



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดเป็นหัวข้อ และนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. คุณภาพบริการ
2. การพัฒนาคุณภาพบริการ
 - 2.1 การพัฒนาคุณภาพ
 - 2.2 วิวัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล
 - 2.3 การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร
 - 2.4 หลักการสำคัญของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร
 - 2.5 การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้กระบวนการ PDCA Cycle
3. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 3.1 ความหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 3.2 ความเป็นมาของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 3.3 วัตถุประสงค์ของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 3.4 เป้าหมายของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 3.5 มาตรฐานโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 3.6 ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการรับรองในการพัฒนาคุณภาพบริการ
 - 3.7 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการและได้รับการรับรองคุณภาพ
4. การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาล
 - 4.1 หน้าที่และความรับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาล
 - 4.2 กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาล
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. คุณภาพบริการ

1.1 คุณภาพ

คุณภาพ (Quality) มีผู้ให้คำจำกัดความไว้หลากหลาย ดังนี้

The American Heritage Dictionary (1976) นิยามว่า คุณภาพ คือ ลักษณะเฉพาะอย่างหนึ่งที่แสดงถึงคุณค่า ลำดับขั้น หรือระดับของความเป็นเลิศ หรือความคาดหวัง

Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA, 1991 อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543: 2) ให้ความหมายของ คุณภาพ ว่า "ระดับของการจัดบริการที่ทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีและเหมาะสมกับความต้องการ โดยลดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ"

Juran (1992: 9) ให้ความหมาย คุณภาพว่า หมายถึง ความเหมาะสมต่อการใช้ (Fitness for use) โดยอธิบายใน 2 ลักษณะ คือ รูปลักษณะของผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่ดีกว่า และการปราศจากข้อบกพร่องหรือมีข้อบกพร่องน้อยกว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการอื่นๆ ในสายตาของลูกค้า

Crosby (1984: 60) และ Ishikawa (1985: 46) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง สิ่งที่ตรงตามความต้องการของลูกค้า

Deming (1986) ได้กล่าวถึงปรัชญา คุณภาพไว้ว่า การที่จะได้มาซึ่งคุณภาพนั้น จะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องไม่สิ้นสุด โดยคำนึงถึงความต้องการของลูกค้าเป็นสำคัญ และให้ความหมายของการปรับปรุงคุณภาพว่า เป็นการปรับปรุงกระบวนการเพื่อเพิ่มผลผลิต ลดต้นทุน และเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า

Pheneuf and Wandelf (1974 อ้างถึงใน วารี วนิชปัญญพล, 2539) กล่าวถึง คุณภาพว่าเป็นการปฏิบัติที่ต้องผ่านกระบวนการตัดสินใจ ตามความเชื่อและค่านิยม ตามความรู้ ความสามารถ และความรับผิดชอบ หรือการที่จะให้ค่าเป็นคุณภาพได้นั้นอยู่ที่การมองในแง่เหตุผลของแต่ละคน ซึ่งจะแตกต่างกัน

McNearly (1993) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า หมายถึงการทำให้เป็นไปตามความจำเป็น และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ และความจำเป็นนี้ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ

Feigenbaum (1992: 7) กล่าวว่า คุณภาพเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในเงื่อนไขของลูกค้าและเชื่อว่า คุณภาพสามารถวัดได้จากความต้องการ หรือความคาดหวังของลูกค้า และเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรได้ถ้ามีการนำไปประยุกต์อย่างเหมาะสม

Besterfield และคณะ (1995: 5-6) กล่าวถึงคุณภาพว่าหมายถึง สัดส่วนของการปฏิบัติงานกับความคาดหวัง โดยเสนอเป็นสมการได้ดังนี้

$$Q = P/E$$

เมื่อ Q = คุณภาพ

P = การปฏิบัติงาน

E = ความคาดหวัง

ดังนั้น ถ้า Q = 1.0 แสดงว่า ลูกค้ารู้สึกพึงพอใจในผลิตภัณฑ์ หรือบริการ

Sallis (1993: 23-24) ได้กล่าวถึงคุณภาพ ใน 2 รูปแบบ ได้แก่ คุณภาพตามความเป็นจริง (Quality in fact) คือ คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด และคุณภาพตามการรับรู้ (Quality in perception) คือ คุณภาพที่เป็นไปตามความต้องการของลูกค้า และได้ลำดับขั้นของแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพไว้ 4 ระดับ คือ ระดับการตรวจสอบ (Inspection) ระดับการควบคุม (Quality control [QC]) ระดับการประกันคุณภาพ (Quality assurance [QA]) และระดับสูงสุด คือ ระดับการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management [TQM])

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2533: 21) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่เป็นเลิศ และสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้เกินความคาดหมาย

วรภัทร์ ภูเจริญ (2538) ได้อธิบายความหมาย คำว่า คุณภาพ จะขึ้นอยู่กับคนให้ความหมายว่าเป็นผู้ซื้อหรือผู้ขาย และการให้ความสำคัญในสินค้าและบริการ เช่น คุณภาพในความหมายของผู้บริโภค คือ การตอบสนองความต้องการ ราคาถูก พอใจได้ ส่งสินค้าได้ทันเวลา ปลอดภัย ทนทานและลูกค้าพอใจ ในทัศนคติของผู้บริโภคโดยทั่วไปแล้ว คุณภาพ จะหมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการที่กำหนด เหมาะกับการใช้งาน ตรงเวลา ราคายุติธรรม และถูกที่

วีระพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540: 74) คุณภาพ หมายถึง สินค้าที่ผลิตได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ไม่จำเป็นต้องเป็นสินค้าที่มีคุณภาพ สินค้า หรือบริการใดๆ ก็ตามที่เราสร้างขึ้นมานั้น จะมีความหมายเป็นสินค้า หรือบริการที่แท้จริงได้ กล่าวคือ ต้องขายได้ และได้กำไรด้วย ก็ต่อเมื่อเป็นที่ต้องการ หรือเป็นที่พึงพอใจของลูกค้าเท่านั้น การผลิตใดๆ ก็ตามที่ไม่เป็นที่ต้องการของลูกค้าล้วนแต่เป็นความสูญเปล่า และการปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ก็ตามที่ไม่ตรงตามที่ลูกค้าต้องการ ก็ล้วนแต่เป็นความสูญเปล่าเช่นกัน

วีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ (2541: 12) นิยาม คุณภาพ ว่าคือ คุณสมบัติโดยรวมทางประโยชน์ใช้สอยและลักษณะจำเพาะของผลิตภัณฑ์ หรือการบริการที่แสดงออกถึงคว เมสามารถ

ในอันที่จะตอบสนองต่อความต้องการ ทั้งที่ระบุอย่างชัดแจ้ง และที่อนุมานจากสภาพการณ์ และความเป็นจริงโดยทั่วไป

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2541: 45) คุณภาพ หมายถึง ภาวะที่เกื้อกูลต่อผู้ใช้บริการหรือลูกค้า ด้วยการตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของลูกค้าอย่างเหมาะสม ตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ และความรู้ที่ทันสมัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ปราศจากข้อผิดพลาด (Zero defect) คือ การที่ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการพยาบาล กระทำในสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก

2. ลูกค้าพึงพอใจ (Response to customer's need & expectation) ความพึงพอใจของลูกค้าจะเกิดได้ต่อเมื่อ ความต้องการที่จำเป็น (Need) ของตนได้รับการตอบสนอง นั่นคือ ปัญหาสุขภาพที่นำผู้ป่วยมาใช้บริการได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ในสภาพแวดล้อมที่น่าพอใจ

3. ได้มาตรฐาน (Professional standard) เป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดขึ้นจากความรู้ที่ทันสมัย และเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของสังคม

4. สถานคุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า คุณภาพคือ ระดับของความเป็นเลิศ (Degree of excellence) ทั้งในด้านรูปธรรมตามมาตรฐานวิชาชีพ และด้านนามธรรม คือ ความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ ดังนั้นคุณภาพ ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการอาจเป็นผู้กำหนด

1.2 คุณภาพบริการ (Service Quality)

คุณภาพบริการ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Besterfield และคณะ (1995: 49-52) ให้ความหมาย คุณภาพบริการว่าหมายถึง กลุ่มของกิจกรรมที่องค์การใช้เพื่อให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ และรักษาความพึงพอใจของลูกค้าไว้ได้ โดยสามารถจัดให้ก่อนเสนอ ขณะเสนอ และภายหลังเสนอผลิตภัณฑ์ และให้บริการแก่ลูกค้า

ศิริพร ดันติพุลวินัย (2538) ได้อธิบายถึง คุณภาพบริการ ว่าประกอบด้วยคุณภาพตามหลักการของวิชาชีพ คือคุณภาพตามมาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ และคุณภาพตามมาตรฐานเชิงการรับรู้ หรือเชิงการแสดงออก

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2539: 20) ให้คำจำกัดความของ คุณภาพบริการ ว่าหมายถึง การกระทำที่ถูกต้อง ทำให้ดี และลูกค้าหรือผู้รับบริการพึงพอใจ โดยพิจารณาจากคุณภาพการดูแลรักษา ดังนี้คือ แสดงถึงความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ เป็นที่ยอมรับ มีประสิทธิผล มี

การประยุกต์เทคโนโลยีที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า คุณภาพบริการ คือ การกระทำที่ถูกต้องตามหลักการของวิชาชีพ และลูกค้าหรือผู้รับบริการพึงพอใจ

2. การพัฒนาคุณภาพบริการ

2.1 การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement)

การพัฒนาคุณภาพ คือ การจัดระบบบริหาร และระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตรวจสอบความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรม การบริหารความเสี่ยง (Risk management) การประกันคุณภาพ (Quality assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) เข้าด้วยกัน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542: 6-7)

Baber (1996 อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543: 12) เสนอแนวคิดที่ว่าโรงพยาบาลที่มีคุณภาพควรมีลักษณะดังนี้

1. เน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการให้บริการ การจัดบริการสุขภาพจะต้องนำความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยเข้ามาอยู่ร่วมในการตัดสินใจ
2. มีความเป็นผู้นำ ผู้บริหารในระดับสูงและผู้บริหารในระดับต่างๆ กำหนดทิศทางของการปฏิบัติงานโดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง การกำหนดทิศทางต้องมีค่านิยม มองเห็นพันธกิจที่ชัดเจน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีการอุทิศตนในการทำงาน และมีส่วนร่วมในงาน
3. มีการปรับปรุงพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพนั้นจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน มีระบบรองรับการทำงานต่างๆ และมีการปรับปรุงการทำงานอยู่ตลอดโดยเรียนรู้จากประสบการณ์และการประเมินจากผู้ป่วยผู้ร่วมงานและผู้มีส่วนเป็นเจ้าของ
4. พนักงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร องค์กรที่ประสบผลสำเร็จนั้นจะปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยอาศัยสมรรถภาพ ความชำนาญและแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาองค์กร โดยให้ออกาสพนักงานมีการพัฒนาการปฏิบัติและมีความรู้ในประสบการณ์ใหม่ๆ

5. บริหารงานบนพื้นฐานของข้อเท็จจริง การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีการประเมินข้อมูลข่าวสาร และการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาตัดสินใจและวางแผนในการปรับกลยุทธ์ขององค์กร

6. มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ผลของการปฏิบัติงาน กระบวนการปฏิบัติงานขององค์กรจะต้องมุ่งไปที่ผลลัพธ์ และสะท้อนกลับให้เห็นถึงความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ การทบทวนถึงผลการปฏิบัติงานทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานเป็นการตรวจสอบถึงกระบวนการทำงานด้วย

7. มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของชุมชนและสาธารณชนขององค์กรด้านสุขภาพ จะต้องอุทิศตัวเองเพื่อยกระดับสุขภาพของชุมชนที่ตนอยู่ โดยการทำงานร่วมกับผู้นำในชุมชน จัดให้บริการดูแลด้านต่างๆ การป้องกันโรค และการให้สุขศึกษาต่อคนในชุมชน

8. มีการพัฒนาเพื่อร่วมดำเนินงาน คุณภาพจะบรรลุได้เมื่อมีการพัฒนาเพื่อดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร

9. มีการออกแบบระบบและการป้องกันที่คำนึงถึงคุณภาพ การวางรูปแบบหรือการปรับรูปแบบการให้บริการควรจะคำนึงถึงคุณภาพและค่านิยมต่างๆ และนำองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมาพิจารณา

10. มองการณ์ไกลไปยังอนาคต การให้บริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านโครงสร้างองค์กร ด้านสังคม ด้านการเงิน ด้านเทคโนโลยีการวางแผนระยะสั้นต้องทำควบคู่กับการวางแผนอนาคต และคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงล่วงหน้าก่อนที่สิ่งต่างๆ เหล่านั้นจะเข้ามามีผลกระทบกับองค์กร

11. สนองตอบด้วยความรวดเร็ว องค์กรที่สามารถจะปรับเปลี่ยนให้บริการที่รวดเร็ว โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม จะสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้มาใช้บริการได้และจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้องค์กรประสบผลสำเร็จ

2.2 วิวัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

วิวัฒนาการในการทำให้โรงพยาบาลมีคุณภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ยุค (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2541: 34-37) ดังนี้

1. ยุคเริ่มต้น Nightingale, Codman และ วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา มีความพยายามที่จะตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดย Nightingale และ Codman ความพยายามของ Codman นำมาสู่การตั้งวิทยาลัย ศัลยแพทย์อเมริกา ในปี ค.ศ. 1913 ซึ่งกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำขึ้น 5 ข้อ ซึ่งมาตรฐานขั้นต้นนี้เป็นจุดเริ่มต้นของแผนงานมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital

Standardization Program) ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาลในยุคนั้นเป็นอย่างมาก ในปีค.ศ. 1951 ได้มีการก่อตั้ง Joint Commission on Accreditation of Hospitals เป็นองค์กรที่ให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาและกลายมาเป็น Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ในปัจจุบัน

2. ยุคการติดตามประเมินผล (Monitoring evaluation) มาตรฐานสำหรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ได้มีการพัฒนาอย่างช้าๆ ในช่วงต้นทศวรรษ ที่ Avedis Donabedian(1960) ได้สร้างกรอบทฤษฎีสำหรับประเมินผลการดูแลผู้ป่วย คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มาใช้โดยเน้นความสำคัญของการเชื่อมโยงโครงสร้างและกระบวนการกับผลลัพธ์ ต่อมาได้มีความพยายามที่จะประเมินผลลัพธ์ และติดตามไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดกระบวนการประกันคุณภาพ ซึ่งเป็นการประเมินร่วมกับการปรับปรุงคุณภาพ การประกันคุณภาพในยุคนั้น เน้นการกำหนดระดับที่ยอมรับได้

3. ยุคการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement [CQI]) เป็นการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพซึ่งประสบความสำเร็จจากวงการอุตสาหกรรมมาใช้กับระบบบริการสุขภาพ เริ่มจากโครงการนำร่องสาธิตและขยายตัวออกไปจนกระทั่งองค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา ได้กลับมาทบทวนแนวคิดและวิธีการรับรองคุณภาพของตน และในที่สุดรับเอาแนวคิด TQM/CQI เข้ามาเป็นแกนหลักในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2539: 2-21) ได้นำหลักการและแนวคิดการจัดคุณภาพทั้งองค์กรเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยยึดหลักการดำเนินการตามแนวคิดของ Deming (1986) มาสรุปเป็น 4 หลักการดังนี้

1. ยึดลูกค้าเป็นหลัก

ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในองค์กรต่างกันเป็นลูกค้าซึ่งกันและกัน เรียกว่า ลูกค้าภายใน ส่วนลูกค้าภายนอก คือ ผู้ใช้บริการ ซึ่งถ้าปราศจากลูกค้าภายนอกองค์กรแล้ว จะไม่สามารถคงอยู่ได้ ดังนั้นทุกคนต้องการตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า และความคาดหวังของลูกค้าจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ต้องมีการสำรวจโดยตรงจากผู้ให้บริการ สำรวจชุมชน ผู้บริหารพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หรือมีหน่วยงานแทนผู้ป่วยสำหรับการร้องเรียน

2. หลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพ

หลักการด้านเทคนิค ได้แก่ การทำความเข้าใจเรื่องของระบบกระบวนการความแปรปรวนของปัญหา การใช้เครื่องมือต่างๆ การเรียนรู้จากข้อมูลที่ได้รับ การตัดสินใจโดยใช้ข้อเท็จจริง การเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน และการป้องกันปัญหา

