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม
มา ณ โอกาสนี้

นางสาวเสาวนีย์ โรจนบุรานนท์

นักศึกษาปริญญาโท

แขนงวิชาบริหารรัฐกิจ วิชาเอกรัฐประศาสนศาสตร์

บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ

1. ต่ำกว่า 31 ปี 2. 31-40 ปี
 3. 41-50 ปี 4. 51-60 ปี

3. ระดับการศึกษา

1. ประถม 2. มัธยม
 3. อนุปริญญา 4. ปริญญาตรี
 5. สูงกว่าปริญญาตรี

4. ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

1. แพทย์ 2. ทันตแพทย์
 3. เภสัชกร 4. พยาบาลวิชาชีพ
 5. นักวิชาการสาธารณสุข 6. เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม
 7. เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 8. เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์
 9. ข้าราชการอื่น ๆ (โปรดระบุ).....
 10. ลูกจ้างประจำ

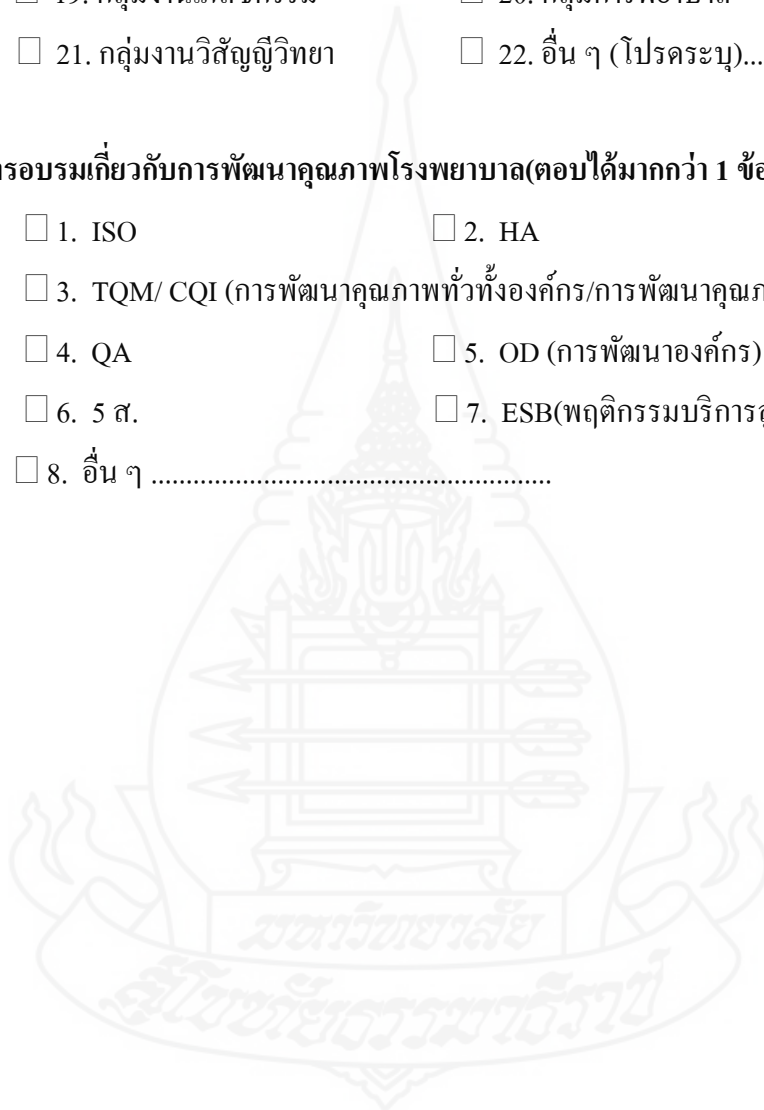
5. หน่วยงาน/แผนกงานที่ท่านปฏิบัติงาน

1. กลุ่มอำนวยการ 2. กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
 3. กลุ่มงานผู้ป่วยนอก 4. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
 5. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม 6. กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช
 7. กลุ่มงานอายุรกรรม 8. กลุ่มงานศัลยกรรม
 9. กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 10. กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 11. กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม | <input type="checkbox"/> 12. กลุ่มงานจักษุวิทยา |
| <input type="checkbox"/> 13. กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก | <input type="checkbox"/> 14. กลุ่มงานรังสีวิทยา |
| <input type="checkbox"/> 15. กลุ่มงานจิตเวช | <input type="checkbox"/> 16. กลุ่มงานพยาธิวิทยา |
| <input type="checkbox"/> 17. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู | <input type="checkbox"/> 18. กลุ่มงานทันตกรรม |
| <input type="checkbox"/> 19. กลุ่มงานเภสัชกรรม | <input type="checkbox"/> 20. กลุ่มการพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> 21. กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา | <input type="checkbox"/> 22. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... |

6. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ISO | <input type="checkbox"/> 2. HA |
| <input type="checkbox"/> 3. TQM/ CQI (การพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง) | |
| <input type="checkbox"/> 4. QA | <input type="checkbox"/> 5. OD (การพัฒนาองค์กร) |
| <input type="checkbox"/> 6. 5 ส. | <input type="checkbox"/> 7. ESB(พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ) |
| <input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ | |



ตอนที่ 2

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาล Hospital Accreditation (HA)

หมายถึง การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพตามมาตรฐาน โรงพยาบาล

เพื่อให้ผ่านการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)

ผู้บริหาร หมายถึง คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล , คณะกรรมการนโยบายและแผน

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
	การนำองค์กร (SED)				
1	ท่านคิดว่าผู้บริหารระดับสูงได้มีการติดตามกำกับด้านการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในระบบงานต่าง ๆ บรรลุเป้าหมายอยู่ในระดับใด				
	การบริหารเชิงกลยุทธ์ (STM)				
2	ท่านคิดว่าการแปลงแผนกลยุทธ์ มาเป็นแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล มีความชัดเจนอยู่ในระดับใด				
	การมุ่งเน้นผู้ป่วย (PCF)				
3	ท่านคิดว่าโรงพยาบาล มีการนำความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมาใช้ในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงานมากน้อยเพียงใด				
	การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ (MAK)				
4	ท่านคิดว่าตัวชี้วัด(KPIs)ของหน่วยงาน ในปัจจุบันมีความชัดเจนสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด				
	การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF)				
5	ท่านคิดว่าโรงพยาบาล มีการสร้างบรรยากาศองค์กรที่สนับสนุนให้บุคลากรเก่ง ดี มีสุข มากน้อยเพียงใด				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
	การจัดกระบวนการคุณภาพ (PCM)				
6	โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) โดยมี CQI ในระดับหน่วยงานและক্র่อมสายงานมากน้อยเพียงใด				
	การบริหารความเสี่ยง (RSQ)				
7	โรงพยาบาลมีการบูรณาการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผนอยู่ในระดับใด				
	การกำกับดูแลวิชาชีพ (PFG)				
8	โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยมีทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์เภสัชกร ฯลฯ อย่างเพียงพอมากน้อยเพียงใด				
	สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)				
9	โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการเครื่องมือเพื่อให้เพียงพอและพร้อมใช้ โดยมีการจัดทำแผนและสำรวจความต้องการใช้เครื่องมือโดยเน้นการบริการผู้ป่วยปลอดภัยมากน้อยเพียงใด				
	การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ (IC)				
10	ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในมาตรการการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด				
	ระบบเวชระเบียน (MRS)				
11	โรงพยาบาลมีระบบการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนให้สอดคล้องกับความต้องการของแพทย์และพยาบาลมากน้อยเพียงใด				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
	ระบบการจัดการด้านยา (MMS)				
12	ท่านคิดว่าโรงพยาบาลมีมาตรการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เหมาะสมมากน้อยเพียงใด				
	การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัย (DIN)				
13	ท่านคิดว่าโรงพยาบาล จัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ มากน้อยเพียงใด				
	การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)				
14	ท่านคิดว่าโรงพยาบาล มีระบบติดตามประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรคที่เหมาะสมเพียงใด				
	การทำงานชุมชน (COM)				
15	ท่านคิดว่าโรงพยาบาล ร่วมมือกับชุมชนส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมากน้อยเพียงใด				
	การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ(ACN)				
16	ท่านคิดว่าโรงพยาบาล มีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรเพียงพอในการให้บริการ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยมากน้อยเพียงใด				
	การประเมินผู้ป่วย (ASM)				
17	โรงพยาบาล มีการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน โดยสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมากน้อยเพียงใด				
	การวางแผน (PLN)				
18	โรงพยาบาล มีการจัดทำกระบวนการหลักในการปฏิบัติงานของหน่วยงานในทุกชั้นตอนอย่างชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษรมากน้อยเพียงใด				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
	การดูแลผู้ป่วย (PCD)				
19	ท่านคิดว่าผู้ป่วยได้รับการชี้แจงขั้นตอนในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลชัดเจนมากน้อยเพียงใด				
	การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย (IMP)				
20	โรงพยาบาลให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบ เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา เช่น การให้ข้อมูลทั่วไป การลงนามยินยอมให้รักษา มากน้อย เพียงใด				
	การดูแลต่อเนื่อง (COC)				
21	โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ให้ผู้ป่วย/ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ ที่บ้านมากน้อยเพียงใด				
	ผลการดำเนินงานขององค์กร (OPR)				
22	ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาล ประสบความสำเร็จ อยู่ในระดับใด				

