

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วรวบรวมข้อมูลสรุปสาระสำคัญให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษา โดยลำดับการนำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ
 - 1.1 ความหมายของคุณภาพ
 - 1.2 ความหมายของการบริการ
 - 1.3 ลักษณะของบริการ
 - 1.4 การประเมินคุณภาพบริการ
 - 1.5 การรับรู้คุณภาพของผู้ใช้บริการ
 - 1.6 เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์กรวม
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพ
 - 2.2 แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรวม
 - 2.3 การนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรวม มาใช้ในองค์กรบริการสุขภาพ
 - 2.4 ความเป็นมาของโรงพยาบาลคุณภาพ
 - 2.5 การจัดการคุณภาพโดยองค์กรวมในโรงพยาบาลของรัฐ
3. แนวคิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
4. แนวทางปฏิบัติงานของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพบริการ

1.1 ความหมายของคุณภาพ

คุณภาพ ตามความหมายของ Webster's New World Dictionary (1998) หมายถึง สิ่งที่ได้มาซึ่งระดับของความดีเลิศ (the degree of excellence with a thing possesses)

คำว่า "คุณภาพ" ตามความหมายของพจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ

ส่วน สุรศักดิ์ นานานุกุล และคณะ (2538 : 113) และวีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540 : 84) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ความพึงพอใจของลูกค้า

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2539) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการหรือลูกค้า

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหรือลูกค้าที่ได้ให้ผลิตภัณฑ์หรือบริการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการหรือลูกค้า

1.2 ความหมายของการบริการ

สมาคมการตลาดแห่งสหรัฐอเมริกา ให้คำจำกัดความของการบริการว่า เป็น กิจกรรม ผลประโยชน์ หรือความพอใจที่จะเสนอขายแก่ผู้รับบริการ

ส่วน สมาคมการบริการแห่งประเทศไทย (อ้างถึงใน ศิริพร ดันติพูนวินัย, 2538) ให้ความหมายว่า การบริการ หมายถึง งานที่เราทำเพื่อผู้อื่น ทำแล้วผู้อื่นได้รับประโยชน์ และความพึงพอใจ และผู้กระทำต้องมีความสุขในงานด้วย

Kotler (1994) ให้ความหมายว่า การบริการ หมายถึง กิจกรรมใด ๆ หรือ การปฏิบัติที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่งสามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวตนและไม่มีผลในการเป็นเจ้าของ ผลผลิตของบริการอาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2539) ให้ความหมายว่า การบริการ หมายถึง กิจกรรม ผลประโยชน์หรือความพึงพอใจที่สนองความต้องการแก่ลูกค้า

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การบริการ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้ใช้บริการ

1.3 ลักษณะของบริการ

บริการมีลักษณะสำคัญแตกต่างจากสินค้า 4 ประการ คือ บริการไม่มีตัวตน มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถแบ่งแยกได้ และไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Parasuraman et al. 1990; Kotler, 1994; Fitzsimmons, 1994; จิรุตม์ ศิริรัตน์บัลล์. 2537 และ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539) ดังนี้

1.3.1 ไม่มีตัวตน (Intangibility)

บริการเป็นนามธรรม ผลลัพธ์ออกมาในรูปของผลงาน (Performance) ไม่ใช่สินค้า (Product) จับต้องและมองไม่เห็น จะนับ วัด หรือนำมาทดสอบโดยตรงไม่ได้ ทำให้ยากแก่การประเมิน และตรวจสอบ ดังนั้นการนำเสนอบริการจึงต้องแสดงถึงคุณประโยชน์ที่จะได้รับจากบริการนั้น และแสดงให้เห็นผู้บริโภคหรือผู้ให้บริการสามารถรับรู้ได้ถึงบริการนั้น และตัดสินใจเลือกใช้บริการ ซึ่งได้แก่

1.3.1.1 สถานที่ ผู้ให้บริการต้องจัดสถานที่ให้บริการที่สะดวก สบาย สะอาด ปลอดภัย และเหมาะสม เพื่อให้มีความเชื่อมั่นในการเข้ามาใช้บริการ

1.3.1.2 บุคคล ผู้ให้บริการต้องมีสุภาพที่ดี มีการแต่งกายที่เหมาะสม สะอาด บุคลิกดี อภัยค้ำไมตรีดี กระตือรือร้น เอาใจใส่ น่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจในการที่จะได้รับบริการที่ดี

1.3.1.3 เครื่องมือและอุปกรณ์ ผู้ให้บริการต้องจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการที่ทันสมัย สะอาด สะดวก เพียงพอ และพร้อมที่จะใช้อยู่เสมอ รวมถึงอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นในการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ด้วย เช่น โทรศัพท์ โทรทัศน์ วีดีโอ เป็นต้น

1.3.1.4 สัญลักษณ์ ผู้ให้บริการต้องจัดทำสัญญลักษณ์ต่าง ๆ ที่อำนวยความสะดวกในบริการให้ชัดเจน เช่น ห้องน้ำ ประตูกระจก ป้ายบอกทิศทาง หรือห้องต่าง ๆ เป็นต้น

1.3.1.5 ราคา ผู้ให้บริการต้องกำหนดราคาให้บริการ และสื่อสารให้ผู้ใช้บริการทราบตามความเหมาะสม

1.3.2 มีความหลากหลายในตัวเอง (Variability or heterogeneity)

การให้บริการแต่ละครั้งมีความแตกต่าง แม้ผู้ให้บริการคนเดียวกันและบริกาชนิดเดียวกัน แต่ผลผลิตของบริการจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับสถานที่ สถานการณ์ สภาพของผู้ให้บริการ เวลาหรือแม้แต่ผู้ใช้บริการด้วย และลักษณะบริการจะมีความหลากหลายในตัวเอง ทำให้คุณภาพบริการอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ ดังนั้น การให้บริการจึงต้องมีการวางแผนในการให้บริการที่เหมาะสมเพื่อดูแลการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานอยู่เสมอ

1.3.3 ไม่สามารถแบ่งแยกได้ (Inseparability)

การผลิต การส่งมอบ และการบริโภคบริการจะเกิดขึ้นพร้อมกัน ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการผลิตบริการ จึงมีบทบาทสำคัญในการผลิตบริการให้มีคุณภาพและมักต้องเข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงกับบุคลากรของหน่วยงานที่ให้บริการเป็นจำนวนมาก

1.3.4 ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Perishability)

การผลิตและการส่งมอบบริการเกิดขึ้นพร้อมกัน จึงไม่สามารถผลิตไว้ล่วงหน้าแล้วเก็บรักษาไว้ เพื่อส่งมอบ หรือจำหน่ายภายหลังได้เหมือนสินค้า ดังนั้นเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากร และเตรียมความสามารถในการผลิตบริการไว้ เช่น การว่าจ้างบุคลากร การจัดซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ การจัดเตรียมสถานที่ แล้วถึงเวลาไม่มีผู้มาใช้บริการ หรือผู้มาใช้บริการมีจำนวนไม่มากพอ ทำให้ทรัพยากรที่จัดไว้นั้นสูญเปล่า เช่น การที่โรงพยาบาลมีห้องพักว่าง การที่ไม่มีผู้ให้บริการมาใช้บริการตรวจคอมพิวเตอร์ ทั้งที่โรงพยาบาลมีอุปกรณ์ตรวจที่ราคาแพง เป็นต้น

สถานการณ์เช่นนี้ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มีงานทำและไม่ทำให้เกิดผลผลิต การควบคุมประสิทธิภาพของการให้บริการจึงทำได้ยากกว่าการผลิตสินค้า จากลักษณะของบริการดังกล่าวจึงทำให้ยากในการประเมินคุณภาพ ดังนั้นผู้ให้บริการจึงประเมินคุณภาพบริการจากการรับรู้ที่ได้รับเมื่อมาใช้บริการโดยนำมาเปรียบเทียบกับความคาดหวังก่อนใช้บริการ

1.4 การประเมินคุณภาพบริการ

การกำหนดคุณภาพตามแนวคิดของ Kotler (1994) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1.4.1 มาตรฐานเชิงเทคนิคหรือเชิงวิชาชีพ (Technical or Professional Standard)

เป็นการกำหนดคุณภาพตามมาตรฐานของวิชาชีพ ซึ่งแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ

1.4.1.1 มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure Standard) นั้นเป็นการกำหนดโดยคำนึงถึงระบบบริการ ได้แก่ ปรัชญา จุดประสงค์ นโยบายการปฏิบัติงาน รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น บุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ อาคารสถานที่ ตลอดจนแหล่งช่วยเหลือทางด้านความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการวางแผน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างนี้จะมุ่งประสิทธิภาพ คือ การบรรลุเป้าประสงค์ตามที่วางไว้ และประสิทธิผล คือ ประหยัดในแง่การใช้แรงงาน เวลา งบประมาณ และทรัพยากรต่าง ๆ

1.4.1.2 มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process Standard) เป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมแผนของการปฏิบัติงาน โดยบอกวิธีปฏิบัติอย่างละเอียด ระบุกิจกรรมที่ประสงค์และที่ไม่ควรปฏิบัติ ทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกเห็นได้ชัดเจน และพฤติกรรมที่ไม่แสดงออก เช่น การตัดสินใจที่รวดเร็ว เจียบขาด ทันต่อเหตุการณ์ รวมถึงคุณภาพของการติดต่อสื่อสารและบันทึกด้วย

1.4.1.3 มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome Standard) เป็นกิจกรรมที่ตั้งไว้เป็นบรรทัดฐาน บ่งชี้พฤติกรรมที่มีลักษณะเจาะจงของผู้ใช้บริการตามที่คาดหวังภายหลังได้รับบริการแล้ว

1.4.2 มาตรฐานเชิงการรับรู้ หรือเชิงการแสดงออก (Expressive Standard)

เป็นการกำหนดคุณภาพตามความเห็นและความรู้สึกของผู้ใช้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการไม่มีความรู้เรื่องของวิชาชีพ จึงประเมินคุณภาพบริการจากสิ่งที่ได้เห็น สัมผัส และรู้สึกได้ขณะเข้ามาใช้บริการ และการที่จะเกิดคุณภาพบริการนั้นจะคำนึงถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ผู้ประกอบวิชาชีพกำหนดแต่เพียงอย่างเดียวไม่ได้ Kotler (1994) และ Bopp (1990) อธิบายว่า ผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการมีแบบแผนการรับรู้และการประเมินคุณภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ให้บริการจะประเมินคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ แต่ผู้ให้บริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพจึงไม่สามารถรับรู้ถึงคุณภาพเชิงวิชาชีพได้ จึง ประเมินคุณภาพบริการจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในขณะที่ใช้บริการ ดังนั้น ในบริการที่ได้รับ ซึ่งจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพเชิงการรับรู้ควบคู่ไปด้วย จึงจะเรียกได้ว่ามีคุณภาพโดยแท้จริง