2.1 การบริหารเชิงระบบ คือ การมององค์กรเป็นระบบหนึ่งระบบที่มีเป้าหมาย ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกัน ผู้บริหารจะมององค์กรเป็นหนึ่งเดียว กำหนดเป้าหมายของระบบให้ชัดเจน ระบบย่อยต่างๆ ประกอบกัน เป็นระบบใหญ่ และมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน และปรับระบบให้มีความเหมาะสมพอดีในแต่ละช่วงเวลา

2.2 หลักความผันแปร (Variation principle) ความผันแปร เป็นส่วนหนึ่งของทุกระบบ หรือทุกกระบวนการ ระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ความผันแปรของทรัพยากรนำเข้าทำให้เกิด Variation ของผลลัพธ์ได้

2.3 หลักความรู้ (Knowledge principle) หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจในวิธีการบริหารแบบเดิมอยู่ที่ความเร็วมากกว่าคุณภาพ ผู้บริหารจะต้องมีการ วางแผนเพื่อความอยู่รอดขององค์กรทั้งในปัจจุบัน และอนาคต จะต้องเป็นผู้มีความรู้ เรียนรู้สิ่งใหม่ แนวคิดใหม่ วิธีการใหม่ และเรียนรู้สิ่งที่ไม่ถูกต้อง

2.4 หลักการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน การปรับปรุงคุณภาพอย่างไม่หยุดยั้งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน การปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้งสามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือควบคุมคุณภาพที่เรียกว่า 7QC tools และ 7 new tools ดังนี้

7 QC tools หมายถึง เครื่องมือคุณภาพ 7 ชนิด ที่ใช้ในการควบคุมคุณภาพ เพื่อช่วยรวบรวมข้อมูล นำเสนอข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา โดยเครื่องมือดังกล่าวนี้ ช่วยค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อจะได้หาวิธีการแก้ไขต่อไป เครื่องมือคุณภาพ 7 ชนิด ได้แก่ ตารางเก็บข้อมูลหรือตารางตรวจสอบ (Check sheet) กราฟชนิดต่าง ๆ (Graph) ฮิสโตแกรม (Histogram) แผนภูมิพาเรโต (Pareto diagram) แผนภูมิก้างปลา (Cause and effect diagram) แผนภูมิกระจาย (Scatter diagram) และแผนภูมิควบคุม (Control chart)

7 new tools ได้แก่ แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ (Affinity diagrams) แผนภูมิอินเตอร์เรลชันชิพ (Inter-relationship diagrams) แผนภูมิต้นไม้ (Tree diagram) แผนภูมิแมทริก (Matrix diagram or chart) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแมทริก (Mitrix data analysis) ผังกระบวนการตัดสินใจ (Process decision program chart) แผนภูมิแอร์โร (Arrow diagram) การปรับปรุงระบบควรได้รับการบันทึก และสื่อสารให้ผู้อื่นรับทราบ

3. หลักการมีส่วนร่วมของทุกคน

การปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้งต้องอาศัยการพัฒนาพฤติกรรม เจตคติ และค่านิยมใหม่ๆ ให้เกิดขึ้น ทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในองค์กร เพราะเป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง ผู้บริหารต้องยอมรับในความแตกต่างของผู้ใต้บังคับบัญชา ฝึกฝนให้ทุกคนรู้จักการทำงานเป็นทีม เน้นการติดต่อสื่อสาร การประชุม และการนำเสนอ

ทุกคนในองค์กร ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงจนถึงคนทำความสะอาด แต่ละคนต่างมีบทบาทสำคัญเท่าเทียมกันในระบบ ผู้นำต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (CQI) ในงานของตนเองเพื่อเป็นตัวอย่างให้ผู้ร่วมงานนำไปปฏิบัติ หัวหน้าหรือผู้บังคับบัญชาต้องทำทุกอย่างให้ผู้ร่วมงานเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการ โดยการถามความคิดเห็น และให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการวางแผน ซึ่งจะนำไปสู่การสนับสนุนและทุ่มเทการทำงานอย่างเต็มที่

2.3 การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management /TQM)

การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management [TQM]) หรือเรียกว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement [CQI]) ในประเทศญี่ปุ่น เรียกว่า การควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Company - Wide Quality Control [CWQC]) ได้มีผู้ให้ความหมายของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร ไว้ดังนี้

Oakland (1989: 14-15) ให้ความหมายว่า TQM เป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการปรับปรุงให้เกิดประสิทธิผล มีความยืดหยุ่นทางด้านธุรกิจโดยรวม ทั้งการจัดการกิจกรรม และเป็นความพยายามที่จะใช้กระบวนการปรับปรุงการทำงานให้เกิดประสิทธิผล

Feigenbaum (1986) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์กรเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ที่รวมความพยายามของกลุ่มต่างๆ ในองค์กร เพื่อพัฒนา อารมณ์รักษาและปรับปรุงคุณภาพ การผลิตและการบริการโดยยังคงรักษาระดับความพึงพอใจของลูกค้าไว้ได้อย่างสมบูรณ์

Ishikawa (1985) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร คือ ความมุ่งมั่นต่อการจัดการคุณภาพ ด้วยความร่วมมือของทุกองค์การในการแก้ปัญหาด้วยการทำงานเป็นทีม และใช้เครื่องมือทางสถิติในการปรับปรุงคุณภาพ

Tenner and Detoro (1992: 31) ได้ให้ความหมายโดยสรุปจากแนวคิดของ Deming (1986) Crosby (1986) Juran (1992) และ Feigenbaum (1992) ว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) หมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้บริหารระดับสูง (Senior manager) ที่ได้เลือกและดำเนินการกระบวนการที่จะทำให้บริษัทมีพันธกิจ และวิสัยทัศน์ร่วมกัน ซึ่งหลักการที่สำคัญ

ของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ประกอบไปด้วยการให้ความสำคัญกับลูกค้า หรือผู้รับบริการเป็นสิ่งแรก และมีการพัฒนากระบวนการ (Process) อย่างต่อเนื่อง โดยที่เจ้าหน้าที่ทั้งหมดในองค์กรมีส่วนร่วม

Spenley (1994) ให้ความหมาย การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร คือ ปรัชญาบริหารจัดการที่พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุด โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และโอกาสเพื่อการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง

Besterfield และคณะ (1995:12) ให้ความหมาย การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร คือ ศิลปะการจัดการทั้งองค์กรเพื่อความเป็นเลิศ ซึ่งกล่าวถึงปรัชญาและหลักการพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาองค์กรให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์ใช้เครื่องมือและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในทุกกระบวนการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าในปัจจุบันและอนาคต

CCHSA (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2539: 201) ใช้คำว่า CQI โดยให้ความหมายว่า เป็นปรัชญา และระบบการบริหาร ซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทุกระดับมีส่วนร่วมในการปรับปรุง กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติ และเครื่องมือของกระบวนการกลุ่ม เพื่อลดความสูญเปล่า และความซับซ้อนที่ไม่จำเป็นโดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองหรือทำให้เกิดความคาดหวังของผู้รับบริการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ส่งมอบสินค้าและชุมชน

วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2538: 110) ให้ความหมายการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร หมายถึงแนวทางในการบริหารจัดการ ที่มุ่งเน้นคุณภาพโดยสมาชิกทุกคน มีส่วนร่วมและมุ่งผลกำไรในระยะยาวโดยสร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้า รวมทั้งการสร้างผลประโยชน์แก่หมู่สมาชิกขององค์กร และแก่สังคมด้วย

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2539: 16) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร เป็นการบูรณาการทางการจัดการที่ใช้หลักการ เทคนิควิีและการปฏิบัติในการสร้าง ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพในทุกภาวะกิจขององค์กร โดยสมาชิกทุกคนเพื่อยกระดับความสามารถขององค์กรในการตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างเป็นแบบแผนและต่อเนื่อง

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539: 862) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์กรเป็นกระบวนการอย่างมีระบบและมีโครงสร้างในการสร้างความร่วมมือของทั้งองค์กร ในการวางแผนและลงมือปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540: 126) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร คือปรัชญาแห่งชีวิตขององค์กรธุรกิจ เป็นระบบบริหารที่ทุกคนทุกแผนกทุกขั้นตอนการผลิต ดำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อยโดยใช้วิธีคิดและวิธีการแบบ PDCA วิธีการทางสถิติ ใช้เครื่องมือควบคุมคุณภาพ เพื่อปรับปรุงมาตรฐานการทำงานให้มีคุณภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรและเทคโนโลยี โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า บุคลากรและสังคม

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร หมายถึงระบบบริหารจัดการที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพ มุ่งเน้นลูกค้าหรือผู้รับบริการ เน้นการบริหารกระบวนการให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนทุกระดับ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างสมบูรณ์

2.4 หลักการสำคัญของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (TQM)

การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management) เป็นปรัชญาด้านการบริหารที่ประกอบด้วยกิจกรรม ซึ่งเป็นความต้องการและความคาดหวังของผู้บริโภคและวัตถุประสงค์ขององค์กร เป็นความพึงพอใจในประสิทธิภาพการลงทุนโดยการใช้ศักยภาพสูงสุดของคนงานทั้งหมดในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Deming, 1986; Feigenbaum, 1992; Juran, 1992; Crosby, 1986)

เดมมิ่ง (Deming, 1986) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหลักการบริหารที่กำหนดเป็นความรับผิดชอบการบริหาร (Management commitment) และนโยบายคุณภาพ (Quality policy) 14 ประการ หรือเรียกว่า Deming's 14 point (Walton, 1989; Bank, 1992: 66-67; Sallis, 1992: 48-49; Goetsch, 1994: 22) สรุปได้ดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมายที่แน่นอนเพื่อนำสู่การปรับปรุงผลผลิตและบริการ โดยใช้ในการศึกษาค้นคว้าและนำนวัตกรรมมาปรับปรุงการออกแบบการผลิตและบริการสม่ำเสมอ
2. การยอมรับแนวคิดปรัชญาใหม่ๆ นำแนวคิดของทุกคนมาใช้ตัดสินใจร่วมกัน ผู้บริหารจะต้องสร้างวัฒนธรรมด้านคุณภาพขึ้นในองค์กรจนให้กลายเป็นวิถีชีวิต
3. การยึดมั่นในหลักการขององค์กร เพื่อยึดเป็นหลักในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของผู้รับบริการ รวมทั้งการตอบสนองความต้องการเพื่อให้ผู้รับบริการพอใจ
4. การสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการในด้านต่างๆ สนใจและยอมรับแนวคิดของผู้รับบริการ รวมทั้งการตอบสนองความต้องการเพื่อให้ผู้รับบริการพอใจ
5. ปรับปรุงระบบการผลิตหรือกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการผลิตและบริการ

6. จัดการฝึกอบรมความรู้ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพให้กับบุคลากรในหน่วยงานทุกคน
7. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเพื่อสร้างภาวะผู้นำ ให้บุคลากรทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น
8. ขจัดความกังวลต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินการตามแนวคิดการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์กร เช่น เมื่อบุคลากรกลัว ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น จะทำให้การปรับปรุงคุณภาพตามแนวคิดนี้ลดลง ผู้บริหารจะต้องบริหารงานให้เกิดความยุติธรรมสร้างความมั่นใจให้ทุกคน
9. ร่วมกันทำงานเป็นทีม สนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน
10. เน้นการกระตุ้นให้ทุกคนมีแรงจูงใจที่จะทำงาน โดยบอกวิธีการกระทำให้ถึงเป้าหมายว่าควรทำอย่างไร เพื่อนำสู่การพัฒนาคุณภาพงาน และอาจกระตุ้นเสริมด้วยการใช้คำขวัญ
11. เน้นการทำงานโดยคำนึงถึงคุณภาพมากกว่าปริมาณ
12. กระตุ้นให้ทุกคนใช้ความสามารถในการทำงานให้เต็มศักยภาพ ขจัดอุปสรรคที่มีผลต่อความภูมิใจในการทำงาน หลีกเลี่ยงการนำผลการประเมินบั่นทอนความมุ่งมั่นในการทำงาน
13. สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการศึกษาอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ
14. ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความสำเร็จโดยทุกคนร่วมมือกัน และฝ่ายบริหารให้การสนับสนุนและรับผิดชอบ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามเป้าหมาย

นอกจากนี้ เดมมิง (Deming, 1986) ได้กล่าวถึงวงจรคุณภาพ 4 กระบวนการ หรือเรียกว่า PDCA Cycle ว่าจะต้องนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพทุกขั้นตอน โดยอธิบายดังนี้

P = Plan = วางแผน หมายถึง ขั้นตอนการวางแผนเพื่อเลือกปัญหา ตั้งเป้าหมาย แก้ปัญหา และการวางแผนแก้ปัญหา

D = Do = ปฏิบัติ หมายถึง ขั้นตอนการแก้ปัญหา และนำวิธีการแก้ปัญหาไปปฏิบัติ

C = Check = ตรวจสอบ หมายถึง ขั้นตอนการเปรียบเทียบผลการแก้ปัญหา โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังแก้ไขมาดูว่าได้ผลอย่างไร ตรงตามเป้าหมายหรือไม่

A = Action = การแก้ไข หมายถึง ขั้นตอนการนำวิธีแก้ปัญหาที่ได้ผลมากำหนดเป็นมาตรฐานเพื่อยึดถือปฏิบัติต่อไป เป็นการกำหนดมาตรการเพื่อกำจัดปัญหาให้หมดไปอย่างถาวร

จूरิน (Juran, 1992) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับ TQM ว่าประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างความตระหนักในความต้องการและโอกาสเพื่อปรับปรุงคุณภาพ

2. การกำหนดเป้าหมายการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
3. การจัดตั้งองค์กรเพื่อส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน โดยการกำหนดทีมงานและ
การจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ
4. การให้ทุกคนได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน
5. ดำเนินกิจกรรมที่จะนำมาสู่การแก้ปัญหาในการทำงาน
6. รายงานผลการปฏิบัติงาน
7. รับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย
8. นำผลงานมาเผยแพร่
9. บันทึกผลการปฏิบัติงาน
10. ร่วมมือพัฒนาระบบการทำงานของหน่วยงาน และกระบวนการทำงานเพื่อให้การ
ทำงานของทุกฝ่ายได้รับการพัฒนาอย่างราบรื่น

ครอสบี (Crosby, 1986) ได้กล่าวถึงโครงการลดความสูญเสียน้ (Zero defects) โดยเน้นการทำงานเป็นทีมซึ่งเรียกว่า "14 ขั้นตอนเพื่อคุณภาพของครอสบี" (Philip Crosby's 14 steps to quality หรือ Crosby's 14 steps quality improvement programme) ดังนี้

1. การสร้างความรับผิดชอบด้านการบริหาร
2. การปรับปรุงคุณภาพทีมงาน
3. การวัดคุณภาพ
4. การประเมินค่าของคุณภาพ
5. การตระหนักถึงคุณภาพ
6. การแก้ไขให้ถูกต้อง
7. การรวมกันทำโครงการ Zero defects
8. การฝึกอบรม
9. การจัดวันคุณภาพงาน
10. การกำหนดเป้าหมาย
11. การขจัดความผิดพลาด
12. การสร้างจิตสำนึก
13. การรวมกันสร้างคุณภาพ
14. การตรวจสอบ เพื่อให้มั่นใจว่าการทำงานมีคุณภาพ

จากแนวความคิดและหลักการเกี่ยวกับระบบการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร ของนักวิชาการทั้ง 3 ท่านนี้ จะเห็นได้ว่า หลักการที่สอดคล้องกัน ได้แก่ เรื่องการกำหนดเป้าหมายที่แน่นอนในการปรับปรุงคุณภาพ การจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรในหน่วยงาน การทำงานเป็นทีม การกระตุ้นให้บุคลากรใช้ความสามารถทำงานเต็มศักยภาพ นอกจากนี้ยังมีหลักการที่สำคัญอื่นๆ อีก เช่น การปรับปรุงระบบการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงคุณภาพและวิธีการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย การสร้างจิตสำนึกในการปรับปรุงคุณภาพ เป็นต้น

2.5 การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้กระบวนการ PDCA Cycle

การนำระบบการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (TQM) มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยมุ่งหวังให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมทุกขั้นตอน โดยหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลต้องเห็นความสำคัญ และสนับสนุนกิจกรรม ให้ทุกคนในหน่วยงานมีความมุ่งมั่น และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้กระบวนการของการทำงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยเริ่มตั้งแต่ การทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก ป้องกันการทำงานซ้ำซ้อนและความผิดพลาด และมีการวางระบบใหม่ให้ได้มาตรฐาน ทำให้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลโดยรวมลดลง แต่คงคุณภาพและประสิทธิภาพไว้ โดยมุ่งเน้นการเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ เดมมิง (1986 cited in Swansburg, 1995: 53) ได้กล่าวว่า ความผิดพลาดทั้งหลายมีสาเหตุมาจากกระบวนการทำงานถึงร้อยละ 80-85 การนำแนวคิดและหลักการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรมาใช้กำหนด เป็นกิจกรรมการบริหารงานเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ การกำหนดระบบการพัฒนาคุณภาพ เป็นนโยบายคุณภาพ กิจกรรมและเทคนิคในทางปฏิบัติต่าง ๆ ของระบบคุณภาพ เน้นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และประสานกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้ดีที่สุด (Huber 1999: 163) หัวหน้าหน่วยงาน เป็นแกนนำที่สำคัญสู่การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย (Pedersen, 1993:40) โดยการนำวงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA มาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติของกระบวนการทำงาน มี 4 ขั้นตอน (Deming, 1986: 88; Goetsch and Davis, 1994: 21; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541: 48-49) คือ

1. Plan คือ การวางแผนหรือวางระบบ เพื่อกำหนดวิธีการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย
2. Do คือ การนำแผนไปปฏิบัติหรือทำตามระบบที่ได้กำหนดไว้ หากความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินการนั้นด้วยการฝึกอบรม หรือศึกษาด้วยตนเอง และดำเนินการตามวิธีที่กำหนด และเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์
3. Check คือ การวัด ทบทวนตรวจสอบผลปฏิบัติงาน ว่าบริการที่ให้มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ และตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการหรือไม่

4. Act คือ การแก้ไขปรับปรุงระบบ ถ้าผลการปฏิบัติงานนั้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ผู้ให้บริการไม่พึงพอใจ หรือไม่ได้มาตรฐานแล้ว จะมีการปรับปรุงให้ดีขึ้น และดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้นได้

มีการนำวงจร PDCA มาใช้ในกระบวนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาล ในการให้บริการพยาบาลที่เริ่มต้นด้วยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยองค์รวม การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2538:1-5) เกิดเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพการบริการ การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับ กระบวนการทางการพยาบาล ได้แก่

1. การประเมินผู้ป่วย (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นที่การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) ข้อมูลที่รวบรวมได้ สามารถนำมาวิเคราะห์ และสรุปเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ ปัญหาความเกี่ยวข้องและการปฏิบัติตอบสนองในด้านบุคคล
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการกำหนดยุทธวิธีในการป้องกัน หรือ แก้ปัญหา ซึ่งกำหนดในการวินิจฉัยการพยาบาล
4. การนำไปปฏิบัติ (Implementation) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดในแผนการพยาบาล ซึ่งคาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยสู่สภาวะปกติ และปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยต่อสิ่งแวดล้อมได้รับการพยาบาล และมีการบันทึกรายงานการพยาบาล
5. การประเมินการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่บอกว่าเป้าหมายการดูแลในแผนการพยาบาลนั้นบรรลุความสำเร็จเพียงใด และปรับให้เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จะสำเร็จตามเป้าหมาย คือตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ก่อให้เกิดความประทับใจในบริการที่ได้รับ การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ต้องสามารถยืดหยุ่นเหมาะสมกับความต้องการขององค์กร บุคคล ชุมชน และสังคม (อำพร จันทร์รักษา, 2537)

3. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

3.1 ความหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

Hospital Accreditation (HA) คือการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แต่โดยความหมายที่จะนำมาใช้เน้นขั้นตอนในการพัฒนามากกว่าการรองรับ จึงใช้คำแปลว่า การพัฒนาและรับรองคุณ

ภาพโรงพยาบาล ซึ่งคือกระบวนการประเมินคุณภาพระบบบริการของโรงพยาบาล เป็นกลไกส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลสร้างระบบงาน และระบบการตรวจสอบด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะให้บริการอย่างมีคุณภาพ โดยอาศัยมาตรฐานระดับชาติเป็นแนวทางการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถประกาศให้ประชาชนรับทราบการพัฒนาจนมีระบบตรวจสอบที่ดี โดยมีการยืนยันการประเมินนั้นจากหน่วยงานนอก (ธิดา นิงสานนท์, 2541)

กระบวนการ HA จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าโรงพยาบาลมีความน่าเชื่อถือเพียงใด สามารถพิสูจน์ให้ผู้อื่นเห็นและยอมรับได้ เป็นการเรียนรู้จากการทำงานประจำวัน จากการทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นการเรียนรู้ด้วยการประเมินตนเองและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น นับว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ไม่มีจุดสิ้นสุด (ธิดา นิงสานนท์, 2541)

3.2 ความเป็นมาของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีต้นกำเนิดในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อ 70 ปีก่อน โดยมีเป้าหมายเริ่มต้นเพื่อเลือกสรรโรงพยาบาลสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ต่อมาถูกนำมาใช้เป็นเงื่อนไขในการจ่ายเงินสำหรับระบบประกันสุขภาพในช่วงต้นระบบนี้ได้ขยายตัวไปในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ สวีเดน มีการนำการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้กับประเทศกำลังพัฒนาเมื่อไม่นานมานี้ โดยองค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

ในประเทศไทย หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ได้มีการเคลื่อนไหว เพื่อสนับสนุนและสร้างกลไกกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ เช่น แพทยสภาได้ยกร่างมาตรฐานชุดแรกขึ้น สำนักงานประกันสังคมได้นำไปพัฒนาต่อเพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลประกันสังคม สภาการพยาบาลและกองการพยาบาลได้สร้างเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำลังสร้างระบบการรับรองห้องปฏิบัติการ กองการประกอบโรคศิลป์ได้กำหนดกฎกระทรวงเพื่อยกระดับมาตรฐานด้านโครงสร้าง และกำลังคนของโรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการรวบรวมมาตรฐานโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจสอบ และพัฒนาตนเอง ผสมกับมาตรฐานเชิงวิชาชีพขององค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานต่างๆ ขณะนี้อยู่ระหว่างการทดลองนำแนว

ทางนี้มาใช้ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนจำนวน 35 แห่ง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมสำหรับประเทศไทย ในชื่อ "โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล" โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) เป็นเวลา 3 ปี ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2540 ถึง 31 กรกฎาคม 2543 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงคือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นหน่วยงานอิสระของรัฐ ภายใต้สังกัดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เดิมมีรูปแบบการดำเนินงานเป็นโครงการ ต่อมา มีการตื่นตัวการพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจนในที่ประชุม National Forum on Hospital Accreditation เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2541 จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานจากโครงการมาเป็นสถาบัน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการนำร่องได้ และเน้นการเผยแพร่ให้ความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ ทำหน้าที่ส่งเสริมการสร้างและการใช้องค์ความรู้เพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพของประเทศไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543) โดยมีภารกิจดังต่อไปนี้

1. รับทราบข้อมูลและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ
2. รวบรวมองค์ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและดำเนินการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
3. ดำเนินการฝึกอบรม เผยแพร่แนวคิดและองค์ความรู้ให้ผู้อื่นเกี่ยวข้อง สร้างวิทยากรสร้างเครื่องช่วยการฝึกอบรม และจัดทำสื่อการเรียนรู้รูปแบบต่างๆ
4. ร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพสร้างแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย จัดให้มีเครือข่ายและเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในภูมิภาคและกลุ่มวิชาชีพต่างๆ
5. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วยการให้ข่าวสาร คู่มือ แนวทางการพัฒนาให้คำแนะนำ สร้างโปรแกรมทดสอบความพร้อม
6. ประเมินและรับรองโรงพยาบาล เฝ้าระวังหลักการประเมินและกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.3 วัตถุประสงค์ของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้เป็นวัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541) ดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไปของโครงการคือ เพื่อสร้างกลไกส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่เหมาะสมและใช้การได้สำหรับประเทศไทย อันจะเป็นการยกระดับคุณภาพและป้องกันปัญหาความขัดแย้ง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์เฉพาะของโครงการ มีดังนี้

1. ให้โรงพยาบาลนาร่องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยพัฒนาศักยภาพคุณธรรม และจริยธรรมของคนในองค์กรเพื่อร่วมมือกันปรับปรุงระบบงานด้วยวิธีการที่มีเหตุผลตรวจสอบได้ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ
2. สร้างกระบวนการในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสม เพื่อใช้เป็นกรอบการประเมินกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลโดยมีพลวัตตามวิทยาการ และใช้ได้สำหรับโรงพยาบาลที่มีลักษณะหลากหลาย
3. พัฒนาระบบการประเมินและรับรอง รวมทั้งผู้ที่มีความสามารถและเจตคติที่เหมาะสมในการประเมินยืนยันจากภายนอกองค์กร
4. วางโครงสร้างการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดระบบที่พึงประสงค์ และสามารถดำเนินการได้ในระยะยาว
5. สังคมเห็นคุณค่าของกระบวนการนี้ และเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดขึ้น

3.4 เป้าหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพ

ผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลคือ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาลหากความต้องการของทั้ง 3 กลุ่มนี้สอดคล้องกันมากเท่าใด การพัฒนาคุณภาพจะมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542)

1. ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงลดลง คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคนมากขึ้น
2. ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเสี่ยง สิ่งแวดล้อม ในการทำงาน และการประสานงานดีขึ้น ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง
3. ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นองค์กรเรียนรู้ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลง และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ ทำให้องค์กรอยู่รอดและยั่งยืน

เป้าหมายของการรับรองคุณภาพ

1. กระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. การสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม (Social accountability) ซึ่งโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนจะต้องแสดงออก เพื่อให้สังคมมีความมั่นใจต่อระบบบริการโรงพยาบาล ด้วยการยินยอมให้องค์กรภายนอกซึ่งมีความรู้ความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยเข้าไปประเมินตามกรอบที่ตกลงร่วมกัน
3. การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค
4. โรงพยาบาลต่างๆ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในลักษณะของอาสาสมัคร

3.5 มาตรฐานโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานที่กล่าวถึงระบบงานของโรงพยาบาลในภาพรวม การประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลจะมุ่งเน้นที่การประเมินระบบงาน ในสหรัฐอเมริกาใช้มาตรฐานของ Joint commission on accreditation of healthcare organization (JCAHO) ซึ่งมาตรฐานนี้มีกรอบในการประเมินโรงพยาบาล แบ่งเป็น 3 ส่วน 15 บท ดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และจิรัตรม ศรีรัตนบัลล์, 2543: 39)

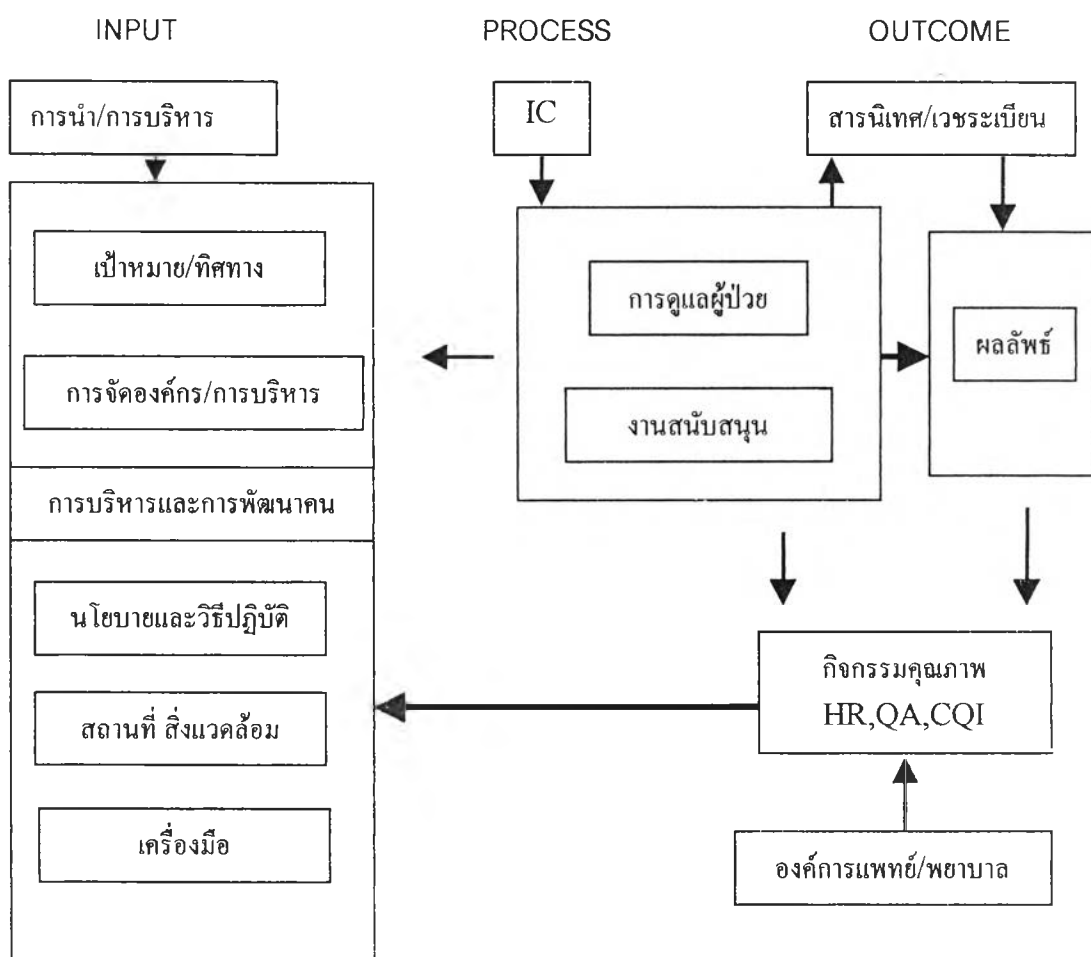
ส่วนที่ 1 Patient-Focused Function ได้แก่ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร การประเมินผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ และการดูแลต่อเนื่อง

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

ส่วนที่ 3 Structures with Function ได้แก่ ธรรมาภิบาล (Governance) การบริหาร คณะแพทย์ และพยาบาล

สำหรับประเทศไทยกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชก แนวคิดการพัฒนาคุณภาพยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวง กำหนดไว้ครอบคลุม ทั้งด้านทรัพยากร กระบวนการทำงาน และกิจกรรมคุณภาพ ดังแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 มาตรฐานโรงพยาบาล



ใน

มาตรฐานโรงพยาบาล (GEN) 9 ข้อ ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (2540) มีดังนี้

GEN 1 กำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมาย วัตถุประสงค์ลายลักษณ์อักษรชัดเจน

- 1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตการจัดบริการ/หน่วยงาน สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล
- 1.2 เป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปได้และวัดได้
- 1.3 มีการสื่อสารข้อความพันธกิจ ปรัชญาเป้าหมาย วัตถุประสงค์ไปยังบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.4 บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจเป้าหมายการจัดบริการและทราบบทบาทของตนเอง

GEN 2 การจัดการองค์กรและการบริหารเพื่อต่อการบริการตามพันธกิจอย่างมีคุณภาพ

2.1 มีโครงสร้างขององค์กรชัดเจนและเหมาะสม

2.2 ผู้บริหารมีคุณสมบัติเหมาะสม รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม มีความสามารถบริหารได้บรรลุตามพันธกิจ

2.3 กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

2.4 มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 มีกลไกเชื้อให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลในภาพรวม

GEN 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อบริการผู้ป่วยตามพันธกิจอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 การจัดอัตรากำลังอย่างเพียงพอและเหมาะสมเมื่อเทียบกับปริมาณงาน

3.2 การประเมินผลงานอย่างสม่ำเสมอและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.3 บุคลากรมีคุณสมบัติครบถ้วน และนักศึกษาฝึกงานต้องปฏิบัติภายใต้การควบคุม

GEN 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล เป็นการเตรียมความพร้อม เพิ่มความรู้ ทักษะ ให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1 มีการประเมินปัญหาและความต้องการบุคลากร เพื่อเป็นข้อกำหนดในการพัฒนาบุคลากร (Training need , Training year plan)