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารงาน
ตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเสนา

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาล Hospital Accreditation (HA)

หมายถึง

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
	โครงสร้างองค์กร (Structure)				
1	ท่านคิดว่าการจัดแบ่งโครงสร้างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลในขณะนี้มีส่วนผลักดันให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพอยู่ในระดับใด				
2	ท่านคิดว่าการมอบหมายงานของหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาลส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพอยู่ในระดับใด				
3	ท่านคิดว่าการมอบอำนาจหน้าที่ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลมีความชัดเจนมากน้อยเพียงใด				
4	ท่านคิดว่าโครงสร้างโรงพยาบาลในปัจจุบันมีความเหมาะสมสอดคล้องกับการพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อเป็นโรงพยาบาลคุณภาพมากน้อยเพียงใด				
5	ท่านคิดว่าโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมากน้อยเพียงใด				
	กลยุทธ์ (Strategy)				
6	ท่านคิดว่าพันธกิจของโรงพยาบาลมีความชัดเจนมากน้อยเพียงใด				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
7	ท่านคิดว่าการถ่ายทอดพันธกิจ ของ โรงพยาบาลไปสู่การปฏิบัติมีความชัดเจนมากน้อยเพียงใด				
8	ท่านคิดว่าการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติสอดคล้องกับการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด				
9	ท่านคิดว่าโรงพยาบาล มีบุคลากรเพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามพันธกิจได้มากน้อยเพียงใด				
10	ท่านคิดว่าโรงพยาบาล มีงบประมาณเพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลตาม พันธกิจได้มากน้อยเพียงใด				
	รูปแบบการบริหารผู้นำ (Style)				
11	ท่านคิดว่าข้อกำหนดพันธกิจของผู้บริหารมีความสอดคล้องกับการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลอยู่ในระดับใด				
12	ท่านคิดว่าผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญและสนับสนุนในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด				
13	ท่านคิดว่าผู้บริหารโรงพยาบาลมีการควบคุม กำกับติดตามการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด				
14	ท่านคิดว่าผู้บริหารโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้บุคลากรได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด				
15	ท่านคิดว่าความมุ่งมั่นของผู้บริหาร สามารถช่วยผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพได้มากน้อยเพียงใด				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
	ระบบการปฏิบัติงาน(System)				
16	หน่วยงานของท่านมีกิจกรรมสอดคล้องกับแผนพัฒนา ระบบบริการให้มีคุณภาพมากน้อยเพียงใด				
17	ท่านปฏิบัติตามระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อ ลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การล้างมือ การสวม อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน การเตรียม เครื่องมือ/อุปกรณ์พร้อมใช้ เป็นต้น มากน้อยเพียงใด				
18	หน่วยงานของท่านมีคู่มือ/ขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อ ความถูกต้อง รวดเร็วในการรักษาพยาบาล/ให้บริการ มากน้อยเพียงใด				
19	หน่วยงานของท่านมีการบริหารงานเพื่ออำนวยความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการด้านการตรวจ รักษา และวินิจฉัยโรค มากน้อยเพียงใด				
20	ท่านมีส่วนร่วมในการลดขั้นตอนการให้บริการ/ ระยะเวลารอคอยของผู้มารับบริการได้มากน้อยเพียงใด				
	บุคลากร(Staff)				
21	ท่านคิดว่า ความรู้ ความสามารถของบุคลากร มีความ สำคัญในการดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ มากน้อยเพียงใด				
22	ท่านคิดว่าบุคลากร มีความผูกพันและมุ่งมั่นที่จะผลักดัน ให้โรงพยาบาลผ่านการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาล(HA) อยู่ในระดับใด				
23	ท่านคิดว่าการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับHA ส่งผลต่อความสำเร็จของการ พัฒนาคุณภาพ มากน้อยเพียงใด				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
24	ท่านคิดว่าบุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด				
25	ท่านคิดว่าบุคลากร มีความพร้อมในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล(HA)อยู่ในระดับใด				
	ทักษะในการปฏิบัติงาน(Skill)				
26	ท่านได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด				
27	การพัฒนาทักษะ โดยการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพมากน้อยเพียงใด				
28	การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะบุคลากร โรงพยาบาลทำให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด				
29	ท่านพัฒนาทักษะ ความเชี่ยวชาญในงาน โดยการศึกษาหาความรู้จากหนังสือ ตำรา บุคคลผู้มีประสบการณ์ หรืออินเทอร์เน็ตมากน้อยเพียงใด				
30	ท่านคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากร มีส่วนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะแบบต่อยอด เช่น คิดค้นประดิษฐ์นวัตกรรมใหม่ ๆ อยู่ในระดับใด				
	ค่านิยม(Share Value)				
31	ท่านคิดว่าบุคลากรของโรงพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด				
32	ท่านคิดว่า ค่านิยมร่วมของโรงพยาบาล มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด				
33	บุคลากรในโรงพยาบาล มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากน้อยเพียงใด				