1.5 การรับรู้คุณภาพบริการของผู้ใช้บริการ

1.5.1 บริการที่คาดหวัง (Expected Service)

ความคาดหวัง หมายถึง ความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณของบุคคลในการคาดคะเนหรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ตั้งถามว่าควรจะมีควรจะเป็นหรือควรที่จะเกิดขึ้นในอนาคตตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ และความคาดหวังนี้จะถูกต้องมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

เนื่องจากบริการมีลักษณะแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ กล่าวคือ ไม่มีตัวตน คุณภาพไม่แน่นอน ไม่สามารถผลิตเก็บไว้ได้ ทำให้ผู้ให้บริการไม่สามารถประเมินคุณภาพของบริการได้ก่อนตัดสินใจ ผู้ใช้บริการจึงเกิดความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ ซึ่งจากการศึกษาของ Parasuraman และคณะ (1990) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังบริการ มี 4 ปัจจัยคือ

1.5.1.1 ความคาดหวังที่เกิดจากคำบอกเล่าปากต่อปาก ข้อมูลที่ได้รับทราบเกี่ยวกับคุณภาพบริการจากเพื่อนหรือคนที่รู้จักซึ่งเคยได้ไปใช้บริการในสถานบริการแห่งนั้นแล้ว จะทำให้ผู้ฟังเกิดความคาดหวังจะได้รับบริการที่ดี ตามที่รับทราบมา

1.5.1.2 ความคาดหวังที่เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังของบุคคลผู้นั้น

1.5.1.3 ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต ประสบการณ์ที่ได้รับบริการจะมีอิทธิพลต่อระดับของความคาดหวัง

1.5.1.4 ความคาดหวังที่เกิดจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ของผู้ให้บริการ ข้อมูลที่ได้รับทราบจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการให้บริการ เช่น ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล การมีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย เป็นต้น ปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง คือ การสรุปตัดสินใจภายใต้อิทธิพลทั่ว ๆ ไป ของการโฆษณา คือ ราคา ปัจจัยนี้มีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดความคาดหวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้ใช้บริการที่มีความคาดหวังในบริการอยู่แล้ว

ปัจจัยทั้ง 4 ประการนี้ จะเป็นตัวกำหนดคุณภาพที่ผู้ใช้บริการคาดหวัง

1.5.2 บริการที่รับรู้ (Perceived Service)

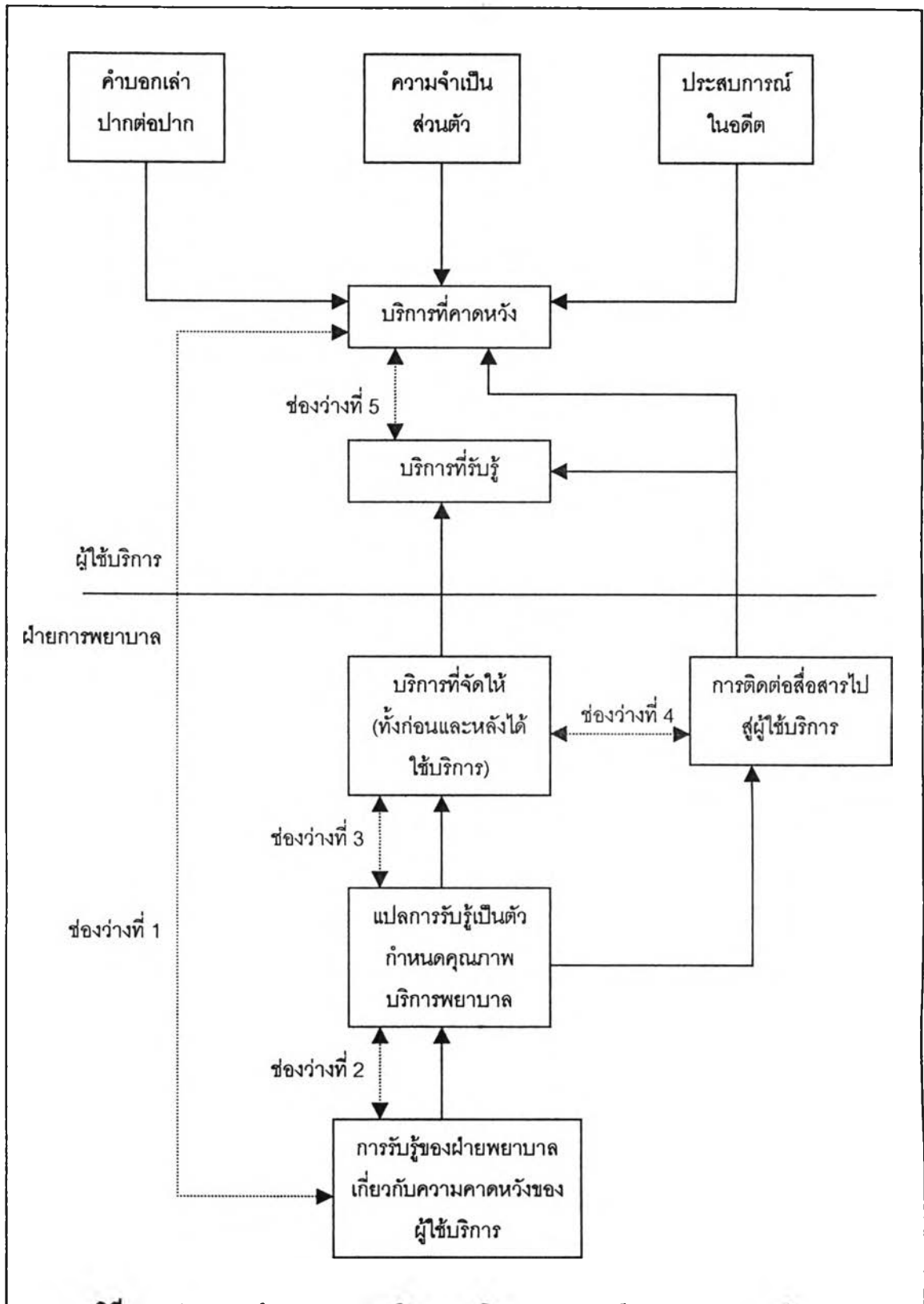
การรับรู้ หมายถึง กระบวนการตีความหรือแปลความผลของการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวบุคคล โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วย แล้วแสดงออกเป็นความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลจะมาด้วยความคาดหวังต่อคุณภาพบริการ ตามกลไกที่เกิดขึ้นในข้อ 1.5.1 แต่เมื่อมาถึงโรงพยาบาล บริการที่เกิดขึ้นจริงอาจเป็นไปตามความหวังหรือต่ำกว่าความคาดหวัง หรือเกินกว่าความคาดหวังก็ได้ ซึ่งหมายถึง บริการที่รับรู้

1.5.3 การรับรู้คุณภาพบริการโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพของบริการ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิชาชีพแพทย์และพยาบาล จึงไม่ทราบว่าบริการที่ได้รับเป็นไปตามมาตรฐานเชิงกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ตามที่ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์และพยาบาลกำหนดไว้หรือไม่ แม้ภายหลังใช้บริการแล้วก็ยังไม่สามารถประเมินได้อยู่นั่นเอง แต่ผู้ป่วยจะประเมินคุณภาพบริการที่เป็นไปตามที่ตนคาดหวังหรือไม่ (พินิตา ตามาพงศ์, 2538) โดยการเปรียบเทียบบริการที่ตนคาดหวัง (Expected service) กับบริการที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ (Perceived Service) ของตน ถ้าบริการที่ตนรับรู้ต่ำกว่าบริการที่ตนคาดหวัง ผู้ป่วยจะไม่พึงพอใจและไม่กลับมาใช้บริการอีก ถ้าบริการที่ตนรับรู้เท่ากับบริการที่ตนคาดหวังผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจ และถ้าบริการที่ตนรับรู้เกินกว่าบริการที่ตนคาดหวังผู้ป่วยจะเกิดความประทับใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจ และประทับใจในบริการนี้จะกลายเป็นผู้ป่วยประจำของโรงพยาบาล ซึ่งในทางการตลาด เรียกว่า เป็นลูกค้าผู้ภักดี และลูกค้าเหล่านี้จะเป็นผู้บอกกล่าวแก่ผู้อื่นจากปากต่อปากต่อ ๆ กันไป

ซึ่งจากการศึกษาของ Parasuraman และคณะ พบว่ามีช่องว่างหรืออุปสรรค 5 ประการ ที่ทำให้ผู้บริหารไม่ประสบความสำเร็จในการให้บริการ ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการกำหนดคุณภาพบริการ พนิตา ตามาพงศ์ (2538 : 36) ปรับปรุงจาก A Parasuraman, Valerie A. Zeithaml and Leonard L. Berry "A Conceptual model of service quality and the implication of the implication for Future Research" Journal of Marketing, Fall. 1985 P.44.