4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติงาน

4.3 บุคลากรใหม่ทุกคนได้รับการปฐมนิเทศเพื่อเตรียมพร้อมในการปฏิบัติงาน

4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการ อย่างสม่ำเสมอ

4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาบุคลากรในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบต่อ การดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

GEN 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ เป็นลายลักษณ์อักษร สะท้อนความรู้ และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัยสอดคล้องกับพันธกิจการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเป็ยบที่บุคลากรสามารถยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ

- 5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ มีการรับรอง และเผยแพร่ให้รับทราบทั่วกัน
- 5.2 นโยบาย วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล
- 5.3 บุคลากรรับรู้เข้าใจและปฏิบัติตาม
- 5.4 ประเมินและปรับปรุงนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอให้สมบูรณ์สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมการทำงาน
- GEN 6 สิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่ ที่เอื้อต่อการบริหารอย่างสะดวก ปลอดภัย และมีคุณภาพ
- 6.1 พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และจัดแบ่งโครงสร้างภายในหน่วยงานเหมาะสมกับการบริการ และการเก็บอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้
- 6.2 สภาพทั่วไปในหน่วยงาน ปลอดภัย การระบายอากาศดี แสงสว่างอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน และเป็นระเบียบ
- 6.3 สถานที่ตรวจรักษาให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วนมิดชิดพ้นจากสายตาและการได้ยิน
- 6.4 สถานที่อำนวยความสะดวกแก่บุคลากร
- GEN 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีคุณภาพ
- 7.1 ประเมินเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการบริหาร
- 7.2 เครื่องมือ อุปกรณ์เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน
- 7.3 การอบรมเฉพาะและรู้วิธีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
- 7.4 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา
- 7.5 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะให้บริการได้ตลอดเวลา
- 7.6 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
- GEN 8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
- 8.1 มีการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ
- 8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมก่อนดูแลรักษา
- 8.3 แลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบริการ
- 8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมิน และวางแผนดูแลรักษาเป็นระยะ ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหา ด้านสุขภาพ
- 8.5 กระบวนการให้การดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ

8.6 มีการบันทึกข้อมูล ปัญหาการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีม มีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

8.7 กระบวนการช่วยผู้เจ็บป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวโดยเร็วที่สุด

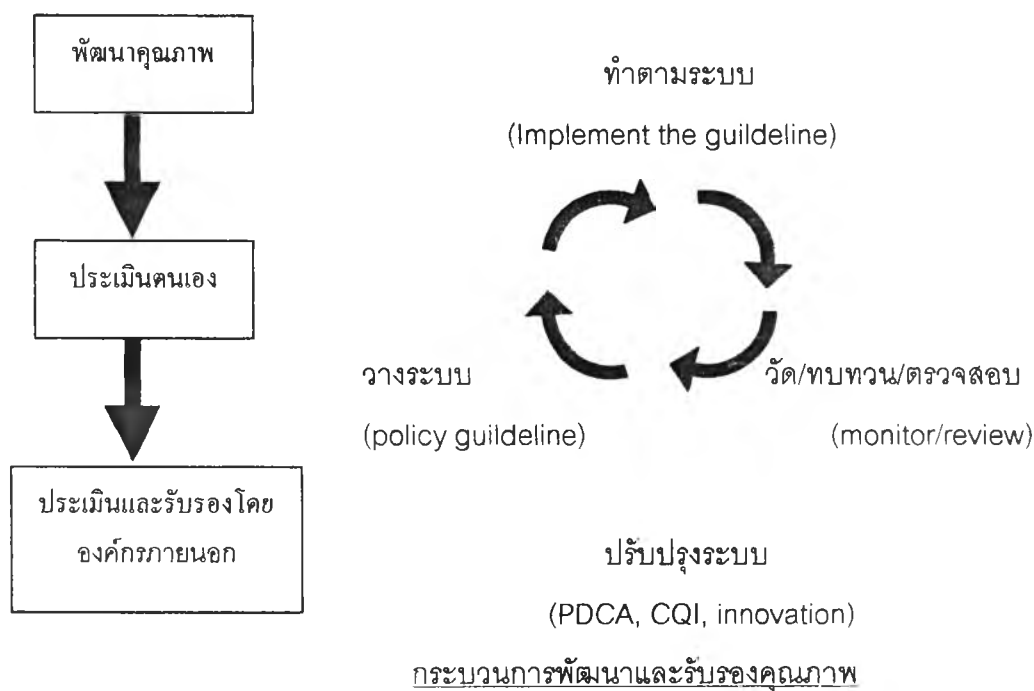
GEN 9 กิจกรรมการพัฒนาคูณภาพ มีกิจกรรมติดตามประเมิน และพัฒนาคูณภาพของหน่วยงาน หรือบริการ โดยทำเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9.1 ทุกหน่วยงานมีกิจกรรม CQI โดยผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานให้ความร่วมมือในกิจกรรมนี้

9.2 มีกิจกรรมพัฒนาคูณภาพ

9.3 นำมาตรฐานวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพ กิจกรรมการทบทวนดูแลรักษาผู้ป่วยสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนในกระบวนการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



ที่มา: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542)

3.6 ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย (ชาตรี บานชื่น, 2541)

1. เริ่มจากการเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (TQM) และวิทยากรสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นำโดยนายแพทย์ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล มาให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางของโรงพยาบาล จากนั้น กิจกรรมแรกที่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางทำร่วมกัน คือ การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Common vision) เพื่อกำหนดทิศทางของโรงพยาบาลในอนาคตร่วมกัน โดยการจัดสัมมนาผู้บริหาร หัวหน้า กลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย , หัวหน้าตึก หัวหน้างาน แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร โดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control)

กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) เป็นวิธีการและเทคนิคในการเอาคนที่ทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบ เข้ามาประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) จะดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 A (Appreciation) คือ การทำให้ทุกคนให้การยอมรับและชื่นชมคนอื่นโดยไม่รู้สึกรังหรือแสดงการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ ทุกคนจะมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกัน โดยใช้ข้อเท็จจริง เหตุผล และความรู้สึกตามที่เป็นจริง เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับจากคนอื่น จะทำให้มีความรู้สึกที่ดี มีความอบอุ่นและเกิดพลังร่วมในที่ประชุม ในขั้นนี้จะเป็นการใช้จินตนาการ (imagination) ช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ (vision) และเมื่อนำวิสัยทัศน์ของแต่ละคนมารวมกันกลายเป็นวิสัยทัศน์ร่วม (Shared vision) หรืออุดมการณ์ร่วม (shared Ideal) ซึ่งได้แก่ สิ่งที่มุ่งปรารถนาอย่างสูงสุดร่วมกัน

ขั้นที่ 2 I (Influence) คือการใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่ มาช่วยกันกำหนดวิธีการหรือยุทธศาสตร์ ที่จะบรรลุวิสัยทัศน์ร่วมนั้น

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

กระบวนการ AIC จะสร้างพลังสร้างขั้นเมื่อฝ่ายต่าง ๆ เข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันด้วยความรักความเมตตา เป็นการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual development) เกิดการเรียนรู้

ร่วมกันจากการทำงาน (Interactive learning through action) จึงจะทำให้การพัฒนาเกิดความ สำเร็จ

ภายหลังจากการร่วมทำกิจกรรม AIC จะได้วิสัยทัศน์ร่วมของโรงพยาบาล วิสัยทัศน์ คือ ภาพอนาคตที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (ประวิทย์ จงวิศาล, 2539) วิสัยทัศน์ที่ดี ควรมีคุณสมบัติ 5 ประการ คือ มีมุมมองแห่งอนาคต (Future perspective) ริเริ่มโดยผู้นำ (Leader Initiated) ผู้ตามมีส่วนร่วมคิดและให้การสนับสนุน (Shared & Supported) มีสาระครอบคลุม ครบถ้วนและชัดเจน (Comprehensive & Clear) และให้ความหวังและพลังจิตใจ (Positive & Inspiring) (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540)

2. แปรหลักการสู่ภาคปฏิบัติโดยผู้นำ

2.1 ในทางปฏิบัติเริ่มต้นด้วยการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จัดตั้งคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพและคณะทำงาน

2.2 อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ TQM แก่กลุ่มแกนนำและผู้บริหารระดับกลาง เพื่อนำไปเผยแพร่แก่ทีมงาน

2.3 ชักชวนและจูงใจทีมงานที่ได้รับการเผยแพร่ความรู้ดังกล่าว เข้ามาร่วมงาน เป็นกลุ่มคุณภาพงานนำร่อง

2.4 กลุ่มคุณภาพงานนำร่องปฏิบัติงานด้านการปรับปรุงคุณภาพบริการ ตลอดเวลาดำเนินงานจะได้รับการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ

2.5 เสนอผลงานที่กลุ่มนำร่องปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จ เพื่อถ่ายทอดไปยัง สมาชิกอื่นๆ ภายในโรงพยาบาล และสนใจเข้าร่วมปฏิบัติในทิศทาง เดียวกัน โดยแกนนำจะ ขยายผลด้วยการชักชวนให้มีการจัดตั้งกลุ่มคุณภาพงานใหม่ๆเพิ่มขึ้น โดยปลูกฝังวิธีการพัฒนา คุณภาพงานได้ถูกสอดแทรกเข้าไปในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งกลายเป็นส่วนหนึ่ง ของงานประจำ

2.6 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงาน เปิดโอกาสให้กลุ่มคุณภาพงานเสนอผลงานเป็นระยะๆ รวมถึงการติดตามผล พิจารณาให้รางวัลและความดีความชอบเพื่อสร้างขวัญและ กำลังใจเป็นระยะๆ

3.7 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ประกอบด้วยโรงพยาบาลรัฐ และเอกชนจำนวน 35 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ มกราคม 2540 – กรกฎาคม 2543 (กองโรงพยาบาลภูมิภาค, 2541: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ดังนี้

1. โรงพยาบาลเอกชน 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ โรงพยาบาลนอร์อีสเทิร์นวัฒนา โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลมิชชั่น โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี โรงพยาบาลศรีวิชัย 2 โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลสุขุมวิท โรงพยาบาลทักษิณ
2. โรงเรียนแพทย์ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
3. โรงพยาบาลในสังกัดกลาโหม 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม
4. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 21 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ โรงพยาบาลโคกสำโรง โรงพยาบาลดอนสัก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลบ้านนาสาร โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ

3.7.1 การรับรองโรงพยาบาล

การรับรองโรงพยาบาล คือการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานที่ดี เอื้อต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการตรวจสอบตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ตัดสินใจให้การรับรองโรงพยาบาล คือคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่ง สถาบันพัฒนาและรับรองโรงพยาบาล (พรพ) แต่งตั้งขึ้น คณะกรรมการจะตัดสินใจพิจารณาข้อมูลที่ได้รับจากผู้ประเมินภายนอก ลักษณะของการรับรองมีดังนี้

รับรอง 2 ปี สำหรับโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้ครบถ้วน บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ไม่มีความเสี่ยงที่ชัดเจน มีหลักฐานของความพยายามในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ไม่รับรอง สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วน
ยังมีความเสี่ยงปรากฏอย่างชัดเจน

3.7.2. โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่คณะกรรมการรับรองคุณภาพและคณะกรรมการบริหารให้ความเห็นชอบใน
การรับรองแล้วได้แก่ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

1. โรงพยาบาลเสนา จ.พระนครศรีอยุธยา (โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 160 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2542)
2. โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม อ.เมือง จ.อุดรธานี (โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก ขนาด 150 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2542)
3. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลเอกชน ขนาด 554 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2542)
4. โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี จ.สงขลา (โรงพยาบาลเอกชนขนาด 190 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 23 ธันวาคม 2542)
5. โรงพยาบาลพญาไท 2 กรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลเอกชน ขนาด 550 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 28 เมษายน 2543)
6. โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ จ. เชียงราย (โรงพยาบาลรัฐบาล ขนาด 750 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 6 กันยายน 2543)
7. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จ. อุบลราชธานี (โรงพยาบาลรัฐบาล ขนาด 90 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 6 กันยายน 2543)
8. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จ. ปทุมธานี (โรงพยาบาลรัฐบาล ขนาด 670 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 3 มกราคม 2544)

ตารางที่ 1 แสดงโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องพัฒนาคุณภาพ 35 โรงพยาบาล

สังกัด	โรงพยาบาล	ขนาดของโรงพยาบาล (เตียง)	วันที่ ที่ได้รับการรับรอง
กระทรวง	รพ.เสนา	160	17พ.ย. 2542
สาธารณสุข	รพ.บ้านแพ้ว	120	
	รพ.บ้านนาสาร	60	
	รพ. สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม	90	6 ก.ย. 2543
	รพ. สมเด็จพระยุพราชเวียงสระ	60	
	รพ. สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	390	
	รพ. ดอนสัก	30	
	รพ. โคกสำโรง	90	
	รพ. กาญจนดิษฐ์	60	
	รพ. อุดรธานี	786	
	รพ. อุดรดิตถ์	580	
	รพ. หาดใหญ่	640	
	รพ. สงขลา	515	
	รพ. ยะลา	497	
	รพ. ยโสธร	346	
	รพ. โพนธาราม	204	
	รพ. ดำเนินสะดวก	323	
	รพ. น่าน	430	
รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์	750	6 ก.ย. 2543	
รพ. ขอนแก่น	714		
กรมการแพทย์	รพ. นพรัตนราชธานี	510	
	รพ. รัษฎารักษ์	670	3 ม.ค. 2544

สังกัด	โรงพยาบาล	ขนาดของโรงพยาบาล (เตียง)	วันที่ ที่ได้รับการรับรอง
ทบวงมหาลัย	รพ. สงขลานครินทร์	732	
กลาโหม	รพ. ค่ายประจักษ์ศิลปาคม	150	17 พ.ย. 2542
เอกชน	รพ. เปาโลเมโมเรียล	300	
	รพ. พญาไท 2	550	28 เม.ย. 2543
	รพ. กรุงเทพ	403	
	รพ. มิชชั่น	200	
	รพ. ราษฎร์ยินดี	196	23 ธ.ค. 2543
	รพ. ศรีวิชัย 2	200	
	รพ. สมิติเวช	275	
	รพ. สุขุมวิท	110	
	รพ. ทักษิณ	200	
	รพ. บำรุงราษฎร์	554	17 พ.ย. 2542
	รพ. เกษมราษฎร์	500	
	รพ. นอร์ธอีสเทิร์นวัฒนา	100	

ที่มา: ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543-2544 (2543)

โรงพยาบาลที่จะผ่านการรับรองนั้น จะมีการเตรียมการเข้าสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) คือ

1. เตรียมคน งานพัฒนาคุณภาพจะสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับองค์กร ตั้งแต่ผู้บริหารทุกระดับไปจนถึงผู้ปฏิบัติงานทุกคน เริ่มจากผู้บริหารระดับสูงตัดสินใจว่าจะพัฒนาคุณภาพตามกรอบแนวทางมาตรฐานโรงพยาบาล กำหนดผู้รับบริการโดยตรง เรื่องการพัฒนาคุณภาพ ทำความเข้าใจกับคนทั้งองค์กรว่ากำลังจะทำอะไร ร่วมกันสร้างความมุ่งมั่นและกำหนดเป้าหมายการพัฒนาพร้อมกันระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน มีการสร้างทีมงานต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรในหน่วยงานเช่นเดียวกัน หรือทีมงานที่ประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงาน

ต่างๆ ที่ให้บริการผู้ป่วยร่วมกัน ดำเนินการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรและทีมงานต่าง ๆ ให้ทุกคนเข้าใจ และรู้สึกมีส่วนร่วมในการทำงาน ทুমเทแรงกายแรงใจให้กับการทำงานนั้น การจะทำให้ทุกคนเกิดความกระตือรือร้นในการทำงาน คือ ต้องทำดีกับพวกเขา ยอมรับผลงานและแบ่งปันความสำเร็จที่ได้รับให้แก่พวกเขาด้วย

2. วางระบบงาน มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานภายใน เพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ควรมีการจัดสร้างทีมข้ามสายงาน (Cross functional team) ซึ่งใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแทรกอยู่ในองค์กรเดิม โดยเน้นเรื่องกระบวนการให้บริการผู้ป่วยที่ต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ

3. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กำหนดทีมที่รับผิดชอบในการประเมินและพัฒนาตนเอง มีการทำการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสร้างตัวชี้วัดที่เหมาะสม และใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเป็นเครื่องมือประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนา

โรงพยาบาลจะทำการพัฒนาคุณภาพสำเร็จหรือไม่นั้น สำคัญที่สุดอยู่ที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ซึ่งจะต้องมีความเข้าใจและมีความมุ่งมั่นในเรื่องของคุณภาพ ต้องปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี มีความเป็นผู้นำสูงและพร้อมจะร่วมทำงานกับลูกน้องในทุกสภาวะ นอกจากผู้บริหารสูงสุดแล้ว หัวหน้าหน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องมีความมุ่งมั่นเรื่องการพัฒนาคุณภาพ และดำเนินงานในเรื่องนี้อย่างจริงจัง จะต้องสามารถอบรมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับให้เข้าใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพ ขณะเดียวกับผู้บริหารเองก็ต้องให้ความมุ่งมั่น และทุ่มเท กับกลุ่มบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง

4. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล

4.1 หน้าที่และความรับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาล

The American Organization of Nurse Executive (AONE: 1992) ได้อธิบายหน้าที่และความรับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลไว้ดังนี้

1. หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หน้าที่ความรับผิดชอบสำหรับหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลซึ่งมีอำนาจต้องให้กลยุทธ์ในการวางแผนและปฏิบัติการให้เป็นไปตามนโยบาย เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร ดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานเชิงวิชาชีพ ต้องรับผิดชอบในการรักษาสิ่งแวดล้อม ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน รวบรวมข้อมูล

เกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติในการตอบสนองต่อการให้การพยาบาล ประเมินผลประสิทธิผลและคุณภาพบริการให้มีความสม่ำเสมอภายใต้หลักเกณฑ์ ส่งเสริมและสนับสนุนงานวิจัย รวมทั้งนำผลการวิจัยมาใช้สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล

2. หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารงานบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรอื่นๆ เพื่อการบริหารการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลดต้นทุนทางการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลควรใช้บุคลากร เครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ การผสมผสานทักษะเป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการใช้งบประมาณภายใต้นโยบายองค์กรและความเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ การอบรมให้สมาชิกในทีมใช้เครื่องมือด้วยความชำนาญ และการให้คำแนะนำสมาชิกในทีมอย่างเหมาะสม

3. หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการอำนวยความสะดวกการพัฒนาตนเองของสมาชิกในทีม ในการที่จะดำรงรักษาไว้ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด สมาชิกในทีมต้องมีความสามารถในการแสดงบทบาทและความรับผิดชอบในการให้การพยาบาล ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลต้องดำรงไว้ซึ่งระดับความสามารถที่มีอยู่และพัฒนาทักษะใหม่ๆ ให้สมาชิกในทีม

4. หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติการพยาบาลตามกฎระเบียบและมาตรฐานวิชาชีพในการให้การพยาบาลที่ดีที่สุดซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับกฎระเบียบและมาตรฐานการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลต้องแจ้งและประกาศให้สมาชิกทุกคนทราบและปฏิบัติตาม

5. หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลต้องรับผิดชอบในการวางแผนกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับแผนกหอผู้ป่วย ที่มีการให้การพยาบาลทั้งหมด ให้ใช้มาตรฐานเดียวกัน มีการติดต่อสื่อสารจากสมาชิกในทีมถึงผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารระดับสูงทางการพยาบาล จัดทำแผนกลยุทธ์และปฏิบัติตามแผนของแผนก หน่วยและหอผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแผนขององค์กร โดยสนับสนุนให้สมาชิกในทีมมีส่วนร่วมในการวางแผนและเสนอความต้องการ เพื่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

6. หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการสนับสนุนความร่วมมือ ความสามัคคีและความมีวินัยในการทำงานเป็นทีมภายในแผนก หน่วยงาน และหอผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การให้การพยาบาลด้วยคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันความร่วมมือในการทำงานมีความสำคัญที่จะให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลมีบท

บาทสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือภายในหน่วยงานและสหสาขาวิชาชีพเพื่อการพัฒนาการให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

Sullivan และ Decker (1997) ได้อธิบายถึงความรับผิดชอบในงานของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลว่า

หัวหน้าหน่วยงานพยาบาล หัวหน้าแผนกหรือผู้ช่วย เป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีความรับผิดชอบในการนิเทศงานให้แก่บุคลากรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานทางด้านบริหาร ทั้งในหอผู้ป่วยและหน่วยพิเศษในแต่ละวัน ให้การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย บริหารงานบุคลากร งบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ พัฒนาบุคลากร ปฏิบัติตามกฎระเบียบและมาตรฐานเชิงวิชาชีพ สนับสนุนความร่วมมือในสหสาขาวิชาชีพ และวางแผนกลยุทธ์ จูงใจสมาชิกในทีมให้ปฏิบัติงานเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร เป็นตัวแทนของสมาชิกในทีมในการติดต่อสื่อสารกับผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบในการบริหารแผนกและหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง

กุลยา ตันติผลลาชีวะ (2539) กล่าวถึง ภารกิจสำคัญของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลที่คือการดำเนินการพยาบาลให้เป็นไปตามปรัชญาและเป้าหมายแห่งการพยาบาลที่กำหนดไว้ เพื่อสร้างสรรคคุณภาพของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย และกิจกรรมที่หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลพึงกระทำให้บังเกิดสัมฤทธิ์ผลมี 3 ประการ คือ

1. สร้างคุณภาพทางการพยาบาล
 - 1.1 ยกกระดับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วย
 - 1.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ
 - 1.3 จัดระบบการพยาบาลและมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยและอัตรากำลังที่มีอยู่
 - 1.4 ควบคุมให้มีการพยาบาลที่ถูกต้อง โดยการดำเนินการตามแผนการพยาบาล มีการประเมินผลและมีการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน หรือหลังจากจำหน่ายผู้ป่วย
 - 1.5 ปฏิบัติการพยาบาลด้วยตัวเอง
2. บริการบุคลากรพยาบาล ดังนี้
 - 2.1 จัดตารางเวรให้แก่เจ้าหน้าที่การพยาบาลอย่างเหมาะสม มีเวลาปฏิบัติงาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ และมีอัตรากำลังพอเหมาะในแต่ละเวร
 - 2.2 จัดระเบียบการลาป่วย ลา กิจ ลาพักผ่อนอย่างเหมาะสม เพื่อให้ง่ายต่อการจัดระบบอัตรากำลังที่คล่องตัว

- 2.3 พัฒนาและฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกระดับในหอผู้ป่วย
 - 2.4 ประสานงานด้านวิชาการและการศึกษากับฝ่ายการพยาบาล
 - 2.5 ตรวจสอบ นิเทศ และประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย
3. การบริหารงานนโยบายทั่วไป กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยโดยตรง
 - 3.1 จัดการและตรวจสอบเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลให้พร้อมอยู่เสมอ
 - 3.2 บำรุงรักษาและตรวจซ่อมเครื่องมือ เครื่องใช้ ในหอผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดี
 - 3.3 ดูแลความสะดวกสบายเรียบร้อยในหอผู้ป่วย
 - 3.4 ตรวจสอบให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน
 - 3.5 สร้างสรรค์ความคล่องตัวในการดำเนินงานในหอผู้ป่วยทุกกรณี
 - 3.6 สร้างเสริมสัมพันธภาพและการประสานงานที่ดี ในระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ตลอดจนผู้ที่มาติดต่องานต่างๆ

กองการพยาบาล (2539) กำหนดภาระหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาล คือ การดำเนินการพยาบาลให้เป็นไปตามปรัชญาและเป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ เพื่อสร้างคุณภาพทางการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ใช้บริการ กิจกรรมสำคัญที่หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลพึงกระทำ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการบริหาร ด้านการบริการ ด้านวิชาการ และการประสานงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างคุณภาพทางด้านการบริหาร มีกิจกรรมดังนี้
 - 1.1 จัดตารางเวร หรือตารางการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้เหมาะสมมีเวลาพักผ่อนเพียงพอ และอัตรากำลังพอเหมาะในแต่ละเวร
 - 1.2 การจัดระเบียบการลาป่วย ลากิจ ลาพักผ่อน และการแลกเวร โดยเหมาะสมเพื่อให้ง่ายต่อการจัดอัตรากำลังที่คล่องตัว
 - 1.3 พัฒนาฟื้นฟูความรู้ด้านวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับ
 - 1.4 ตรวจสอบ นิเทศ ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับในหอผู้ป่วย
2. การสร้างคุณภาพทางด้านการบริการทางการพยาบาล มีกิจกรรมดังนี้
 - 2.1 กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับในหอผู้ป่วย
 - 2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ

- 2.3 นำหลักของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
- 2.4 มีหน้าที่ทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ
- 2.5 มีการวางแผนการพยาบาลในคาร์เด็กส์
- 2.6 ระบบการบันทึกรายการต่างๆ มีประสิทธิภาพ
- 2.7 ควบคุมให้มีการพยาบาลถูกต้อง โดยการดำเนินการตามแผนการพยาบาลในคาร์

เด็กส์มีการประเมินผล และติดตามผลการพยาบาลอยู่เสมอ

3. การบริหารงานทั่วไป มีกิจกรรมดังนี้

- 3.1 ตรวจสอบเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลให้พร้อมอยู่เสมอ
- 3.2 บำรุงรักษาและตรวจซ่อมเครื่องมือเครื่องใช้ในหอผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดี
- 3.3 ดูแลความสะอาดเรียบร้อยภายในหอผู้ป่วย
- 3.4 ตรวจสอบความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการและปฏิบัติงาน
- 3.5 สร้างสรรค์ความคล่องตัวในการดำเนินงานภายในหอผู้ป่วย
- 3.6 จัดทำคู่มือการประสานงานภายในและภายนอกหอผู้ป่วย เพื่อสร้างเสริมสัมพันธ

ภาพและการประสานงานที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ผู้ใช้บริการและญาติ ตลอดจนผู้มาติดต่องานต่าง ๆ

จากหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการปฏิบัติงานที่กล่าวมา การดำเนินกิจกรรมตามหน้าที่ย่อมมีความสำคัญในการพัฒนาองค์กร เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องรับนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงมาบริหารงานภายในหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นแกนนำสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการไปสู่ผู้รับบริการโดยตรง

4.2 การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล

หน่วยงานพยาบาลที่จะดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลในการพัฒนาคุณภาพบริการ ควรจะมีกระบวนการ ดังนี้

1. เทคนิค AIC (Appreciation-Influence-Control)

การนำเทคนิค AIC มาใช้ปฏิบัติในการดำเนินงานในหอผู้ป่วย โดยให้บุคลากรทุกคนในหอผู้ป่วยที่จะทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบหรือหน่วยงาน ตั้งแต่ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด หรือลูกจ้างอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มาประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันโดยแบ่งชั้นหัวหน้า ลูกน้อง ไม่แบ่งวัยวุฒิ คุณวุฒิหรือระดับชั้น ซึ่งการประชุมดำเนินการใน 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 A : Appreciation ในขั้นตอนนี้ ทุกคนมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกัน เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยงาน และความเห็นเกี่ยวกับภาพฝันในอนาคต ซึ่งจะทำให้ทุกคนได้มีโอกาสใช้ทั้งข้อเท็จจริง เหตุผล และความรู้สึก ตลอดจนการแสดงออกในลักษณะต่างๆ ตามที่เป็นจริงโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์สิ่งที่คนอื่นให้ความเห็น แต่ละคนเคารพและเห็นคุณค่าในความคิดเห็นของคนอื่น ซึ่งการได้รับการยอมรับจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทุกคนมีความรู้สึกดี มีความสุข มีความอบอุ่นและเกิดพลังร่วม เกิดจินตนาการที่ช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมของหน่วยงาน โดยยึดถือความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ร่วมของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของโรงพยาบาล

ขั้นที่ 2 I : Influence บุคลากรทุกคนร่วมเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมที่กำหนดขึ้นซึ่งจะสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพของ โรงพยาบาล โดยเสนอวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ ในขั้นตอนนี้มีการแบ่งกลุ่มย่อยตามงานหรือความถนัดมากขึ้น เมื่อทุกคนได้แสดงความคิดเห็นแล้วนำวิธีที่เสนอแนะทั้งหมดจัดหมวดหมู่พิจารณาร่วมกันจนได้วิธีการสำคัญที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จ ตามที่กลุ่มต้องการ สมาชิกกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์กัน รวมถึงการถกเถียงกันด้วย แต่กลุ่มก็ยังมีแนวโน้มที่จะรักษาความรักสามัคคีไว้ด้วย

ขั้นที่ 3 C : Control บุคลากรทุกคนร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ถึงหลักการและเหตุผล เป้าหมาย วิธีการหรือขั้นตอนการปฏิบัติอย่างละเอียด กำหนดระยะเวลา กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและร่วมรับผิดชอบ จำนวนและแหล่งงบประมาณ และอื่นๆ ในขั้นตอนนี้สมาชิกแต่ละคนมีโอกาสเลือกเป็นผู้รับผิดชอบด้วยความสมัครใจ เป็นการกำหนดข้อผูกพันให้ตนเองเพื่อควบคุมให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุ เป้าหมายหรืออุดมการณ์ร่วมกันของกลุ่มในที่สุด

จะเห็นได้ว่า เทคนิค AIC เป็นแนวทางหนึ่งที่จะก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของบุคลากรในหอผู้ป่วยอย่างสร้างสรรค์ และยังเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถหรือเป็นการดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวบุคลากรแต่ละคนมาใช้ในการทำงานร่วมกันอย่างมีระบบ อันจะส่งผลดีในการพัฒนาการทำงานร่วมกันต่อไป

2. กิจกรมกลุ่มคุณภาพ (Quality Control Circle : QCC/QC)

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ หรือการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) เป็นเครื่องมือในการบริหารงาน (Management tools) โดยมีปรัชญาการบริหารแบบล่างขึ้นบน (Bottom-up approach) คือ เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม และในขณะ

เดียวกัน ผู้บริหารก็ต้องยอมรับแนวคิดหรือแนวทางแก้ไขปัญหาของระดับล่างอย่างเป็นทางการเป็นเหตุเป็นผล (พิชัย ลีพิพัฒน์ไพบุลย์, 2536) ซึ่งการยอมรับจะทำให้เกิดบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน

ปรัชญาของ QC เป็นการพยายามสร้างจิตสำนึกให้บุคลากรแก้ไขและวางระบบการทำงานด้วยตนเอง ซึ่งปราศจากการชี้แนะจากผู้บริหาร โดยการผสมผสาน (Integration) หลักวิชาการต่างๆ (Interdisciplinary) อย่างเหมาะสมจนเกิดพลังในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ทฤษฎีองค์การและการจัดการ (Organization & Management) นโยบายและการวางแผน (Policy & Planning) หลักพฤติกรรมศาสตร์ (Behavior science) หลักสถิติ (Statistic) และวิชาเศรษฐศาสตร์ (Economic) เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า QC เป็นการปลูกฝังค่านิยม (Values) และทัศนคติที่ดีในการทำงาน ทำให้เกิดการเกื้อหนุนและลดการนินทาว่าร้าย QC เป็นกระบวนการวางแผนอีกรูปแบบหนึ่ง กล่าวคือ จะใช้วงจร PDCA (Plan Do Check Action) โดยก่อนจะวางแผน กลุ่มจะต้องค้นหาปัญหาว่าอะไรบ้างที่กลุ่มสามารถทำเองได้ ทำเป็นกลุ่ม ทำต่อเนื่อง และ ไม่ขัดต่อนโยบายของหน่วยงาน จากนั้น พิจารณาความสำคัญของปัญหาโดยใช้วิธีการเก็บ ข้อมูล (Management by facts) โดยเก็บข้อมูลของปัญหาแต่ละปัญหา อาจใช้ใบตรวจสอบ (Check sheet) แล้วนำเสนอเป็นกราฟ เพื่อให้กลุ่มสามารถอ่านและวิเคราะห์ได้ทันที เมื่อได้ปัญหาสำคัญแล้ว กลุ่มตั้งหัวข้อเรื่อง กำหนดเป้าหมายการปรับปรุงเป็นตัวเลขที่สามารถวัดได้ จากนั้น กลุ่มจึงวิเคราะห์สาเหตุ (Cause and effect diagram) อาจใช้แผนภูมิแกงปลาหรือแผนภูมิความสัมพันธ์ (Relation diagram) หรือแผนภูมิต้นไม้ (Tree diagram) จนได้เป็นตัวแบบเหตุผล (Causal models) จากนั้น กลุ่มก็จะระดมสมอง (Brainstroming method) เพื่อหาแนวทาง การปรับปรุงแก้ไข ก่อนตัดสินใจเลือกแนวทางใด ต้องทำการวิเคราะห์แนวทางโดยใช้ หลักต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost benefit) และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ แล้วจึงตั้งเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในเรื่องนั้นๆ