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
34	ท่านคิดว่าบุคลากรของโรงพยาบาล มีการทำงานเป็นทีม มากน้อยเพียงใด				
35	ท่านคิดว่าบุคลากรของโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือใน การผลักดันให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ มาตรฐานโรงพยาบาล(HA)มากน้อยเพียงใด				

ตอนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาและรับรอง
คุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา (กรุณาแสดงความคิดเห็น ในทุกข้อเพื่อประโยชน์ในการ
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล)

1. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลเสนา ได้รับประโยชน์จากการนำระบบการพัฒนาคุณภาพไปใช้ได้
หรือไม่ เช่น 5 ส. , OD, ESB, TQM/CQI, ISO, QA ,HA

() ได้ ประโยชน์ที่ได้ คือ.....

.....

() ไม่ได้ เพราะ.....

.....

2. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลเสนายังมีปัญหา อุปสรรคอะไรบ้างในการดำเนินงานการพัฒนาเพื่อการ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล

.....

.....

3. ท่านสามารถมีส่วนร่วมในการปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้โรงพยาบาลเสนา ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ได้อย่างไร

.....

.....

.....

4. เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนา เพื่อการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร ในการนำระบบการพัฒนาศ มาใช้ในการพัฒนาให้ประสบความสำเร็จ

.....

.....

.....



ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ชื่อ-สกุล นายแพทย์ศิวฤทธิ์ รัชมีจันทร์
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 วุฒิการศึกษา ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
 วุฒิบัตรสาขาเฉพาะทาง สาขาประสาทวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ตำแหน่งปัจจุบัน ตำแหน่ง นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ(ด้านเวชกรรมสาขาอายุรกรรม)
 วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา
2. ชื่อ-สกุล นางวรรณภา วีระอนันต์วัฒน์
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 วุฒิการศึกษา บริหารสาธารณสุขมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ตำแหน่งปัจจุบัน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
3. ชื่อ-สกุล นางมลิจันทร์ เกียรติสังวร
 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 วุฒิการศึกษา วทม. สาธารณสุขศาสตร์ เอก อนามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล
 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวเสาวนีย์ โจนนบุรานนท์
วัน เดือน ปีเกิด	23 มีนาคม 2511
สถานที่เกิด	อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ประวัติการศึกษา	บริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2535
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลเสนา อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ตำแหน่ง	นักจัดการงานทั่วไป ชำนาญการ