จากแผนภูมิที่ 1 รูปแบบคุณภาพบริการนำมาอธิบายช่องว่างการจัดการบริการ
พยาบาล ดังนี้

1. ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้ใช้บริการ และการรับรู้ของฝ่ายการ
พยาบาล คือ ฝ่ายการพยาบาลไม่ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บริการ เช่น ไม่ศึกษาความ
ต้องการของผู้ใช้บริการ จึงจัดบริการตามที่ตนคิดว่าผู้ให้บริการต้องการ ซึ่งอาจไม่ตรงตามความ
ต้องการของผู้ใช้บริการ

2. ช่องว่างระหว่างการรับรู้ของฝ่ายจัดการกับการกำหนดลักษณะคุณภาพของ
บริการพยาบาล คือฝ่ายการพยาบาลอาจรับรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการได้ถูกต้อง แต่ไม่
กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติตามการพยาบาลไว้

3. ช่องว่างระหว่างการกำหนดลักษณะคุณภาพบริการพยาบาลและบริการที่ให้
คือฝ่ายการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการไว้อย่างชัดเจนแล้ว แต่ผู้ปฏิบัติงานไม่
สามารถปฏิบัติตามได้

4. ช่องว่างระหว่างการบริการที่ให้และสื่อสารภายนอกเนื่องจากความคาดหวัง
ของผู้ใช้บริการเป็นผลจากการโฆษณาของโรงพยาบาลหรือบริษัทโฆษณาที่แสดงถึงแต่สิ่งที่ดี ๆ
แต่เมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการกลับพบในสิ่งตรงกันข้าม เช่น มีภาพพยาบาลหน้าตาอ่อนหวาน ยืนอยู่
หน้าประตูทางเข้าโรงพยาบาล แต่เมื่อมาใช้บริการกลับพบว่า พยาบาลปฏิบัติต่อตนด้วยกิริยา
วจาไม่สุภาพ ตรงกันข้ามกับรูปภาพที่เห็น นั้นหมายถึงว่าการโฆษณาทำให้ความคาดหวังของ
ผู้ให้บริการแตกต่างจากที่เป็นจริง

5. ช่องว่างระหว่างการบริการที่รับรู้กับบริการที่คาดหวัง หมายถึง ผลต่าง
ระหว่างการรับรู้กับความคาดหวังในบริการ หากบริการที่รับรู้ต่ำกว่าบริการที่คาดหวัง ผู้ใช้บริการ
จะไม่พึงพอใจ และหากบริการที่รับรู้เกินกว่าที่คาดหวังผู้ให้บริการจะประทับใจ

1.6 เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน

1.6.1 เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการตามการศึกษาของ Parasuraman และคณะ (1983)

ในปี ค.ศ. 1983 Parasuraman และคณะ (Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. and Berry, L.L., 1990) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพบริการโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และจัดสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ในการใช้บริการนั้นผู้ใช้บริการจะใช้เกณฑ์ 10 ประการในการกำหนดคุณภาพบริการ ได้แก่

- 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)
- 2) ความไว้วางใจได้ (Reliability)
- 3) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที (Responsiveness)
- 4) สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence)
- 5) ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy)
- 6) ความน่าเชื่อถือ (Credibility)
- 7) ความปลอดภัย (Security)
- 8) การให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการ (Access)
- 9) การติดต่อสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสม (Communication)
- 10) การเข้าใจและรู้จักและผู้ใช้บริการ (Understanding / Knowing customer)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 Parasuraman และคณะ (Zeithaml, V.A., Parasuraman, and Berry, L.L., 1990) ได้ทำการวิจัยใหม่ และได้สรุปรวมในแต่ละหมวดที่มีความซ้ำซ้อนกันเหลือ 5 หมวด ได้แก่

1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

บริการที่ให้กับผู้ใช้บริการต้องแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการ สามารถคาดคะเนคุณภาพบริการได้ชัดเจน เช่น สถานที่ให้บริการมีความสะอาด สบาย และเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ สวยงาม ทันสมัย เป็นต้น

2) ความน่าเชื่อถือ หรือไว้วางใจได้ (Reliability)

ผู้ให้บริการมีความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความรู้สึกไว้วางใจ การให้บริการมีความถูกต้องเที่ยงตรง

3) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที (Responsibility)

ผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ตามต้องการ

4) ความเชื่อมั่น (Assurance)

ผู้ให้บริการมีความรู้ และมีอัธยาศัยดีในการให้บริการ และความสามารถของผู้ให้บริการส่งผลให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อมั่นในการใช้บริการ

5) การเข้าถึงความรู้สึกของผู้ใช้บริการ (Empathy)

ผู้ให้บริการให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจ และความแตกต่างของผู้ใช้บริการตามลักษณะของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

จึงได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพบริการชื่อว่า SERVQUAL ซึ่งได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และต่อมา Babakus และคณะ (1991) และ Scardina (1994) ได้นำเครื่องมือนี้มาประยุกต์ใช้กับการบริการพยาบาล พบว่า มีความเที่ยงตรงสูง ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 และสามารถนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนในประเทศไทย ก็มีผู้นำเอาเครื่องมือนี้มาประยุกต์ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการในโรงพยาบาล ได้แก่ พนิดา คำยุ (2538), สกาวดี ดวงเด่น (2538), วรรณฤดี ภูทอง (2539), และพัชรี ทองแผ่ (2540) พบว่า มีความเที่ยงตรงสูง ได้แก่ 0.95, 0.94, 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ

1.6.2 เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน จากการศึกษาของ พนิดา ตามาพงศ์ และคณะ (2541)

ในประเทศไทย พนิดา ตามาพงศ์ และคณะ (2541) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องเกี่ยวกับคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามความคาดหวังของผู้ป่วยใน แบบเจาะลึก (Indepth Interview) ศึกษาด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรัฐ และเอกชน จำนวน 72 คน สักัดเนื้อหา และจัดหมวดหมู่ได้เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการโรงพยาบาล 8 ด้าน ดังนี้ คือ

1.6.2.1 ความสะดวกในการใช้บริการ

หมายถึง การที่ผู้ป่วยและญาติได้รับการอำนวยความสะดวกในการใช้บริการโรงพยาบาล โดยการให้ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงบริการนั้น ผู้ให้บริการจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะให้บริการ สิ่งที่ต้องอำนวยความสะดวก ได้แก่ ด้านเวลาในการติดต่อขอใช้บริการ โรงพยาบาลต้องติดต่อได้ง่าย มีความสะดวก รวดเร็ว ขั้นตอนไม่ซับซ้อน บริการทุกขั้นตอนในจุดเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน รอคอยไม่นาน จากการศึกษาของ Bennett s. (1994 อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2541) ได้ศึกษาการรับรู้ของผู้บริโภคในกรุงเทพฯ พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ตอบไม่พึงพอใจบริการของโรงพยาบาลในความล่าช้า คิวยาว บริการไม่ดี มารยาทไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ลีระยา สัมมาวาจ (2540) ศึกษาความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยในไม่พึงพอใจในความล่าช้า

ส่วนในด้านบุคลากรนั้นต้องมีเจ้าหน้าที่ต้อนรับ และประชาสัมพันธ์คอยอำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามได้สะดวกทุกจุดบริการ ตลอดจนการแสดงออกถึงความสนใจต่อผู้ป่วย มีความกระตือรือร้น เตรียมข้อมูลให้พร้อมเพื่อการตอบข้อซักถามที่ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและญาติขณะรอคอย ซึ่งเป็นการผ่อนคลายอารมณ์หงุดหงิดของผู้ที่รอคอยได้ (สมชาย เรื่องศิริสุนทรณ์, 2538) และจากการศึกษาของ บังอร พิศวร, สำเร็จ ใจหาญ และจารูดี คำทอง (2534 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดสุรินทร์ พบว่า มี

ข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุง คือ บริการที่รวดเร็วกว่าเดิม นอกจากนี้ Oberst (1984 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) ได้ศึกษาวิธีวัดคุณภาพบริการและความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้ป่วย มะเร็ง พบว่า สิ่งที่อำนวยความสะดวกนั้น ประกอบด้วย เวลารอคอย การช่วยอำนวยความสะดวกและการกล่าวแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาล วีระพันธ์ และคณะ (2528 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) ซึ่งศึกษาการรับรู้ที่ตนเองป่วย การใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยกับระบบการส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผู้ป่วยในระบบส่งต่อเลือกใช้บริการสาธารณสุขโดยคำนึงถึงความสะดวกเป็นสำคัญ

1.6.2.2 ความเป็นรูปธรรมของบริการ

หมายถึง บริการโรงพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งต้องแสดงให้เห็นผู้ป่วยและญาติคาดคะเนคุณภาพบริการโรงพยาบาลได้ชัดเจนและง่ายขึ้น ในด้านต่าง ๆ เหล่านี้

1) สถานที่ มีการจัดสถานที่ให้สะอาด เป็นระเบียบ ทันสมัย สวยงาม อากาศโปร่งและถ่ายเทดี มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งแวดล้อมที่ร่มรื่นและสวยงาม เช่น จัดทำสวนหย่อม ไม้ดอก ไม้ประดับ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ใช้เป็นที่พักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล (Reed and Zuraowski quoted in Fitzparick and Whall, 1983 อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2528) ที่กล่าวว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาด สะดวกสบาย และสวยงามตามความเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น และจากการศึกษาของ สกาวดี ดวงเด่น (2538) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องคุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวังและที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังมากที่สุดด้านหนึ่ง คือ อาคารสถานที่ของโรงพยาบาลที่เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ และสอดคล้องกับ อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (2528 อ้างถึงใน อรัญญา มานิตย์, 2540) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในแผนกอายุรศาสตร์ วชิรพยาบาล พบว่า สภาพภายในตึก อาคาร และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ดี นอกจากนี้จากการศึกษาของ เกศณีย์ ประทุทธ์พิทยา (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการบริการพยาบาลของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลานนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ

การศึกษาของ อเนก สุภีรพันธ์ (2537) ศึกษาเรื่องเปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยในแผนกโรคระบบประสาทของโรงพยาบาลประสาทสงขลา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมและสถานที่ และจากการวิจัยของศูนย์วิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530 อ้างถึงใน พนิดา คำยุ, 2538) พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ใช้บริการนิยมเลือกใช้โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลสะอาด ใต้ง และเป็นระเบียบ

นอกจากนี้ ทำเลที่ตั้งของโรงพยาบาลต้องมีความสะดวกในการเดินทาง การจราจรไม่ติดขัด และมีที่จอดรถเพียงพอ ซึ่งจากการศึกษาของ Lynch and Schuler (1990 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) ซึ่งศึกษาแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล สอดคล้องกับ ศูนย์การวิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530 อ้างถึงใน พนิดา คำยุ, 2538) ศึกษาปัจจัยในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญหนึ่งก็คือ ทำเลที่ตั้งที่ดี การคมนาคมสะดวก ที่จอดรถสะดวก

และอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ การที่มีแผนผัง เครื่องหมาย อักษรวิ่ง หรือป้ายชี้บอกสถานที่เพื่อแนะนำจุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาลที่ชัดเจน สวยงาม ภายในหอผู้ป่วยต้องสะอาดอยู่เสมอ สวยงาม เป็นระเบียบ ไม่มีสิ่งรบกวน เช่น กลิ่น เสียง ยุง แมลงหรือสัตว์นำโรคต่าง ๆ จากการศึกษาของ อัมพรวรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (2528 อ้างถึงใน อรัญญา มานิตย์, 2540) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในแผนกอายุรศาสตร์ วชิรพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า สิ่งรบกวนผู้ป่วยมากที่สุดขณะพักอยู่ในตึก คือ ยุง และเสียงรบกวนจากผู้ป่วย

2) อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ที่ใช้ในการให้บริการ ต้องมีความทันสมัย มีคุณภาพ จำนวนเพียงพอ และอยู่ในสภาพพร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ สะดวกและรวดเร็ว นอกจากนี้ยังควรมีอุปกรณ์ เครื่องใช้ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เช่น แก้วน้ำ โทรศัพท์ ตู้เย็น ตลอดจนเฟอร์นิเจอร์ต้องมีความสะอาดเพียงพอ และอยู่ในสภาพดีตลอดเวลา จากการศึกษาโดยศูนย์วิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530 อ้างถึงใน พนิดา คำยุ, 2538) และ Jalvalgi, R.G. และคณะ (1991 อ้างถึงใน อรัญญา มานิตย์, 2540) ซึ่งได้สำรวจ

พฤติกรรมกรรมการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาล คือ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย และการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้และการศึกษาของ Lynch and Schuler (1990 อ้างถึงใน พนิดา คำย, 2538) ซึ่งได้ศึกษาวิจัยการประเมินคุณภาพบริการที่เป็นจุดสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจเลือกมาใช้บริการโดยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ ห้องพักของผู้ป่วย

3) อาหาร ต้องมีความเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ รสชาติดี ไม่ซ้ำซากจำเจ จัดอยู่ในภาชนะสะอาด สวยงาม และมีอุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหารที่เหมาะสมครบถ้วน มีห้องรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วย มีร้านค้าบริการแก่ผู้ป่วยและญาติตลอด 24 ชั่วโมง ในราคายุติธรรม มีน้ำดื่มบริการแก่ผู้ป่วยและญาติทุกจุดบริการ นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหารก็เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการตอบสนองความต้องการอาหารของผู้ป่วย เช่น การจัดสถานที่รับประทานอาหาร การจัดถาดอาหาร เป็นต้น จากการศึกษาของ Lynch and Schuler (1990 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) ศึกษาแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล พบว่า สาเหตุหนึ่งมาจากคุณภาพด้านอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สมทรง เฟ่งสุวรรณ, นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์ และบังอร วิดใจบุญ (2541) เรื่องความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่จัดให้ผู้ป่วยไม่น่ารับประทาน จัดชนิดอาหารซ้ำ ๆ อาหารควรมีคุณภาพ น้ำดื่มควรดื่มสุกก่อนนำมาให้ผู้ป่วยดื่ม

4) บุคลากร ผู้ให้บริการต้องมีบุคลิกลักษณะที่มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ยิ้มแย้มแจ่มใส สุภาพ อ่อนโยน เลืออาหารต่อผู้ป่วย มีท่าทีที่สง่างาม มั่นคง ร่างกายสะอาด มีการแต่งกายที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน เครื่องแบบถูกต้อง สะอาด เรียบร้อย จากผลการศึกษาวิจัยของ Bopp K.D. (1990) ที่ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออกในสหรัฐอเมริกา ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Jalvalgi, R.G. และคณะ (1991 อ้างถึงใน อรัญญา มานิตย์, 2540) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้บริการของโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาลและเห็นว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพก็คือ การมีเจ้าหน้าที่มีมารยาท และพูดจาด้วยถ้อยคำสุภาพ อ่อนโยน

นอกจากนี้ จากการวิจัยของ บังอร พิศวง, สำเร็จ ใจหาญ และจารุดี คำทอง (2534 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) ซึ่งได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ ต่อการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีข้อเสนอแนะตามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการว่า บุคลากรควรมีการพูดจาให้ไพเราะ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สมทรง เพ็งสุวรรณ, และคณะ (2541) เรื่องความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการในโรงพยาบาลศิริราช ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมี ยิ้ม และทักทายผู้ป่วยตามสมควร

1.6.2.3 อธิยาศัยไมตรีของเจ้าหน้าที่

หมายถึง การแสดงออกของบุคลากรผู้ให้บริการทุกระดับของโรงพยาบาล โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล มีพฤติกรรมการแสดงออกที่ดี ได้แก่ การมีสีหน้าที่สดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ร่าเริง ใจเย็น ควบคุมอารมณ์ได้ เป็นมิตร มีความเป็นกันเอง เห็นใจและเข้าใจผู้ป่วย และญาติ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพ นุ่มนวล รู้จักอ่อนน้อมถ่อมตน ให้เกียรติผู้ป่วย มีความห่วงใยในสุขภาพของผู้ป่วย เมตตา สงสาร และเอื้ออาทร คอยสังเกตและถามความต้องการของผู้ป่วย มีความกระตือรือร้น และเต็มใจที่จะให้บริการ พูดจาด้วยถ้อยคำไพเราะ สุภาพ อ่อนโยน ทักทาย ปลอบโยนให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการรักษา ซึ่ง สมชาย เรื่องศิริสุนทรณ์ (2538) กล่าวว่า ปรัชญาของงานบริการคือ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นอันดับหนึ่ง การที่จะทำให้อิทธิพลนั้น นอกเหนือจากกระบวนการให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว และมีคุณภาพแล้ว การประพฤติปฏิบัติของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการก็เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ที่มีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยทุกคนควรมีจิตสำนึกในหน้าที่และยึดถือปฏิบัติตามแนวบัญญัติสิบประการ ได้แก่ การยิ้มแย้มแจ่มใส ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความเป็นมิตร ทำให้บรรยากาศการติดต่อเจรจาสดชื่น และเป็นกันเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้มีหน้าที่ให้บริการทุกคน อธิยาศัยไมตรี ผู้ให้บริการทุกคนควรมีอธิยาศัยไมตรี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ รู้จักอ่อนน้อม ถ่อมตน และให้เกียรติผู้ที่มีใช้บริการทุกคน มีการเข้าหาและทักทายผู้ป่วย ให้การต้อนรับผู้ป่วยและญาติด้วยความยินดี แสดงออกถึงความกระตือรือร้น เต็มใจและพร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยและญาติอยู่เสมอ ควรมีความเห็นใจผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการ ให้

คำแนะนำ ตอบปัญหาข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติให้กระจ่างด้วยความเต็มใจ พุดจาไพเราะ
อ่อนหวาน เลือกใช้ถ้อยคำ คำพูดที่สุภาพอ่อนน้อม ถูกกาลเทศะและบริการดุจดุจดามิตร

จากการศึกษาของ Lynch and Schuler (1990 อ้างถึงใน สกาวดี
ดวงเด่น, 2538) ศึกษาแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลพบว่า มาจาก
มนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jalvalgi R.G. และคณะ (1991
อ้างถึงใน อรรถญา มานิตย์, 2540) ได้วิเคราะห์พฤติกรรมการเลือกโรงพยาบาลของประชาชนใน
สหรัฐอเมริกา พบว่า คุณลักษณะหนึ่ง คือ โรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ที่มีมารยาทและ
อัธยาศัยดี จากการศึกษาของ สัญชัย วัฒนา และ มะลิวัลย์ ยุติธรรม (2534 อ้างถึงใน สกาวดี
ดวงเด่น, 2538) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจการให้บริการสาธารณสุขของประชาชน
จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยว
กับการเอาใจใส่ การกระตือรือร้น และความมีมนุษยสัมพันธ์ และจากการศึกษาของ อเนก
สุภีรพันธ์ (2537) ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจกับความคาดหวังของผู้ป่วยในแผนกโรคระบบ
ประสาทของโรงพยาบาลประสาทสงขลา พบว่า พึงพอใจในด้านมนุษยสัมพันธ์อยู่ใน
ระดับมาก สอดคล้องกับ อัมพรพรรณ ตั้งจิตพิทักษ์ (2538 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538)
ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับในแผนกอายุรศาสตร์ วัชรพยาบาล พบว่า
ผู้ป่วยมีความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์ดี ในด้านอัธยาศัยไมตรีดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความช่วยเหลือ
และสนใจผู้ป่วย

ส่วนการศึกษาของ อินทิรา ศุภสินธุ์ (2533) ศึกษาตัวแปรคัดสรรกับความ
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยไม่พอใจใน
ท่าทีที่ไม่เหมาะสมของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลศรี ศรีสุพรรณ และมะลิจิตร์
ศิริวัฒนามานนท์ (2536 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของ
ผู้ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในสีหน้า ท่าทาง คำ
พูด และสายตาของพยาบาลขณะให้บริการ

1.6.2.4 บริการรักษาพยาบาล

หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ

1. การให้การดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ การดูแลความสะอาดตามความต้องการด้านสุขวิทยาของผู้ป่วยในแต่ละวัน การปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ตามอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การให้เวลาแก่ผู้ป่วยได้สอนและแนะนำผู้ป่วย และครอบครัวให้ช่วยเหลือดูแลตนเองตามความเหมาะสมกับสภาพของโรค และให้บริการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลมีความรู้ในวิชาชีพ มีความสามารถในการให้การดูแลต้องรับรู้ในคุณลักษณะเฉพาะและตามความต้องการของบุคคลแต่ละคนที่มาใช้บริการ

2. การป้องกันโรค ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจ ตลอดจนการป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยและญาติตามความเหมาะสม ลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลที่ให้ผู้ป่วย

3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขศึกษา ตลอดจนการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย ส่งเสริมบุคลิกภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับสภาพความสามารถของตนเอง ส่งเสริมให้เข้าใจถึงการใช้บริการสาธารณสุขให้เป็นประโยชน์

4. ด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด จัดกิจกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันให้มากที่สุด จัดกิจกรรมบำบัดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้ และการให้คำแนะนำ

ดังนั้น ในการปฏิบัติการรักษาพยาบาล จึงต้องใช้องค์ความรู้ในหลักวิชาการต่าง ๆ มาผสมผสานกันอย่างมีศิลปะ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความพึงพอใจและประทับใจ

จากการวิจัยของ สุวดี ศรีเลณวดี และคณะ (2524 อ้างถึงใน สกวตี ดวงเด่น, 2538) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้มารับบริการต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 500 คน พบว่า ความคิดเห็นต่อบริการพยาบาล โดยส่วนรวมประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดตอบว่าพอใจมาก และจากงานวิจัยของศูนย์การวิจัยและบริการธุรกิจ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530 อ้างถึงใน พนิดา คำยู, 2538) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมการใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบสาเหตุที่ทำให้ประชาชนนิยมไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ โรงพยาบาลเอกชนมีบริการรักษาพยาบาลทุกอย่างรักษาแล้วหายหรืออาการทุเลา สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ ยุติธรรม (2526 อ้างถึงใน สกวตี ดวงเด่น, 2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญในกิจกรรมการรักษพยาบาลและการสังเกตอาการมากที่สุด