3. กิจกรรม 5 ส

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

ส ตัวแรก สะสาง เป็นการแยกของที่จำเป็นออกจากของที่ไม่จำเป็นและจัดของที่จำเป็นให้ออกไป หัวหน้าหน่วยงานจะต้องเป็นผู้แยกของที่จำเป็นและของที่ไม่จำเป็น โดยของที่จำเป็นและใช้บ่อย ควรเก็บไว้ใกล้ตัว ของที่จำเป็นและใช้เป็นบางครั้ง ควรเก็บไว้ใกล้กระบวนการที่ใช้

ของที่จำเป็นแต่นานๆใช้ ควรเก็บไว้นอกบริเวณที่ทำงาน ส่วนของที่ไม่จำเป็นและไม่ใช้แล้วควร ขจัดออกจากหน่วยงาน

ส ต้วที่ 2 สะดวก เป็นการจัดวางหรือจัดเก็บสิ่งของต่างๆ ในที่ทำงานให้เป็นระเบียบเพื่อความ สะดวกและปลอดภัย และคงไว้ซึ่งคุณภาพ ประสิทธิภาพในการทำงาน เมื่อสถานที่ทำงาน เหลือแต่สิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานหลังจากสะสางแล้ว ขั้นต่อไปคือการจัดสิ่งของให้เป็นหมวด หมู่ มีป้ายชัดเจนและเหมาะสมต่อสภาพการใช้งานที่ทุกคนสามารถเข้าใจได้ง่าย การทำเช่นนี้จะ ทำให้ลดการสูญเสียเวลาในการค้นหา การหยิบและการจัดเก็บไม่ผิดพลาดซึ่งมีผลทำให้ได้การ บริการรวดเร็ว และถูกต้อง

ส ต้วที่ 3 สะอาด เป็นการทำความสะอาด (ปิดกวาด เช็ด ถู) วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้งบริเวณพื้นที่ที่ทำงาน หัวหน้าหน่วยงานควรเริ่มขั้นตอนการทำความสะอาดโดย 1) กำหนดแบ่งเขต บริเวณ สิ่งของ เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และมอบหมาย ความรับผิดชอบให้บุคลากรแต่ละคน 2) ศึกษาวิธีการใช้งาน การทำความสะอาดที่ถูกต้องของ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ 3) กำหนดเวลาการทำความสะอาด เช่น ก่อนและหลังการ ใช้งาน กำหนดวัน 5 ส ประจำสัปดาห์ วันทำความสะอาดใหญ่ประจำปี (Big Cleaning Day) เป็นต้น 4) กำหนดเวลาการทำความสะอาดและรายละเอียดของการทำความสะอาดแต่ละจุด เช่น 5 นาที 5 ส แต่ละคนต้องทำอะไรบ้าง 5) ทำความสะอาดสถานที่ทำงานทุก ๆ วันจนติดเป็นนิสัย

ส ต้วที่ 4 สุขลักษณะ เป็นการรักษามาตรฐานการปฏิบัติ 3 ส แรกที่ดีไว้ ค้นหาสาเหตุ ต่าง ๆ เพื่อยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น สุขลักษณะเป็นการทำ 3 ส แรกอย่างต่อเนื่องทุกวัน เพื่อ รักษามาตรฐานของความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสถานที่ทำงานให้อยู่ในสภาพที่ดีตลอดเวลา รวมทั้งต้องพยายามหาทางปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น ประเด็นสำคัญของสุขลักษณะ คือ การรักษามาตร ฐานและปรับปรุงให้ดีขึ้น

ส ต้วที่ 5 สร้างนิสัย เป็นการสร้างนิสัยและฝึกวินัยในตนเอง ให้ปฏิบัติตามระเบียบกฎ เกณฑ์ของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ จนกลายเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติหรือโดย ธรรมชาติ เช่น การเก็บของที่นำไปใช้เข้าที่เดิมทุกครั้งโดยไม่ต้องมีใครบอก การจัดการแยกขยะ และทิ้งให้ถูกที่ เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 5 ส ประกอบด้วย

1. ประกาศเป็นนโยบายของหน่วยงาน
2. ให้การศึกษา อบรม ดูงานแก่บุคลากรทุกคน

3. จัดตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงาน 5 ส
4. ติดตั้งโปสเตอร์ผนัง
5. จัดแบ่งและทำผังพื้นที่รับผิดชอบ
6. ถ่ายภาพสีและสไลด์ก่อนทำกิจกรรม
7. สำรวจพื้นที่รับผิดชอบ ตั้งหัวข้อในการปรับปรุง
โดยใช้หลักการปรับปรุง PDCA (Plan Do Check Action)
8. ตรวจสอบ ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข
9. ตั้งมาตรฐาน 5 ส
10. มีการตรวจพื้นที่โดยผู้บริหารอยู่เสมอ
11. ถ่ายรูปสีและสไลด์หลังทำกิจกรรม
12. รายงานผลการดำเนินกิจกรรมตามสายงาน
13. ทำการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
14. จัดทำการประกวดพื้นที่
15. ทำการวัดผล

การปฏิบัติกิจกรรม 5 ส นอกจากจะมีผลดี คือ ทำให้สถานที่ทำงานสะอาด สวยงาม ช่วยบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน ยังส่งผลต่อผลผลิต คุณภาพ ต้นทุน การส่งมอบ และขวัญกำลังใจ หากสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวลดลงจะส่งผลให้กำไรลดลง และส่งผลกระทบต่อองค์กร คือ โอกาสการแข่งขันลดลง ความอยู่รอดลดลง การขยายกิจการลดลง และไม่สามารถเป็นเลิศในธุรกิจได้ ส่วนผลที่กระทบต่อบุคลากร คือ เงินเดือนและโบนัส สวัสดิการและตำแหน่งของบุคลากรลดลง เมื่อบุคลากรช่วยกันทำกิจกรรม 5 ส จะมีส่วนช่วยให้ผลเสียต่าง ๆ ลดลง (ประวิทย์ จงวิศาล, 2539) กิจกรรม 5 ส เป็นพื้นฐานของการบริหารและช่วยส่งเสริมกิจกรรมอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น กิจกรรมข้อเสนอแนะ กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ TQM/CQI ISO9000 และการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) เป็นต้น (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540)

4. กิจกรรมข้อเสนอแนะ (Suggestion system)

กิจกรรมข้อเสนอแนะ คือระบบหรือกลไกที่กระตุ้นและเชิญผู้ปฏิบัติงานให้มีส่วนร่วม โดยการเสนอความคิดเห็นที่มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ระบบการเสนอแนะนี้เป็นระบบที่คาดหวังว่าบุคลากรทุกคนทั้งระดับล่างและผู้บริหารทุกระดับ ย่อมจะมีความรู้เกี่ยวกับงานในหน้าที่รับ

ผิดชอบของตนดีที่สุด การทำงานหากมีปัญหาอย่ามจะเป็นผู้ที่รู้วิธีแก้ไขด้วย ขณะเดียวกันก็คาดหวังว่าเมื่อบุคลากรและผู้บริหารได้ฝึกฝนตนเอง สนใจงานของตนเอง คิดปรับปรุงงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ย่อมจะทำให้เกิดความคิด เกิดพลังสมอง ซึ่งความคิดริเริ่มบางเรื่องจะเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานได้อย่างใหญ่หลวง (สมคิด บางโม, 2541: 281)

ในหน่วยงานการพยาบาล จะมีการชักชวนให้บุคลากรทุกคนช่วยกันคิด ช่วยกันเสนอวิธีแก้ไขการทำงาน วิธีทำงาน วิธีปรับปรุงคุณภาพของงาน วิธีประหยัดทรัพยากรต่าง ๆ ถ้าความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานได้รับการยอมรับจากหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานผู้นั้นจะได้รับการยกย่องชมเชย หรือได้รับรางวัลเป็นการตอบแทน (ประวิทย์ จงวิศาล, 2539)

วัตถุประสงค์ของกิจกรรมข้อเสนอแนะ คือ เปิดโอกาสและพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากร พัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สื่อข้อความจากผู้ปฏิบัติสู่ผู้บริหาร เพิ่มคุณค่าในตัวผู้ปฏิบัติงาน และปรับปรุงโรงพยาบาลให้ดีขึ้น

ประโยชน์ของกิจกรรมข้อเสนอแนะ คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานได้รับขวัญ กำลังใจและความภาคภูมิใจมากขึ้น จากการมีส่วนร่วม เพิ่มคุณค่าให้แก่ตนเอง มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น 2) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น 3) เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4) เพิ่มคุณภาพของงาน 5) ลดค่าใช้จ่าย และ 6) เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

5. การพัฒนาองค์กร (Organization Development)

การพัฒนาองค์กร (Organization Development) หรือ O.D. เป็นการฝึกอบรมเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในทางที่ดี ให้มีความรัก ความสามัคคี ให้มองโลกในแง่ดี ให้เข้าใจธรรมชาติของคน ให้เห็นคุณค่าของทุกคนและให้ทำงานเป็นทีม โดยอาศัยกิจกรรมและสันตนาการเป็นเครื่องมือในการฝึกอบรม (ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541: 165)

การนำแผนการพัฒนาองค์กรมาใช้จะต้องเป็นความเห็นชอบของผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยผู้ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นที่ใกล้ชิดผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด จึงต้องดูแลและดำเนินการตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล หากพบว่าหน่วยงานมีปัญหา เช่น ขาดความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงาน บรรยากาศในการทำงานเต็มไปด้วยการแข่งขัน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ต้องการเปลี่ยนทัศนคติของคนในหน่วยงาน การพัฒนาองค์กร ทำเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ในหน่วยงาน และเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ เนื้อหาในการอบรม O.D. ประกอบไปด้วย กิจกรรมต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมความรัก ความสามัคคี การทำงานเป็นทีม การสร้างมนุษยสัมพันธ์ เช่น กิจกรรม Buddy กิจกรรมเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ กิจกรรมละลายพฤติกรรม กิจกรรมหน้าต่าง

โจฮารี กิจกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Stroke) เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมการใช้ Stroke กับผู้ร่วมงาน ถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญและทรงคุณค่าที่สุดของกิจกรรม O.D. หลังจากทำโครงการ พัฒนาองค์กร (O.D.) แล้ว ผู้บริหารจะรู้สึกเบาใจขึ้น เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายมีความรับผิดชอบมากขึ้น ทุกคนให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน มองโลกในแง่ดี มีการยิ้มแย้มแจ่มใส ทักทายกัน ที่สำคัญที่สุดทุกคนยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้บังคับบัญชาได้รับการยอมรับจากผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชายอมรับและเห็นความสำคัญของผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนยอมรับเพื่อน (สันทัด ดินรุพันธ์ ประทุม, 2541) นอกจากนี้ประโยชน์จากโครงการ O.D. คือ ประชาชนผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาล ได้รับการต้อนรับ เอาใจใส่ดูแลจากเจ้าหน้าที่มากยิ่งขึ้น

6. พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ (Excellence Service Behaviour = ESB)

พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศเป็นการอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมหรือรูปแบบของมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การฝึกอบรมมุ่งเน้นที่จะอบรมให้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกคน และได้จัดให้กับผู้บริหารทุกระดับโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้บริหารเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุลและคณะ, 2541) แนวทางในการอบรมส่วนใหญ่จะเป็นการบรรยายกึ่งสนทนา มีการปลูกเร้าจิตสำนึก มีกิจกรรมเพื่อให้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง

เนื้อหาในการอบรม แบ่งออกเป็น 2 หลักสูตรคือ หลักสูตรการบริหารงานบุคคลเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการเป็นหลักสูตรสำหรับผู้บริหาร ส่วนหลักสูตรสู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพเป็นหลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงาน เนื้อหาในการอบรมจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับ ปัญหาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล จิตวิทยาบริการ มนุษยสัมพันธ์ การประสานความร่วมมือ กิจกรรมกลุ่ม และวิดีโอพฤติกรรมบริการ จิตสำนึกในงานบริการ วจีกรรมบริการและการใช้โทรศัพท์ นอกจากนี้กิจกรรมเหล่านี้แล้วในหลักสูตรสำหรับผู้บริหารจะเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับ การบริหารความขัดแย้ง ทักษะการบริหารงานบุคคล เทคนิคการจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชา การตัดสินใจปัญหาและการวินิจฉัยสั่งการ เป็นต้น

ภายหลังการฝึกอบรมบุคลากรจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน มีการทักทายอย่างอ่อนน้อม มีความอยากที่จะทำงานเพื่อให้องค์กรดีขึ้น

พฤติกรรมดี ๆ เหล่านี้ หากผู้บริหารเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริหารผลที่เกิดขึ้นจะส่งเสริมให้ยั่งยืนยิ่งขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุลและคณะ, 2541) ข้อเสนอแนะของโรงพยาบาลที่อบรม ESB คือ การฝึกอบรมควรเน้นที่การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เป็นเบื้องต้นเพราะบุคคลเหล่านี้คือ คนสำคัญที่จะทำให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน

การอบรมพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ หัวหน้าหอผู้ป่วยนอกจากอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริหารให้ดีขึ้นแล้ว จึงต้องดูแลบุคลากรผู้ได้บังคับบัญชาในหน่วยงานให้ได้รับการอบรมเช่นเดียวกัน

7. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guidelines =CPGs)

การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guidelines) เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับขั้นตอนอื่น ๆ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การนำ CPGs ไปปฏิบัติ การทบทวนวิธีการดูแลรักษาและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย และการปรับปรุงวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้นและนำไปสู่การปรับปรุง CPGs อย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543) CPGs มีเป้าหมายคือเพื่อให้ผลการรักษามีคุณภาพ ใน CPGs จะบ่งถึงขั้นตอนการรักษาโรคต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ความสำคัญกับบุคลากรหลายวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543) ทีมงาน CPGs จึงประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสุขศึกษา โภชนาการ เป็นต้น ทีมงานกลุ่มนี้จะทำหน้าที่ตั้งแต่ ยกร่าง CPGs ติดตามผล และรับผิดชอบในการปรับ จนสามารถนำไปใช้ได้จริง การนำ CPGs ไปใช้ในหน่วยงานหัวหน้าหน่วยงานจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ดีขึ้น

ประโยชน์ของการทำ CPGs คือ ด้านผู้ป่วย จะได้รับการดูแลที่เป็นระบบ และมีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าพร้อมกันจากทีมให้การรักษา ด้านผู้ประกอบวิชาชีพ จะทำให้ได้ร่วมมือปรึกษาหารือและทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน ด้านองค์กรวิชาชีพเอง ทำให้มั่นใจว่ามีการดำเนินการตาม CPGs ที่กำหนดไว้ ด้านสังคม ทำให้รับรู้แผนการดูแลรักษาที่มีต่อผู้ป่วยและเชื่อมั่นในมาตรฐานการรับรองของโรงพยาบาล ด้านโรงพยาบาล ทำให้ผู้บริหารมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543)

นอกจากกิจกรรมดังกล่าวมาแล้วหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลจะต้องดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA และ มาตรฐานโรงพยาบาล 9 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านการกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

หน่วยงานพยาบาลจะต้องจัดทำพันธกิจ ปรัชญา หรือค่านิยมของหน่วยงาน กำหนดขอบเขตที่จะให้บริการของหน่วยงาน ตลอดจนกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์จำเพาะของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับของโรงพยาบาล ในการกำหนด

พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ อาจจะปฏิบัติดังนี้ (สิทธิศักดิ์ พฤษพิติกุล, 2543; อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล, 2544) โดยการ

1.1 เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความมุ่งมั่นที่จะให้งานบรรลุผลสำเร็จ เช่น มีการระดมสมอง การทำประชาพิจารณ์ การตั้งกลุ่มอภิปรายแสดงความคิดเห็น เป็นต้น

1.2 ศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการเหล่านั้นได้

เมื่อหน่วยงานจัดทำพันธกิจ ขอบเขตการให้บริการ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์เรียบร้อยแล้ว หน่วยงานจะจัดทำแผนพัฒนาของหน่วยงานขึ้น ซึ่งอาจออกมาในรูปแบบปฏิบัติการ แผนพัฒนาระบบงาน หรือแผนพัฒนาคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ต้องการ และในการจัดทำแผนพัฒนาของหน่วยงานนั้นจะต้องมีการติดตาม ทบทวน ตามวงจร PDCA เพื่อปรับปรุงแก้ไข อย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านการจัดองค์กร และการบริหาร

หน่วยงานพยาบาลจะจัดให้มีโครงสร้างหรือผังองค์กรของตนเอง เพื่อกำกับแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน โดยแสดงทั้งสายการบังคับบัญชา สายการปฏิบัติงาน ภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจโครงสร้าง องค์กร และประโยชน์จากแผนผังโครงสร้างองค์กรในการแก้ปัญหา และควรมีการทบทวนโครงสร้างองค์กรอย่างน้อยทุก 3 ปี (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2540)

นอกจากนี้หน่วยงานจะมีการจัดทำแบบบรรยายลักษณะงาน (Job description) ซึ่งจะแสดงถึงตำแหน่งงาน ขอบเขตความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ และวุฒิของตำแหน่ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานทราบว่าตำแหน่งงานของตนมีคุณสมบัติขั้นต่ำอย่างไร มีขอบข่ายอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบมากน้อยเพียงใด ต้องรายงานต่อผู้ใดและต้องรับผิดชอบหรือกำกับดูแลใครบ้างในหน่วยงาน (ยุพดี ไสตติพันธ์, 2539; สิทธิศักดิ์ พฤษพิติกุล, 2543) และหน่วยงานควรมีการทบทวนแบบบรรยายลักษณะงาน (Job description) ที่จัดทำขึ้นอย่างน้อยทุก 3 ปี (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540)

3. การจัดการทรัพยากรบุคคล

ในหน่วยงานจะมีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพโดย

3.1 การจัดทำล้าคน จะมีการพิจารณาความพอเพียงทั้งในเวลาทำการปกติและนอกเวลาทำการ รวมทั้งการเตรียมบุคลากรสำรองให้เพียงพอ หากมีเหตุฉุกเฉินตามความจำเป็นโดยพิจารณาจากปริมาณงานหรือภาระงานที่วิเคราะห์ได้ การประเมินปริมาณงานดูได้จากสถิติและแนวโน้มของผู้ป่วยลักษณะผู้ป่วยและความรุนแรงของโรคภัยไข้เจ็บและการใช้เวลาของเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงต่างๆ เมื่อทราบปริมาณงาน แล้วจึงพิจารณาความพอเพียงของเจ้าหน้าที่ ซึ่งทำได้โดย เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละสาขาอาชีพประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และเปรียบเทียบปริมาณงานและจำนวน เจ้าหน้าที่ที่มีอยู่กับหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงาน หน่วยงานมีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ โดยอาจใช้วิธีประเมินแบบ 360 องศา (สิทธิศักดิ์ พฤษภินิติกุล, 2543) และควรกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินให้ชัดเจน เช่น การปฏิบัติหน้าที่ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ การปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการทำงานที่กำหนด การบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การร่วมทำงานเป็นทีม การปฏิบัติตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540)

นอกจากนี้หน่วยงานควรมีการทบทวนระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อดูว่ายังมีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพหรือไม่ จะเห็นได้ว่า มีการนำวงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA มาใช้ในทุก ๆ กิจกรรมที่ทำเสมอ

4. ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ในหน่วยงานพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน จะมีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยจะมีกิจกรรมเกี่ยวกับ

4.1 การประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาการฝึกอบรม ซึ่งกำหนดจากข้อมูลการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ข้อมูลจากกิจกรรมคุณภาพของหน่วยงาน ข้อมูลจากแบบสำรวจความต้องการด้านการฝึกอบรม เป็นต้น

4.2 จัดทำแผนการพัฒนาบุคลากร เมื่อหน่วยงานทำการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาด้านการอบรมแล้ว หน่วยงานจะจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร ซึ่งประกอบด้วย แผนการปฐมนิเทศ แผนการฝึกอบรมภายในโรงพยาบาล และแผนการส่งเจ้าหน้าที่ศึกษาต่อเนื่องทั้งระยะสั้นและระยะยาว

4.3 จัดให้มีการประเมินผลการฝึกอบรมและประเมินแผนการพัฒนาบุคลากร
หน่วยงานควรจัดให้มีการประเมินผลการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมในการทำงาน และการให้บริการผู้ป่วยเป็นหลัก นอกจากนี้ประเมินผลการพัฒนาบุคลากร
แล้ว หน่วยงานควรทำการประเมินแผนพัฒนาบุคลากรด้วย เพื่อปรับปรุงการจัดทำแผนให้มีประ
สิทธิภาพมากขึ้น

5. ด้านนโยบาย และวิธีปฏิบัติ

ในหน่วยงานจะมีการจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ ในเรื่องการบริหารจัดการ กิจ
กรรมด้านคลินิกและบริการ การบันทึกและจัดทำเอกสาร ความปลอดภัยเป็นลายลักษณ์อักษร
มีระบบการรับรอง เผยแพร่ ทบทวนเอกสารที่ดี เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบเข้าใจ และมีการถือ
ปฏิบัติตามเอกสารดังกล่าว รวมทั้งมี ระบบการทบทวนนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่ง
นโยบายคือ ข้อความที่เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ สะท้อนจุดยืน ค่า
นิยมของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ส่วนวิธีปฏิบัติคือ ขั้นตอนต่างๆในการ
ปฏิบัติที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐานอย่างชัดเจน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540; ลิขิตศักดิ์
พฤษพิติกุล, 2543)

ในหน่วยงานจะมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เช่น ระเบียบปฏิบัติ (Procedure
Manual) วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction) แนวทางการรักษา (Clinical Practice
Guideline) เพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติงาน และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยอันมีสาเหตุมา
จากความแตกต่างเหล่านั้นได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540)

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน จะพิจารณาจากการปฏิบัติงานที่มีโอกาสก่อให้เกิด
ความเสียหายได้มากเกิดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยเกิดความแตกต่างของการปฏิบัติได้มากระหว่างผู้
ปฏิบัติงานต่างๆหากไม่ปฏิบัติตามนโยบายหรือวิธีปฏิบัตินั้น (อนุวัฒน์ ศุภพิติกุล, 2544)

เมื่อจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานแล้ว ควรประเมินว่าเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิบัติตาม
นโยบาย วิธีปฏิบัตินั้นหรือไม่ เพื่อดำเนินการแก้ไขและขณะเดียวกันต้องทบทวนนโยบาย และวิธี
ปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่ายังคงทันสมัย สอดคล้องกับสภาวะการปฏิบัติงาน
และมีประสิทธิภาพตามที่ต้องการ

6. ด้านสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่

เนื่องจากหัวหน้าหน่วยงานมีความมุ่งหมายที่จะให้หน่วยงานมีสิ่งแวดล้อม อาคาร
สถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยจะ
มีการจัดพื้นที่ใช้สอยอย่างเพียงพอ และมีการแบ่งโครงสร้างภายในให้เหมาะสมสำหรับการให้

บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้อย่างเหมาะสม เช่น ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะมีการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับการทำ Resuscitation พื้นที่สำหรับหารเย็บแผล พื้นที่สำหรับการใส่เฝือก พื้นที่สำหรับการสังเกตอาการผู้ป่วย และพื้นที่สำหรับการเก็บเครื่องมือ เป็นต้น

นอกจากการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมแล้ว จะมีการจัดสภาพแวดล้อมภายในให้เหมาะสม เช่น จัดให้มีการถ่ายเทอากาศ หรือการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวนต่อการปฏิบัติงาน มีความสะอาด มีป้ายบอกทางและป้ายเตือนอันตรายอย่างเพียงพอ เป็นต้น

ในด้านการจัดสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่นั้น หน่วยงานจะมีการทำกิจกรรม 5 ส เพื่อพัฒนาคุณภาพ เพราะการปฏิบัติกิจกรรม 5 ส จะมีผลดี คือ ทำให้สถานที่ทำงานสะอาด สวยงาม ช่วยบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน ทำให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี ได้ผลตามที่คาดหวัง และเพิ่มผลผลิตให้แก่หน่วยงาน (ประวิทย์ จงวิศาล, 2539; พูลพร แสงบางปลา, 2542) และในการทำกิจกรรม 5 ส หน่วยงานควรมีการนำวงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA มาใช้ คือ เริ่มจากการวางแผนการทำกิจกรรม 5 ส การปฏิบัติกิจกรรม 5 ส การประเมินผลการทำกิจกรรม 5 ส และการปรับปรุงการทำกิจกรรม 5 ส เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

7. ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

ในหน่วยงานมีการจัดให้มีเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยอย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดย

หน่วยงานมีการประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ มีระบบสำรองเครื่องมือที่จำเป็น และมีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ โดย

7.1 มีคู่มือปฏิบัติในการดูแลรักษาเครื่องมือเพื่อป้องกันการเสื่อมชำรุด

7.2 มีระบบในการดูแลเครื่องมือที่มีความละเอียดอ่อน หรือซับซ้อนเป็นการเฉพาะ เช่นมีช่างบริการที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะ

7.3 มีบันทึกประวัติของเครื่องมือ ผู้ขายและการบำรุงรักษาเครื่องมือแต่ละชิ้น

7.4 มีการบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นกับเครื่องมือแต่ละชิ้น ประกอบด้วยลักษณะปัญหา การแก้ไข ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาที่ไม่สามารถใช้งานได้

นอกจากนี้ หน่วยงานควรมีระบบการตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอด เครื่องมือที่ควรได้รับการตรวจสอบความพร้อมเป็นประจำ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ในรถฉุกเฉิน เครื่องมือช่วยชีวิต และถังออกซิเจน เป็นต้น

8. ด้านระบบงาน กระบวนการให้บริการ

ในหน่วยงานจะมีการจัดระบบงานหรือระบบบริการที่ดี มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพ โดยยึดหลักการทำงานร่วมกันเป็นทีม และถือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง กิจกรรมคุณภาพที่หน่วยงานจัดทำ ได้แก่

8.1 การจัดให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆโดยมีการทำกิจกรรมประเมินและพัฒนาคุณภาพร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น Morning Conference Pre - Post Conference เป็นต้น

8.2 มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยหน่วยงานจัดเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการรักษา โดยคำนึงถึงความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และครอบครัวของผู้ป่วย

8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ข้อมูลการพยากรณ์โรค เป็นต้น

8.4 มีการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาโดยการซักประวัติ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ มีการตรวจวินิจฉัยในเวลาที่เหมาะสม มีการวางแผนการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย มีการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

8.5 จัดระบบให้มีกระบวนการให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐาน มีความเสี่ยงหรือข้อผิดพลาดน้อยที่สุด และมีประสิทธิภาพสูงสุดหน่วยงานจะวิเคราะห์กระบวนการหลักของระบบงานว่ามีอะไรบ้าง วิเคราะห์ความต้องการหรือความคาดหวังของผู้รับบริการ วิเคราะห์ความเสี่ยง โอกาสผิดพลาดหรือข้อบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม

8.6 จัดให้ผู้ป่วยได้รับการบริการและการดูแลรักษาที่ดีที่สุด ภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาลหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยจะเตรียมพร้อมสำหรับสภาวะฉุกเฉินทุกชนิดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยครบถ้วนทุกองค์ประกอบ (Holistic care)

8.7 จัดให้มีระบบการบันทึกที่สมบูรณ์ ครอบคลุมทั้งปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยแพทย์และพยาบาลมีการบันทึกที่สมบูรณ์ ครอบคลุมตั้งแต่การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการซักประวัติ การประเมินปัญหาผู้ป่วย การวางแผน

แผนการพยาบาล การตอบสนองต่อการรักษา การให้สุขศึกษา และภาวะของผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย เป็นต้น

8.8 จัดให้มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด โดยหน่วยงานพิจารณาจัดให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) หรือการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเอง (กฤษฎี อุทัยรัตน์, 2543)

9. ด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ในหน่วยงานจะจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโดย มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient focus) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้ำ 2) การติดตามศึกษาข้อมูลละสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ 3) การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง 4) การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ 5) การประเมินผลการแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพและเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบและ 6) การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540; กฤษฎี อุทัยรัตน์, 2543)

ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ แบ่งได้เป็น 5 ขั้นตอนดังนี้ (สิทธิศักดิ์ พุทธิพิติกุล, 2543)

1. ค้นหาโอกาสพัฒนา

หน่วยงานสามารถค้นหาโอกาสพัฒนาได้หลายวิธี เช่น ทำการทบทวนดัชนีชี้วัดที่เฝ้าระวังอยู่ และค้นหาว่ามีดัชนีชี้วัดตัวใดบ้างที่สามารถทำให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้ จากการรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่ผ่านมา เพื่อหาโอกาสพัฒนาให้ดีขึ้น และทำการสำรวจความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา

2. คัดเลือกประเด็นที่จะทำการพัฒนา

โดยหน่วยงานคัดเลือกประเด็นที่จะทำการพัฒนาจาก โอกาสปรับปรุงระบบงาน ให้ซับซ้อนน้อยลง ความเสี่ยงสูงหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย มีความแตกต่างในการปฏิบัติเกิดขึ้นบ่อยครั้ง มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา และจากการประเมินความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ

3. วิเคราะห์ระบบงานที่มีอยู่

เมื่อหน่วยงานคัดเลือกประเด็นที่จะพัฒนาได้แล้ว จะทำการวิเคราะห์ระบบงานได้โดยอาศัยเครื่องมือ ได้แก่ Flow charting, Fish bone diagram, Pareto chart, Cause effect diagram และ Correlation analysis เป็นต้น

4. ทำการค้นหาทางเลือกในการปรับปรุงระบบงาน และทดลองปฏิบัติ

เมื่อหน่วยงานวิเคราะห์ระบบงานและค้นหาสาเหตุของปัญหาได้แล้ว หน่วยงานจะทำการค้นหาทางเลือกใหม่ หรือออกแบบระบบงานใหม่ที่ดีกว่าเดิม และทำการทดสอบทางเลือกต่างๆ เพื่อค้นหาทางเลือกที่ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

5. เมื่อได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจแล้ว หน่วยงานจะต้องจัดทำให้เป็นมาตรฐาน เพื่อถือปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันต่อไป

จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพดังกล่าว มีการนำวงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA มาใช้ในทุกขั้นตอน

การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการต่าง ๆ นั้น ควรดำเนินการปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยใช้วงจร เดมมิ่ง (Deming, 1986) PLAN-DO-CHECK-ACT ประกอบในทุก ๆ กิจกรรม และการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการพัฒนาคุณภาพทั้งสิ้น แต่อาจจะมีจุดเน้นในเรื่องของคุณภาพที่แตกต่างกัน เช่น การปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. จุดเน้นเพื่อให้มีความสะอาด มีประสิทธิภาพในการทำงานการประกันคุณภาพ จุดเน้นเพื่อให้การปฏิบัติงานได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ เป็นต้น แต่สามารถเชื่อมโยง และประสานงานกันไปสู่เป้าหมายเดียวกันคือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว เป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยให้โรงพยาบาล สามารถเตรียมตัวให้พร้อมที่จะเข้าสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากการที่หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลผู้ป่วยจะต้องดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้โรงพยาบาลประสบผลสำเร็จในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลจะต้องมีการดำเนินงานโดยในทุก ๆ หน่วยงานจะต้องมีการปฏิบัติงานโดยอาศัย วงจรการพัฒนาคุณภาพ 4 ขั้นตอน คือ