1.6.2.5 จริยธรรมของเจ้าหน้าที่

หมายถึง แนวทางหรือระเบียบ กฎเกณฑ์ที่สังคมระบุว่าบุคคลในสังคมนั้นควรกระทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมใด ๆ เมื่อบุคคลปฏิบัติตามก็จะได้รับการนิยมชมชอบและยอมรับ (อาภา ยังประดิษฐ์, 2539)

ส่วนประกอบของจริยธรรม

ความเป็นผู้มีจริยธรรมของบุคคลเกิดขึ้นได้จากส่วนประกอบ 3 ประการ (สิวลี ศรีโล, 2539) คือ

1. ด้านความรู้ (Moral reasoning) คือ ความเข้าใจในเหตุผลของความถูกต้อง ดีงาม สามารถตัดสินใจแยกความถูกต้องออกจากความไม่ถูกต้องได้ด้วยความคิด
2. ด้านความรู้สึก (Moral attitude and belief) คือ ความพึงพอใจศรัทธา เลื่อมใส เกิดความยินดีที่จะรับนำจริยธรรมมาเป็นแนวทางประพฤติปฏิบัติ

3. ด้านพฤติกรรมแสดงออก (Moral conduct) คือ พฤติกรรมการกระทำที่บุคคลตั้งใจกระทำถูกหรือผิดในสถานการณ์แวดล้อมต่าง ๆ

คุณลักษณะของจริยธรรม

จากการประชุมทางวิชาการเกี่ยวกับจริยธรรมไทย เรื่องแนวทางการพัฒนาจริยธรรมไทยระหว่างวันที่ 22-27 มกราคม 2523 ได้กล่าวถึง โครงสร้างของคุณลักษณะจริยธรรมในสังคมไทย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับปรุงแล้วไว้ 11 ประการ (สิวลี ศิริไล, 2539)

1. ความรับผิดชอบ หมายถึง ความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความผูกพัน ความพากเพียร และความละเอียด รอบคอบ ยอมรับผลการกระทำนั้นได้
2. ความซื่อสัตย์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติอย่างเหมาะสม และตรงต่อความเป็นจริง ตรงไปตรงมาทั้งทางกาย วาจา ใจ ต่อตนเองและผู้อื่น
3. ความมีเหตุผล หมายถึง ความสามารถในการใช้ปัญญาในการประพฤติปฏิบัติ รู้จักไตร่ตรอง ไม่หลงงมงาย มีความยับยั้งชั่งใจ
4. ความกตัญญูตบเทวี หมายถึง ความรู้บุญคุณและแสดงออกที่จะตอบแทนคุณต่อผู้ที่มีบุญคุณ
5. การรักษาระเบียบวินัย หมายถึง การควบคุมการประพฤติปฏิบัติให้ถูกต้องและเหมาะสมกับจรรยาบรรณ ขอบบังคับ ข้อตกลง กฎหมาย และศีลธรรม
6. ความเสียสละ หมายถึง การละความเห็นแก่ตัว การแบ่งปัน และควรปฏิบัติด้วยกำลังกาย กำลังทรัพย์ กำลังสติปัญญา
7. ความสามัคคี หมายถึง ความพร้อมเพรียงเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ร่วมมือกันกระทำกิจการให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว
8. การประหยัด หมายถึง การใช้สิ่งทั้งหลายพอเหมาะพอควรให้ได้ประโยชน์มากที่สุด
9. ความยุติธรรม หมายถึง การปฏิบัติด้วยความเที่ยงตรงสอดคล้องกับความเป็นจริงและเหตุผล
10. ความอดุสาหะ หมายถึง ความพยายามอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการทำงาน

11. ความเมตตา กรุณา หมายถึง ความรักใคร่ สงสาร ปราบปรามให้ผู้อื่นเป็นสุขและพ้นทุกข์

วิชาชีพแพทย์และพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังในเรื่องจริยธรรมมาก เนื่องจากแพทย์และพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ญาติ หรือบุคคลอื่น ๆ (สิวลี ศรีไล, 2539) การปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาลที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยคุณค่าของการปฏิบัติทั้งด้านวิชาชีพควบคู่ไปกับคุณค่าทางจริยธรรม คือความเมตตา ความอ่อนโยน ความเอื้ออาทร และการตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย จากการศึกษาของ สุวดี ศรีเลณวดี และคณะ (2524 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) ศึกษาความคิดเห็นของผู้มารับบริการต่อบริการพยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากในด้านมารยาท และความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของพยาบาล ส่วนการศึกษาของ พรทิพย์ บุญพวง (2527 อ้างถึงใน อาภา ยังประดิษฐ์, 2539) ศึกษาระดับการให้เหตุผลเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาและแผนกบริการการพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ในกลุ่มตัวอย่าง 319 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีจริยธรรมเรียงลำดับจากสูงไปหาต่ำดังนี้คือ เมตตากรุณา ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ ความสุภาพอ่อนโยน ความอดทน ความร่วมมือและความสามัคคี ความมีระเบียบ ความเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น และความเสียสละ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bopp (1990) ที่ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการส่งออก พบว่า ตัวประกอบสำคัญคือ ความมีเมตตากรุณา ยอมรับในบุคคล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และจากการศึกษาของ สุกัญญา โรจนภักดิ์, วัลยา คุปโรปกรณ์พงษ์ และสุชาติ ธิติวรรณ (2536 อ้างถึงใน วารี วาณิชปัญจผล, 2539) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วยและการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ศึกษาในผู้ป่วย 125 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความคาดหวัง และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยอย่างมีเค้าโครง 4 ด้าน คือ สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน สิทธิที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของตน สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนทั้งโดยรวมและด้านต่าง ๆ สูงกว่าการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

1.6.2.6 การให้ความรู้และการติดต่อสื่อสาร

การให้ความรู้ หมายถึง กระบวนการที่มุ่งให้ข้อเท็จจริงกฎเกณฑ์ต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในด้านสุขภาพอนามัย เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพอันดี ทั้งตนเองและครอบครัว สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นสุขที่สุด ช่วยเหลือตนเองเพื่อให้ร่างกายได้รับการฟื้นฟูและดำรงชีวิตร่วมกับภาวะของโรคที่หลงเหลืออยู่ได้อย่างเป็นสุข ตลอดจนการส่งเสริมสภาพร่างกายให้กลับสู่สภาพปกติได้มากที่สุด (ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, 2534)

Lake (1977 อ้างถึงใน ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, 2534) เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ผู้ป่วยจะมีความเครียดเพิ่มขึ้น เพราะจะต้องถูกแยกจากครอบครัวมาอยู่ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยต่าง ๆ เช่น บุคคลที่อยู่รอบข้าง กฎระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิธีการรักษาพยาบาล เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้น การสอนและการให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพนั้นถือว่าเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นงานที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งของกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่ง พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2532 อ้างถึงใน ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, 2534) กล่าวว่า การเรียนการสอนสุขภาพอนามัยเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพอนามัยและผู้ให้บริการ หรือผู้สอนกับผู้เรียนที่มุ่งสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี ดังนี้

1. สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม
2. บุคลากรทางสุขภาพสามารถปฏิบัติงานอย่างสอดคล้อง กับนโยบาย การพัฒนาสาธารณสุขของชาติได้
3. ปัญหาทางสุขภาพอนามัยได้รับการแก้ไขอย่างทันที่ และบังเกิดผลตามความคาดหวัง
4. การจัดการเรียนการสอนสุขภาพอนามัยที่มีระบบ ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า ดำเนินงานได้อย่างสะดวก และสามารถประเมินผลงานได้อย่างมีหลักเกณฑ์

นอกจากนี้การจะช่วยให้บริการรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นนั้น บุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักศึกษาศึกษา เป็นต้น จะต้องมีความรู้ความสามารถในการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง (Self care) และบุคคลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reader ที่กล่าวว่า การสอนและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งหมด (ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์, 2534)

การสอนผู้ป่วยจะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยได้ ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532 อ้างถึงใน ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์, 2534)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เร็วขึ้น เนื่องจากการสอนสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยมีจุดมุ่งหมายสำคัญ คือ การให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีความรู้และเจตคติที่ถูกต้องต่อการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตน

2. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้ โดยผู้สอนต้องสอนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง และครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านได้

3. ช่วยให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้

จากการศึกษาของ Skipper (1965 อ้างถึงใน ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์, 2534) กล่าวว่า การสอนและการให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างมีระบบจะทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกิดความเชื่อมั่นในการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้การรักษาพยาบาลบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Dodge (1972 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับเรื่อง que ผู้ป่วยควรรู้ ในรัฐนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา พบว่า พยาบาลและผู้ป่วยมีความคิดเห็นตรงกันในเรื่องที่สำคัญมากที่สุด คือ เกี่ยวกับการบอกกล่าวว่ามีสิ่งผิดปกติอะไรเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การช่วยเหลือตนเองในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง เรื่องที่มีความสำคัญระดับปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยควรได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับผลการตรวจทางห้องทดลอง ผลเอ็กซเรย์ และอื่น ๆ พยาบาลและผู้ป่วยมีความ

คิดเห็นไม่ตรงกันในเรื่องผู้ป่วยต้องการทราบอย่างมากเกี่ยวกับอาการของโรคว่าตนเองป่วยหนักมากน้อยเพียงใด โอกาสที่จะหายหรือกลับมาเป็นอีก ผลของการผ่าตัดและวินิจฉัยโรค ความซับซ้อนของโรค รวมทั้งชื่อยาและสรรพคุณของยา ขั้นตอนต่าง ๆ ของการผ่าตัด จำนวนเงินประกันสุขภาพที่จะได้รับ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้พยาบาลเห็นว่าไม่สำคัญนัก พยาบาลเห็นว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยควรจะทราบคือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองมากกว่าการได้รับความรู้หรือข้อมูลทั่ว ๆ ไป ผู้ป่วยควรทราบวัตถุประสงค์ของการตรวจทางห้องทดลองหรือผลเอกซเรย์อาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาการเฉพาะโรค การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยมาก แต่พยาบาลเห็นว่าสำคัญมากที่สุด

ส่วนการติดต่อสื่อสารนั้นมีความสำคัญในการให้บริการที่ประทับใจ เพราะการสื่อสารจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจและทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้บริการ ดังนั้นการสื่อสารที่นำมาใช้ในการบริการสุขภาพ คือ การสื่อสารด้วยความเอื้ออาทร (Caring Communication) ซึ่งผู้สื่อสารมีความรู้จริงในงานของตนและงานที่เกี่ยวข้อง ตั้งใจและทุ่มเทต่อการทำงาน มีความยึดมั่นผูกพันต่องาน รับผิดชอบงานเป็นอย่างดี รักในการช่วยเหลือผู้อื่นและเต็มใจบริการผู้อื่น รวมทั้งการมีพฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออกเมื่อมีการสื่อสารทุกครั้ง

การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเฉพาะระหว่างมนุษย์ต่อมนุษย์ ประสบการณ์นี้รวมถึงความรู้สึกและอารมณ์ด้วย ประกอบด้วย การสื่อสารที่เป็นคำพูด (Verbal communication) และการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูด (Non-verbal communication) เช่น การแสดงสีหน้า และอารมณ์ การแสดงสายตา ลักษณะท่าทาง น้ำเสียง เป็นต้น (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2540)

กลไกและกระบวนการสื่อสาร ประกอบด้วย ผู้ส่งข่าวสาร ข่าวสาร และแหล่งที่มา ช่องทางสื่อสาร ตัวกรองข่าวสาร ผู้รับข่าวสาร และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการบริการสุขภาพ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการนั้น สามารถส่งเสริมความเข้าใจที่ดี นำมาซึ่งความสุข มีอิทธิพลต่อทัศนคติ พัฒนาความสัมพันธ์ การสื่อสารช่วยให้มนุษย์เข้าใจกันดีขึ้น และช่วยให้เกิดการกระทำ การสื่อสารช่วยให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้

ดังนั้น การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ หรือคำชี้แจงที่ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เช่นการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับบริการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตน และกฎระเบียบของโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งจากการ

ศึกษาของ Risser (1975) ได้ทำการศึกษาวิจัยโดยสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อกรพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากที่สุด คือ การให้คำแนะนำและการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลให้คำแนะนำหรือคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องเจ็บป่วยน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรง เพ็งสุวรรณ, นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์ และบังอร ริดใจบุญ (2541) เรื่องความคิดเห็นของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการบริการให้ข้อคิดเห็นว่า การให้ข้อมูลไม่ละเอียดควรอธิบายการดำเนินของโรค ขั้นตอนการปฏิบัติตนและแนะนำก่อนกลับบ้านด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ส่วน พิษชุดา วิรัชพิณฑุ และคณะ (2534) อ้างถึงใน สกวาดิ ดวงเด่น, 2538) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลต่อผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยที่หน่วยแพทย์เวรฉุกเฉิน แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช พบว่า การรับรู้ของพยาบาลและการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการสื่อสารที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้ป่วยเห็นด้วยมากกว่าพยาบาลรับต่วนยุติการสนทนาก่อนที่ผู้ป่วยจะพูดจบถึงร้อยละ 86.7 จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรปรับปรุงโดยต้องระลึกตนเองอยู่เสมอ พยายามให้เวลาและโอกาสผู้ป่วยในการพูดคุยซักถามให้มากขึ้น มีความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ควรปรับปรุงรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารต่อเรื่องอย่างแบบแผนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มต้นมาใช้บริการจนถึงสิ้นสุดการรักษา

1.6.2.7 ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้

หมายถึง ความศรัทธา ความเชื่อถือ ความมั่นใจในการบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการแสดงออกถึงความซื่อสัตย์ ความจริงใจ ความสนใจอย่างแท้จริงของบุคลากรพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญมากที่สุดอย่างหนึ่งสำหรับบริการรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเกิดความศรัทธา ความเชื่อถือ ความมั่นใจในบริการที่ได้รับจากบริการรักษาพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยกลับมาใช้บริการอีก (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2538) ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยขาดความเชื่อถือ ความศรัทธาในบริการรักษาพยาบาล จากการที่ผู้ป่วยพบกิริยาหยามคาย ก้าวร้าว ในการให้บริการบ่อย ๆ ก็ย่อมทำให้เสื่อมศรัทธา ไม่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบริหารงานทำให้เกิดความไม่มั่นใจต่อการรับบริการได้ง่าย รวมทั้งการรอคอยที่ยาวนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานเอกสารที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรอคอยและต้องกลับมาติดต่อ

ใหม่ ก่อให้เกิดความเบื่อน่ายในการใช้บริการ ผลกระทบจากการขาดความน่าเชื่อถือ ขาดความศรัทธาในการบริการพยาบาล ย่อมมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่ประทับใจในบริการและจะไม่กลับมาใช้บริการอีก ระบบงานบริการรักษาพยาบาลที่ดีจะประกันคุณภาพงานได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความน่าเชื่อถือแก่ผู้ป่วยความน่าเชื่อถือแก่ผู้ป่วย ดังนั้นต้องมีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ และได้รับการปรับปรุงแก้ไขอยู่เสมอ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2538) ความเชื่อถือของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ให้บริการ อาจเกิดจากปัจจัยอื่นเสริมอีก เช่น ชื่อของโรงพยาบาล และชื่อเสียงของโรงพยาบาล และบุคลากรต่าง ๆ เป็นต้น

บุคลากรโรงพยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นวางใจได้ในบริการพยาบาลที่ได้รับบริการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยต้องมีความถูกต้องตามเทคนิค วิธีการถูกต้องตามหลักวิชาการ ถูกต้องตามเวลา ถูกต้องตามที่บันทึกในบันทึกการพยาบาล บันทึกการรักษารักษาของแพทย์ และมีความถูกต้องตามหลักปรัชญาขององค์การพยาบาล คือ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อถือในบริการที่ได้รับอีกด้วย ซึ่งเกิดจากบุคลิกภาพของบุคลากรที่ให้บริการ กล่าวคือ ถ้าบุคลากรผู้ให้บริการพยาบาลมีบุคลิกภาพที่ดี แต่งกายสุภาพ สะอาดเรียบร้อยจะสะท้อนให้ผู้ป่วย เกิดความมั่นใจ เกิดความเชื่อถือในบริการพยาบาลที่ได้รับนั้น (สมชาย กิจยรรยง, 2536; สิริยา สัมมาวาจ, 2538 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) จากการศึกษาของ พวงเพชร ชุมศรี (2537 อ้างถึงใน สกาวดี ดวงเด่น, 2538) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของพยาบาลต่อความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแพร์ พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลและสนใจผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ และได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด อยู่ในระดับมาก ส่วนการศึกษาของ สิริยา สัมมาวาจ (2540) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในความไม่ละเอียดรอบคอบของเจ้าหน้าที่ แต่พึงพอใจในความรู้สึกปลอดภัยเมื่อได้รับการพยาบาลและในความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ในระดับมาก

1.6.2.8 ราคาการค้าขายพยาบาล

หมายถึง เครื่องกำหนดมูลค่าในการแลกเปลี่ยนซื้อขายสินค้าและบริการต่าง ๆ ซึ่งการซื้อขายจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้ซื้อพอใจที่จะจ่าย และผู้ขายก็พอใจที่จะขายในราคาเดียวกัน ซึ่งผู้ขายหรือผู้ให้บริการจะเป็นผู้กำหนดราคา การตั้งราคาที่เหมาะสมจึงต้องพิจารณาจากปัจจัยหลายด้าน เช่น มูลเหตุจูงใจในการซื้อ พฤติกรรมของผู้ซื้อ สภาพการแข่งขันตัวบทกฎหมาย บทบาทของรัฐ ต้นทุนค่าใช้จ่าย ต่าง ๆ ของสินค้าและบริการ สภาพเศรษฐกิจ จริยธรรมของผู้ป่วย ฯลฯ ดังนั้น ผู้ขายหรือผู้ให้บริการต้องศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มาประกอบในการตัดสินใจ กำหนดราคาสินค้า หรือบริการให้เหมาะสม และเป็นไปตามเงื่อนไขวัตถุประสงค์ และนโยบายของกิจการ (สุดาตวง เรืองรุจิระ, 2540)

ราคาเกิดจากการที่สินค้าหรือบริการที่มีอยู่ กับความต้องการของมนุษย์ มีความไม่สมดุล จึงต้องมีการแข่งขันสินค้าหรือบริการนั้น โดยผ่านกลไกราคา ดังนั้นการกำหนดราคาไว้ต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้บริโภคและความคุ้มค่าที่จะได้รับด้วย

ปัจจัยในการกำหนดราคา ได้มีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยในการกำหนดราคาไว้ ดังนี้ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2539)

1. ปัจจัยภายใน (Internal factor) ประกอบด้วย ปัจจัยภายในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการตั้งราคา ได้แก่ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร ต้นทุน ลักษณะผลิตภัณฑ์ ลักษณะวงจรของผลิตภัณฑ์ การตลาด และการส่งเสริมการจำหน่าย

2. ปัจจัยภายนอก (External factors) ประกอบด้วย ความต้องการของผู้บริโภควัตถุดิบและปัจจัยการผลิต ภาวะการแข่งขัน ภาวะเศรษฐกิจ จรรยาบรรณของนักธุรกิจ และกฎหมาย

วัตถุประสงค์ในการกำหนดราคา แบ่งเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ (กาญจนา บุตรธน, 2536) คือ

1. วัตถุประสงค์ที่มุ่งผลตอบแทนหรือกำไรเป็นสำคัญ
2. วัตถุประสงค์ที่มุ่งรักษาเสถียรภาพของราคาหรือกำไรเป็นการกำหนดราคาให้คงที่ ส่งผลกำไรจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับต้นทุน

3. วัตถุประสงค์ที่ไม่มุ่งกำไร เป็นการกำหนดราคาที่ไม่มุ่งผลกำไร แต่อาจมีวัตถุประสงค์อื่น ๆ เช่น ความต้องการปริมาณลูกค้า การเจาะจงกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อราคา

ธงชัย สันติวงษ์ (2531) กล่าวว่า ราคา มีบทบาทสำคัญในการกำหนด และชี้ชะตาความอยู่รอดของธุรกิจ ดังนั้น ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อราคา จึงเป็นจุดที่จำเป็นต้องคำนึงถึง ซึ่งได้แก่

1. ความต้องการ (Demand) ราคาสินค้าจะเป็นเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้บริโภคเป็นตัวกำหนดคือ ถ้าความต้องการในสินค้ามีมากกว่าราคาจะสูงขึ้น ในทางตรงข้าม ถ้าความต้องการในสินค้ามีน้อยราคาจะต้องมีการปรับลดลง
2. ต้นทุน (Cost) เป็นฐานในการคำนวณราคา เพื่อกำหนดกำไรหรือหาจุดคุ้มทุน
3. คู่แข่งขัน ซึ่งมักมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในด้านการกำหนดราคา
4. กลยุทธ์การส่งเสริมการขาย ราคา มักเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการส่งเสริมการขายเสมอเพื่อเพิ่มความสนใจให้แก่ผู้บริโภค

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักในการรับผิดชอบในบริการด้านสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2529 อ้างถึงใน กาญจนา บุตรธนน, 2536) ซึ่งค่าใช้จ่ายจะประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการลงทุน หมายถึง ที่ดิน สิ่งก่อสร้างต่าง ๆ ค่าวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ในการตรวจรักษา และค่าใช้จ่ายดำเนินการ ซึ่งหมายถึง ค่ายา ค่าตรวจรักษา ค่าอุปกรณ์และวัสดุเทียมในการรักษาพยาบาล แต่ในการกำหนดราคา ค่ารักษาพยาบาลนั้น จะคิดเฉพาะค่าใช้จ่ายดำเนินการ เนื่องจากการรักษาพยาบาลของรัฐเป็นสวัสดิการที่รัฐให้แก่ประชาชนตามนโยบาย ดังนั้น การกำหนดราคาจึงเป็นแบบไม่มุ่งผลกำไร

จากการศึกษาวิจัยของศูนย์การวิจัยและบริหารธุรกิจคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2530 อ้างถึงใน อรัญญา มานิตย์, 2540) ซึ่งได้สำรวจพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกโรงพยาบาลคือ ราคา ค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสม จากการศึกษารายชื่อของ ชัชวาล วีระพันธ์

และคณะ (2528 อ้างถึงในสกาเวตี ดวงเด่น, 2538) ศึกษาเรื่องความรับรู้ว่าตนเองป่วย การใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยกับระบบการส่งต่อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในระบบส่งต่อเลือกใช้บริการสาธารณสุขโดยคำนึงถึงการเดินทางสะดวกเป็นอันดับแรก อันดับรองคือค่ารักษาพยาบาล และจากการศึกษาของ Aday and Anderson (1975 อ้างถึงใน อรรถัญญา มานิตย์, 2540) ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พึงพอใจมากที่สุดคือ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ Hulka et al (1971 อ้างถึงใน สกาเวตี ดวงเด่น, 2538) ที่ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีรายได้ต่ำต่อบริการแพทย์ เมื่อปี ค.ศ. 1969 ที่ทางตอนเหนือรัฐคาโรไลน่า พบว่า ประชาชนกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ไม่พึงพอใจเรื่องความสะดวกและค่าใช้จ่ายเมื่อมาใช้บริการ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

2.1 ความหมายของคุณภาพ

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Deming (1982 อ้างถึงใน Oakland, 1993) และ Oakland (1993) ให้ความหมายคุณภาพว่า หมายถึง ความมุ่งหมายที่จะตอบสนองความต้องการของลูกค้า ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

Crosby (1984) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง สิ่งที่ตรงตามความต้องการของลูกค้า (conformance to require)

Feigenbaum (1986) ให้ความหมายว่า ลักษณะเฉพาะขององค์ประกอบทั้งหมดของผลิตภัณฑ์และบริการ ได้แก่ ด้านการตลาด ด้านวิศวกรรม ด้านการผลิตและการบำรุงรักษา ซึ่งเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์ หรือบริการนั้นสามารถตอบสนองความคาดหวังของลูกค้า

Juran (1992) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ความเหมาะสมต่อการใช้ (fitness for use) โดยอธิบายใน 2 ลักษณะ คือ รูปลักษณะของผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่ดีกว่า และการปราศจากข้อบกพร่องหรือมีข้อบกพร่องน้อยกว่าผลิตภัณฑ์ หรือบริการอื่น ๆ ในสายตาของลูกค้าความเหมาะสมต่อการใช้

Pan และ Kalaric (1992 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2537) อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2539) และ ทูลีพร เดชขำ (2536) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง การตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกองค์การ

Goetsch และ Davis (1994) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง สภาวะการเคลื่อนไหว (dynamic state) ที่มีความสัมพันธ์กับการผลิต การบริการ บุคคล กระบวนการและสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดความคาดหวังของลูกค้า

Besterfield และ Besterfield (1995) และ ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2533) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ผลผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เป็นเลิศ และสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้เกินความคาดหมาย

The Canadian Council on Health Service Accreditation / CCHSA (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2539) ให้คำจำกัดความของคุณภาพบริการว่า หมายถึง การกระทำสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ดี และลูกค้าหรือผู้รับบริการพึงพอใจ โดยพิจารณามิติของคุณภาพการดูแลรักษา ดังนี้ แสดงถึงความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ เป็นที่ยอมรับ มีประสิทธิผล มีการประยุกต์เทคโนโลยีที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

จากการศึกษาเอกสารดังกล่าวข้างต้น พอสรุปความหมายได้ดังนี้

คุณภาพ หมายถึง ความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการที่ได้รับผลผลิตภัณฑ์หรือบริการ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ ทั้งภายในและภายนอกองค์การ

2.1.1 การควบคุมคุณภาพ (Quality Control)

Walter A. Shewhart ชาวอเมริกันได้พัฒนา การควบคุมคุณภาพด้วยวิธีการทางสถิติ (Statistical Quality Control/SQC) ในปี ค.ศ. 1929 โดยนำมาใช้กับการผลิตภาคอุตสาหกรรม (Banks, 1989; กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2537) W. Edwards Deming เป็นผู้ประยุกต์ การควบคุมคุณภาพด้วยวิธีทางสถิติ และนำไปเผยแพร่ในประเทศญี่ปุ่น ในปี ค.ศ. 1949-1950 (Ishikawa, 1985; กล้าหาญ วรพุทธพร, 2530) ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพได้ดี จนโลกตะวันตกให้ความสนใจศึกษาวิธีการแบบญี่ปุ่น และนำมาปรับใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแข่งขันในตลาดโลก

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2533) กล่าวว่า การควบคุมคุณภาพ หมายถึง ระบบบริหารงานอย่างหนึ่งที่เปิดโอกาสให้บุคลากรระดับปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการบริหารงานของหน่วยงานอย่างมีระบบแบบแผน

บัณฑิต ประดิษฐานวรงค์ (2537) กล่าวว่า การควบคุมคุณภาพ หมายถึง ระบบเครื่องมือที่สร้างสิ่งของและบริการที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการของผู้ซื้อที่มีการใช้วิถีทางสถิติในการควบคุมคุณภาพ

2.1.2 กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ (Quality Control Circle)

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ เริ่มมีขึ้นในประเทศญี่ปุ่น ในปี ค.ศ. 1962 เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ฝึกให้บุคลากรทุกคนเรียนรู้การควบคุมคุณภาพด้วยตนเอง (Ishikawa, 1985; Banks, 1989; Besterfield และ Besterfield, 1995) ญี่ปุ่นทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพได้ดีเด่น ต่อมา Juran ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมคุณภาพชาวอเมริกัน ได้นำแนวคิดกิจกรรมกลุ่มคุณภาพไปเผยแพร่ในสหรัฐอเมริกาในราว ปี ค.ศ. 1980 (Gomez-Mejia et al., 1995; วีระพล สุวรรณนันต์, 2528)

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ คือ กลุ่มบุคลากรจำนวน 3-10 คน ในที่ทำงานเดียวกัน สมัครใจกันตั้งกลุ่ม ประชุมกันเป็นประจำ เลือกรับปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพในที่ทำงานของตนที่ต้องแก้ไขด้วยตนเอง นำมาศึกษาและแก้ไขอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยผู้บังคับบัญชาให้การส่งเสริมให้ความรู้ ให้โอกาสแก่บุคลากรทำกิจกรรมอย่างอิสระ โดยไม่ขัดต่อนโยบายขององค์กร (สุรศักดิ์ นานานุกูล และคณะ, 2529) หรืออาจกล่าวได้ว่ากิจกรรมกลุ่มคุณภาพ คือกระบวนการแก้ปัญหาด้วยกลุ่มโดยอาศัยหลักการของวงจรเดมिंग (P-D-C-A Circle / Plan Do Check Action Circle) ในการแก้ปัญหา โดยไม่ขัดต่อวัตถุประสงค์ขององค์กร เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นทีม (Management by Participative Approach) มีขั้นตอนในการวางแผน และใช้เครื่องมือทางสถิติ (วีระพล สุวรรณนันต์, 2528)

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐาน 10 ประการ คือ การพัฒนาตนเอง (self development) โดยตนเองอย่างอิสระ (voluntarism) มีการทำกิจกรรมกลุ่ม (group activity) บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วม ใช้เทคนิคการควบคุมคุณภาพ (utilization of QC techniques) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานที่ทำโดยตรง เป็นสิ่งจำเป็นและต้องทำอย่างต่อเนื่อง (vitality and continuity) พัฒนาร่วมกัน (mutual development) เป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (originality)

and creativity) และตระหนักในคุณภาพ ตระหนักในปัญหาและการพัฒนาให้ดีขึ้น (กล้าหาญ วรพุทธพร, 2530; Ishikawa, 1985)

ประเทศไทยเริ่มนำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพมาใช้ในโรงงานอุตสาหกรรม ที่มีบริษัท ญี่ปุ่นให้การลงทุน (วิระพล สุวรรณนันทน์, 2528) ในปี พ.ศ.2517 ซึ่งมีการปฏิบัติอยู่ไม่กี่แห่ง ต่อมา ในราวปี พ.ศ. 2524 ได้แพร่หลายในวงการอุตสาหกรรมมากขึ้นและวงราชการ และในปี พ.ศ. 2527 ก็เริ่มแพร่หลายเข้าสู่การรัฐวิสาหกิจและหน่วยราชการ จนเป็นที่แพร่หลายทั่วไปในปัจจุบัน (สุรศักดิ์ นานานุกูล และคณะ, 2529)

2.2 แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม (Total Quality Management/TQM) หรือเรียกว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement/CQI) ในประเทศ ญี่ปุ่นเรียกว่า การควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์การ (Company-wide Quality Control/CWQC) ได้มีผู้ให้ความหมายของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมไว้ดังนี้

Ishikawa (1985) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ ความมุ่งมั่นต่อการจัดการคุณภาพ ด้วยความร่วมมือของทุกคนในองค์การในการแก้ปัญหาด้วยการทำงานเป็นทีม และใช้เครื่องมือทางสถิติในการปรับปรุงคุณภาพ

Feigenbaum (1986) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวมเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ที่รวมความพยายามของกลุ่มต่าง ๆ ในองค์การเพื่อพัฒนา รักษาและปรับปรุงคุณภาพการผลิตและการบริการโดยยังคงรักษาความพึงพอใจของลูกค้าไว้ได้อย่างสมบูรณ์