1. Plan (การวางแผน)
2. Do (การปฏิบัติ)
3. Check (การตรวจสอบ)และ

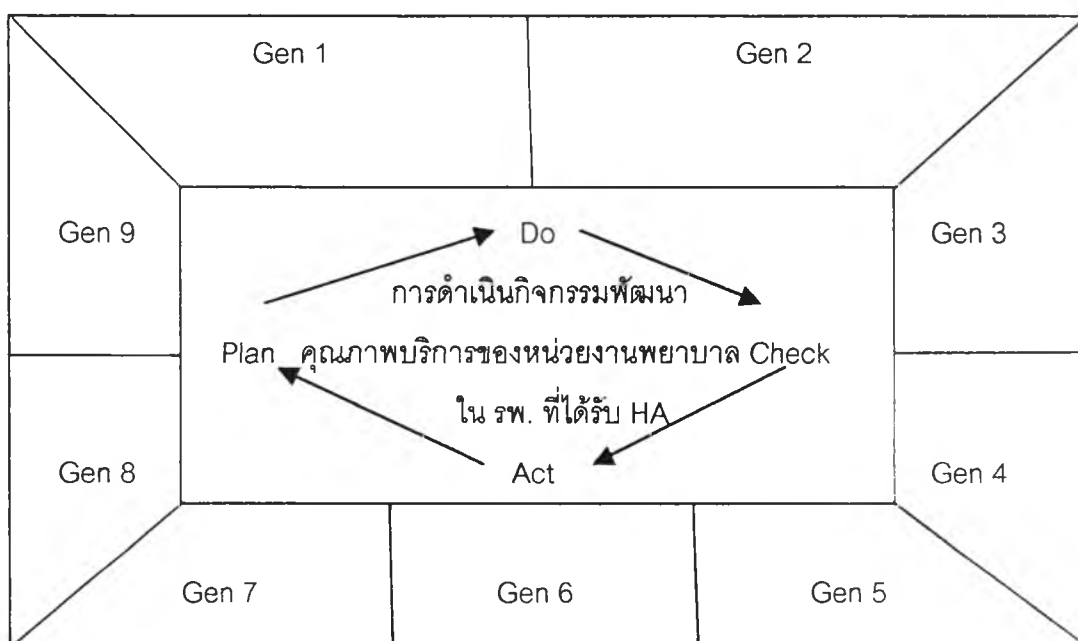
4. การแก้ไขปรับปรุง

การดำเนินงานของหน่วยงานต้องเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล ทั้ง 9

ข้อ คือ

1. GEN1: การกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์
2. GEN2: การจัดองค์กร และการบริหาร
3. GEN3: การจัดการทรัพยากรบุคคล
4. GEN4: การพัฒนาทรัพยากรบุคคล
5. GEN5: นโยบาย และวิธีปฏิบัติ
6. GEN6: สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่
7. GEN7: เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก
8. GEN8: ระบบงาน กระบวนการให้บริการ
9. GEN9: กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

แสดงได้ดังแผนภาพ ข้างล่าง



อาจกล่าวได้ว่า Hospital Accreditation: HA เป็นสุดยอดของการพัฒนาคุณภาพ การที่จะบรรลุผลสำเร็จและได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพจากผู้ประเมินภายนอกนั้น ผู้บริหารนับว่าเป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการนำพาองค์กรสู่ความสำเร็จ และในหน่วยงานระดับ

หน่วยงานพยาบาลเน้นการดำเนินงานของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาล มีผลต่อความสำเร็จของหน่วยงานและต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Counte และคณะ (1992: 503) ได้ทำการศึกษาผลที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในการนำการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ในองค์การบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มีระดับความพึงพอใจสูงกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม เช่น ความรู้สึกประสบความสำเร็จในงาน มีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น มีโอกาสแสดงความสามารถของตน และมีโอกาสในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆในงาน ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมรู้สึกว่าการใช้เป้าหมายในการดำเนินงานและมีมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับการประเมินผลงานมากกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม

Gardner and Cumming (1994) กล่าวถึงการนำการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์กรมาใช้ในโรงพยาบาล ขนาด 500 เตียง ในแมริแลนด์ สหรัฐอเมริกา ว่ามีการดำเนินงานใน 4 ขั้นตอน คือ มีการอบรมผู้บริหารอาวุโส อบรมผู้ปฏิบัติในแต่ละแผนกเกี่ยวกับแนวคิดและการปฏิบัติ มีการช่วยสอนปรัชญาของการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์กร และพยาบาลผู้ปฏิบัติส่งปัญหาให้แผนกการพยาบาลเพื่อทำสนทนากลุ่ม และในขั้นตอนสุดท้ายเป็นการดำเนินงานของทีมผู้บริหาร ผู้บริหารระดับกลางนำผลที่ได้มาตรวจสอบปัญหาพื้นฐานหาข้อมูลเพิ่มเติม สำรวจความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ วิจัยผลลัพธ์และหาวิธีทางปรับโครงสร้างใหม่

Dees and Garcia (1995: 239-244) ได้นำวิธีการดำเนินงานตามวงจร PDCA มาใช้ในการจัดโปรแกรมการจัดการรายผู้ป่วย (Case Management Program) โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิต และลูกค้า และแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ในการดำเนินงาน พบว่า รูปแบบโปรแกรมการวางแผนให้บริการพยาบาล (Program Planning Model) ช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นระบบ มีการประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และสามารถประสบความสำเร็จได้ในยุคแห่งการแข่งขันสูง

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (2537) สรุปผลการดำเนินงาน โครงการพัฒนาคุณภาพบริการประจำปี 2537 ว่าใช้แนวคิดการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์กรใน 4 หลักเกณฑ์ คือ การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ การกำหนดทิศทางร่วมขององค์กร พัฒนาพฤติกรรมองค์กร

กรโดยทำงานเป็นทีม และการใช้เทคนิคการพัฒนาคุณภาพอย่างมีระบบที่ต่อเนื่องตามแนวทาง Plan – Do – Check – Act มี 4 กิจกรรมหลัก คือ การกำหนดทิศทางร่วมขององค์กร การพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ การพัฒนาองค์กร และการใช้เทคนิคการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนที่กำหนด และให้ความรู้การบริหารเพื่อคุณภาพ ทั้งองค์กรหรือการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้กับกลุ่มแกนนำ ผู้บริหารระดับกลาง ทำกลุ่มศึกษานำร่อง มีการถ่ายทอดวิธีการจากกลุ่มศึกษานำร่องไปสู่ผู้ปฏิบัติอื่น รวมทั้งมีการขยายผลให้มีการจัดตั้งกลุ่มใหม่ ๆ รวมทั้งหมด 6 กลุ่ม ผลการดำเนินงานมีดังนี้

กลุ่มที่ 1 ชื่อโครงการ ระยะเวลาปรับเปลี่ยนผู้ป่วยตรวจพิเศษ ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยรอแปลส่งตรวจ ลดลงจาก 30 นาที เป็น 17 นาที

กลุ่มที่ 2 ชื่อโครงการ ระยะเวลาคอยบัตรผู้ป่วยที่แผนกเวชระเบียน ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยรอบัตรนานมีจำนวนลดลง มีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลารอคอยบัตรน้อยลง

กลุ่มที่ 3 ชื่อโครงการ พัฒนางานบริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ผลการดำเนินงาน ผู้ป่วยใช้เวลาเฉลี่ยรอรับยาลดลงจาก 40 นาที เป็น 30 นาที

กลุ่มที่ 4 ชื่อโครงการ การพัฒนาคุณภาพบริการ ผลการดำเนินงาน ช่วยลดระยะเวลาการรอตรวจที่ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยกรรมลงจาก 100 - 112 นาที เป็น 86 นาที ผู้ป่วยมีความพึงพอใจการให้บริการมากขึ้น

กลุ่มที่ 5 ชื่อโครงการ บริการเป็นมิตร ประทับจิตรับบริการ ผลการดำเนินงาน ลดความไม่ประทับใจต่อการให้บริการจากเจ้าหน้าที่ลง ร้อยละ 34.16 ผู้รับบริการมีความประทับใจในการบริการ เจ้าหน้าที่มีความสุข และสามัคคีในการปฏิบัติงานบรรยากาศในการทำงานดีขึ้น

กลุ่มที่ 6 ชื่อโครงการ การพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลการดำเนินงาน การทำงานของเจ้าหน้าที่สะดวก คล่องตัว ผู้ป่วยได้รับการบริการรวดเร็วและถูกต้อง

ตาบทิพย์ สุธิตพงษ์พานิช (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพ โดยรวมของเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารคุณภาพโดยรวมในระดับปานกลาง มีเจตคติระดับสูง และยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมในระดับสูง ปัจจัยที่สำคัญกับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมพบว่า อายุราชการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารคุณภาพโดยรวม เจ้าหน้าที่

ที่มีความรู้และเจตคติอยู่ในระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการบริหารคุณภาพโดยรวมสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และเจตคติอยู่ในระดับต่ำ เจตคติเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมมากที่สุด ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือ ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน การอบรมไม่ทั่วถึง และขาดปัจจัยสนับสนุน

องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ (2540) ศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วยTQM โดยทำการสำรวจความคิดเห็นของผู้นำ ผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ทั้งหมดในโรงพยาบาล ในโครงการนำร่อง ซึ่งความคิดเห็นส่วนใหญ่ของบุคลากรพบว่า ปัจจัยที่น่าส่งผลให้ TQM ประสบความสำเร็จใน 3 อันดับแรกได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วม การมีผู้บริหารที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนจริงจัง และการฝึกอบรม TQM ส่วนปัจจัยที่อาจส่งผลให้ประสบความสำเร็จล้มเหลว ได้แก่ เหตุผล 3 ประการดังกล่าว แต่ทิศทางกลับกัน

นริศ จิตะธรรมานนท์ (2540: 133-137) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรวม กับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าการจัดการคุณภาพโดยองค์กรวม โดยรวมและรายด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการในระดับกลาง ตัวแปรที่ทำนายความพึงพอใจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยคือการรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรวม ด้านการบริหาร และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ด้านการบริหารคุณภาพของกระบวนการบริการและสถานภาพสมรส ตัวแปรที่ทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการคือ การรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรวม ด้านการบริหาร และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ด้านภาวะผู้นำ และด้านสารสนเทศ และการวิเคราะห์ ตามลำดับ

ประภาศรี คุปต์กานต์ (2540) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง มาตรฐานโรงพยาบาลด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ สำหรับการตรวจรับรองโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยใช้เดลฟายเทคนิค ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญประเมินว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลต้องกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ สำหรับการตรวจรับรองโรงพยาบาลไว้ ได้แก่ เกณฑ์ประเมินในด้านการวางแผนกำลังคน การสรรหา คัดเลือก บรรจุ การปฐมนิเทศและแนะนำงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน วินัย สวัสดิการ ค่าตอบแทน การ

พัฒนาฝึกอบรมในเรื่องการพัฒนาเทคนิคบริการ และการให้เจ้าหน้าที่ระดับวิชาชีพได้เข้าร่วมประชุมวิชาการ

มณี รักผกาวงศ์ (2540) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง มาตรฐานโรงพยาบาลด้านสิทธิผู้ป่วย สำหรับแนวทางการตรวจรับรองโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยศึกษาทบทวนมาตรฐานโรงพยาบาลที่มีอยู่ของประเทศไทย ในสกุลกฎหมาย คอมมอน ลอว์ แล้วประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย ผลการวิจัยพบว่าผู้เชี่ยวชาญประเมินว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลต้องมี ได้แก่ การได้รับคำอธิบาย การขอดูแลระยะเบี่ยน การเข้าร่วมในการวิจัย การเคารพศักดิ์ศรี การปกป้องสิทธิส่วนบุคคล การรักษาความลับ ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว และผู้ป่วยที่ต้องแยกผูกยึด และให้ยาฉุกเฉิน เกณฑ์ที่เป็นสิ่งที่ดีที่โรงพยาบาลควรทำให้ได้ ได้แก่ สิทธิที่เกี่ยวกับการขอคำปรึกษาจากแพทย์ท่านอื่น การร้องเรียน การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและผู้ป่วยเด็ก และเกณฑ์ที่เป็นสิ่งที่ดีแต่ทำได้เป็นบางโรงพยาบาลเท่านั้น ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการทำพิธีทางศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณ และการมีแผนกล่าวมของโรงพยาบาล

บุษรินทร์ ทีดี (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการประกันคุณภาพการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ทดลองใช้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เขตภาคกลาง ผลการวิจัยพบว่า ระดับการยอมรับการประกันคุณภาพการพยาบาล และระดับความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการประกันคุณภาพการพยาบาล คือ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ความรู้ เจตคติ การมีส่วนร่วม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาล และมีข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้ว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ทดลองใช้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาความรู้ เจตคติต่อการประกันคุณภาพการพยาบาล รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร ฝึกอบรม และการนิเทศงานเพิ่มมากขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลซึ่งนำไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สายสมร พลเชื้อ และศิริวรรณ แสงทองพิทักษ์ (2541) ทำการศึกษาเรื่อง กระบวนการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการรักษาพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยสำรวจ และทดลองปฏิบัติเพื่อหาข้อสรุปโดยใช้ข้อมูลเชิง

ประจักษ์ ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ พ.ศ. 2536 ถึง พ.ศ. 2541 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ บุคลากรพยาบาล จำนวน 376 ราย ผู้ป่วยนอก 352 ราย และผู้ป่วยใน 352 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเตรียมการได้กำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ลงสู่การปฏิบัติ ในรูปแบบกิจกรรมการพัฒนางานองค์กรสำหรับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ การสร้างวิสัยทัศน์ พันธกิจ และดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ซึ่งดำเนินการครบทุกหน่วยงานของกลุ่มงานการพยาบาล คิดเป็นสัดส่วนร้อยละร้อยละ ระยะเวลาดำเนินการ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนามาตรฐานบริการพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานการพยาบาล เพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อม และความเชื่อมั่นต่อผู้บริหารสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนามาตรฐานบริการพยาบาลได้ร้อยละ 50 การประเมินความคิดเห็นต่อบริการของผู้ป่วยใน พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมาก

วรารคณา ผลประเสริฐ (2541) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า สัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน อยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยด้านความพร้อมขององค์กร ปัจจัยด้านวิธีปฏิบัติที่สำคัญ ปัจจัยด้านการดำเนินกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน และปัจจัยด้านการส่งเสริมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบของปัจจัยที่สามารถทำนาย สัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน เรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ การให้การยอมรับ การแสดงความคิดเห็น รางวัลตอบแทนภายนอก ระดับการศึกษา การเลือกปัญหา การร่วมมือกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ และรูปแบบการบริหาร ส่วนแนวทางการพัฒนาเพื่อให้อีกกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานประสบผลสำเร็จนั้น ผู้บริหารควรร่วมเป็นคณะกรรมการหรือที่ปรึกษากิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของโรงพยาบาล

สุลัดดา พงศ์รัตนามาน (2542) ได้ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง และภาวะผู้นำทั้งภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

ละมัยพร โลहितโยธิน (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย และตัวแปรการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมที่สามารถทำนายประสิทธิผลของหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ บุคลากรสัมพันธ์ บทบาทของหอผู้ป่วย และการจัดการด้านกระบวนการ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และยุพิน อังสุโรจน์ (2543) ได้ศึกษาประเมินผลกระทบโครงการพัฒนาเพื่อการส่งเสริมและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า โครงการประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบ การส่งเสริมและรับรองระบบคุณภาพโรงพยาบาล ใช้การได้สำหรับประเทศไทยอันจะเป็นการยกระดับคุณภาพและป้องกันปัญหาความขัดแย้ง เป็นการยกระดับคุณภาพโรงพยาบาลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการโครงการ HA แสดงให้เห็นว่าสามารถสร้างกรอบการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลที่มีความชัดเจนตามเกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสม มีเกณฑ์ในการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ที่มีมาตรฐาน และมีเกณฑ์มาตรฐานที่โรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่องที่ทุกโรงพยาบาลนำไปใช้ได้

สำหรับผลกระทบของการดำเนินโครงการ HA พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้ง 3 ด้าน คือ 1. ด้านบริการ เช่น การคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการบริการ มีการวางระบบป้องกันและจัดการความเสี่ยง มีการปรับปรุงพฤติกรรมบริการ สร้างมาตรฐานในการให้บริการ เป็นต้น 2. ด้านบริหาร เช่น มีการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น มีการทำงานเป็นทีม มีการประสานงานในแนวราบและมีการเสริมพลังให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และ 3. ด้านบุคลากร เช่น บุคลากรมีการพัฒนาตนเองมากขึ้น บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและพัฒนา มีความคิดสร้างสรรค์ มีการทำงานเป็นทีม มีการประสานงานและร่วมมือกันมากขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