Juran (1995 อ้างถึงใน วิรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540) กล่าวว่า เกณฑ์การตัดสินรางวัล The Malcolm Baldrige National Quality Award ของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา เป็นนิยามของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมที่ดีที่สุดและสมบูรณ์ที่สุด ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวประกอบด้วย 7 หัวข้อดังนี้ 1) ภาวะผู้นำ 2) สารสนเทศและการวิเคราะห์ 3) การวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ 4) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 5) การบริหารคุณภาพของ

กระบวนการ 6) ผลลัพธ์เชิงปฏิบัติและเชิงคุณภาพ และ 7) การให้ความสำคัญกับลูกค้าและความพึงพอใจของลูกค้า

CCHSA (1995 อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2541) ใช้คำว่า CQI โดยให้ความหมายว่าเป็นปรัชญาและระบบการบริหาร ซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์วิธีทางสถิติและเครื่องมือของกระบวนการกลุ่มเพื่อลดความสูญเสียและความซับซ้อนที่ไม่จำเป็นมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองหรือทำให้เกิดความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ส่งมอบสินค้าและชุมชน

องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ (2539) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวมเป็นวิธีการเปลี่ยนสภาพการทำงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์การ มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพงานของแต่ละคนเพื่อการปรับปรุงในสายงานให้มีการทำงานเป็นทีม ขยายการเชื่อมโยงตามขบวนการและครอบคลุมสายงานจนได้ผลผลิตหรือบริการเป็นที่พึงพอใจของลูกค้า

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวมเป็นกระบวนการอย่างมีระบบและมีโครงสร้างในการสร้างความร่วมมือของทั้งองค์การ ในการวางแผนและลงมือปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2539) ให้ความหมาย การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ ระบบบริหารจัดการที่เน้นการบริหารกระบวนการ การบริการลูกค้าหรือผู้รับบริการ การลดความสูญเสียและให้ความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงานโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมและการนำแนวคิดหรือวิธีการไปใช้กับกิจกรรมทุกอย่าง เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง

วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ ปรัชญาแห่งชีวิตขององค์การธุรกิจ เป็นระบบบริหารที่พนักงานทุกคน ทุกระดับ ทุกแผนก ทุกขั้นตอนการผลิต ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ปรับปรุงคุณภาพของสินค้าและบริการและมาตรฐานการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีคิดและวิธีการอย่างเป็นระบบแบบ PDCA เชิงสถิติ ใช้เครื่องมือควบคุมคุณภาพ ควบคู่กับการพัฒนาพนักงานและเทคโนโลยี ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าพนักงานและสังคม

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ (2541) กล่าวว่า TQM/CQI เป็นการระดมทรัพยากรทั้งหมดขององค์กรมาร่วมกันพัฒนาระบบ กระบวนการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า ทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ให้ความสำคัญต่อคุณภาพบริการ ที่มุ่งเน้นลูกค้าหรือผู้ให้บริการ เน้นการบริหารกระบวนการให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนทุกระดับ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อสร้างความพึงพอใจให้เกิดแก่ลูกค้าหรือผู้ให้บริการ

2.2.1 วิวัฒนาการของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ริเริ่มเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1950 โดย Armand V. Feigenbaum แห่งบริษัท General Electric ในเมืองนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ได้เสนอวิธีการควบคุมคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Control/TQC) และตีพิมพ์เผยแพร่ในหนังสือ Total Quality Control: Engineering and Management (Ishikawa, 1995) โดยมุ่งเน้นการควบคุมระบบมากกว่าการพัฒนาระบบ ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมดูแลโดยเฉพาะ ส่วนในประเทศญี่ปุ่นการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมีรูปแบบที่ต่างออกไป Kaoru Ishikawa เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์การจะช่วยให้ประสบผลสำเร็จได้มากกว่า โดยนำแนวคิดที่ได้รับการแนะนำจาก Deming มาปรับใช้โดยการฝึกอบรมให้บุคลากรทุกคนทุกระดับและทุกสายอาชีพมีส่วนร่วมในการสร้างคุณภาพ ด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1968 เป็นรูปแบบที่เรียกว่า Company-wide Quality Control/CWQC (Goetsch และ Davis, 1995) ภายหลังสหรัฐอเมริกาพบว่า โอกาสการแข่งขันในตลาดโลกลดลงเมื่อเทียบกับประเทศญี่ปุ่น จึงพิจารณารูปแบบการบริหารจัดการองค์การแบบญี่ปุ่น และหันกลับมาทบทวนแนวคิดของ Deming ได้ให้การยอมรับและพัฒนาระบบการบริหารจัดการของตนโดยนำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพมาใช้ในราวปี ค.ศ. 1980 เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน ในปี ค.ศ. 1987 สภาคองเกรสของสหรัฐอเมริกา ริเริ่มรางวัลคุณภาพแห่งชาติมัลคอล์มบอโรลด์จ์ (MBNQA) ต่อมาแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ได้แพร่หลายไปทั่วสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 เป็นต้นมา (Goetsch และ Davis, 1994)

2.2.2 หลักการและแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

Ishikawa (1985) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ประกอบด้วย คุณภาพมาเป็นอันดับแรก เน้นลูกค้า กระบวนการถัดไปคือลูกค้าของเรา การใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริงในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของบุคลากร และการบริหารข้ามสายงาน Oakland และ Porter (1994) กล่าวว่า แกนหลักของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ ลูกโซ่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตกับลูกค้า (Customer-Supplier Chains)

Pan และ Kalarik (1992 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2537) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) แนวคิดด้านคุณภาพ การปลูกฝังแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพแก่บุคลากรทุกคน ซึ่งหมายถึงความต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายในองค์การ

2) ระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึงระบบการจัดการโดยรวมที่กระทำโดยบุคลากรทุกคน ทุกฝ่ายอย่างเป็นระบบ การจัดการประกอบด้วย การบริหารนโยบาย การบริหารক্রมสายงาน และการบริหารงานประจำวัน

3) เทคนิคการจัดการคุณภาพ ประกอบด้วย เทคนิคในการวางแผน เทคนิคในการควบคุม รวมถึงเทคนิคทางสถิติ เทคนิคทางวิศวกรรมการบริหาร และเทคนิคการวิจัยดำเนินงาน

Schmidt และ Finigan (1993) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวมเป็นการนำหลายแนวคิดและการปฏิบัติต่าง ๆ มาผสมกัน ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติครั้งแรก ได้แก่ 1) ใช้กระบวนการบริหารทางวิทยาศาสตร์ 2) ใช้กลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างพลังของกลุ่มในการแก้ไขปัญหา 3) การฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร 4) ใช้หลักการทฤษฎีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement Motivation Theory) ในการบริหารจัดการ 5) การมีส่วนร่วมของบุคลากร 6) การประสานงานภายในองค์การ 7) ใช้ระบบเทคนิคทางสังคมวิทยา (Sociotechnical System) สร้างความสัมพันธ์ในองค์การ 8) การพัฒนาองค์การ 9) วัฒนธรรมองค์การ 10) ใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำแนวใหม่ ที่ให้ความสำคัญต่อวิสัยทัศน์ ความไว้วางใจและการให้อำนาจการปฏิบัติงานแก่บุคลากร และ 11) การวางแผนยุทธศาสตร์ เป็นการนำเทคโนโลยีเพื่อการจัดตั้งแวดล้อมองค์การ และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบ

Goetsch และ Davis (1994) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ประกอบด้วย การเน้นลูกค้าภายนอกและภายในองค์กร การมุ่งเน้นคุณภาพ การใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ความมุ่งมั่นในระยะยาว (long-term commitment) การทำงานเป็นทีม การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง การให้การศึกษาและฝึกอบรมบุคลากร การให้อิสระในการคิด มีจุดมุ่งหมายขององค์กร การมีส่วนร่วมของบุคลากรและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติอย่างเหมาะสม (empowerment)

Besterfield และ Besterfield (1995) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ประกอบด้วยแนวคิด 6 ประการ คือ ข้อตกลงร่วมกันและการจัดการที่สนับสนุนโครงสร้างจากระดับบนสู่ระดับล่างในระยะยาว มุ่งเน้นลูกค้าทั้งภายนอกและภายในองค์กรอย่างแท้จริง เป็นผลต่อประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ผลักดันให้กับงานทั้งหมด เป็นการปรับปรุงธุรกิจและกระบวนการผลิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติต่อผู้ส่งมอบภายนอกเสมือนหุ้นส่วนขององค์กร และการวัดผลงานจากกระบวนการทำงาน

ซูลีพร เดชขำ (2536) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมคือ แนวคิดเรื่องบทบาท ผู้นำการบริหารแบบมีส่วนร่วม การบริหารแบบเป็นกระบวนการและการบริหารแบบยืดหยุ่นตามสถานการณ์โดยประเด็นสำคัญของความสำเร็จอยู่ที่ความเอาใจจริง ความพร้อมของบุคลากรทุกคน โดยเฉพาะผู้บริหารองค์กรที่จะดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาจนบรรลุวัตถุประสงค์ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและมีการปรับใช้ที่เหมาะสม

บัณฑิต ประดิษฐ์ฐานวงษ์ (2537) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมประกอบด้วย การดำเนินงานตามวงจรเดมิง (PDCA cycle) เน้นการแก้ปัญหาที่สำคัญก่อน ลูกค้าคืองานขั้นต่อไป การแสดงด้วยข้อมูลไม่ตัดสินใจด้วยประสบการณ์หรือความรู้สึก ป้องกันการเกิดซ้ำของปัญหาด้วยการแก้ที่สาเหตุ ทำสิ่งที่ถูกต้องในทุกขั้นตอนของการทำงาน และคุณภาพสำคัญอันดับหนึ่ง

วิฑูร แสงสิงแก้ว (2538) อธิบายหลักการของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมที่นำมาใช้ในการบริหารโรงพยาบาล ประกอบด้วย การยึดคุณภาพของการบริการเป็นกลยุทธ์สูงสุดในการบริหาร การเน้นลูกค้าเป็นหลักทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างคุณภาพบริการด้วยการทำงานเป็นทีม ใช้เทคนิคของการบริหารนโยบาย ภาวะผู้นำ กระบวนการปรับปรุงระบบหรือกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการเพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539) ได้สรุปแนวคิดและหลักการสำคัญของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ไว้ 11 ประการ ดังนี้ การยึดมั่นในจุดมุ่งหมายขององค์กร คุณภาพเหนือสิ่งอื่นใด การมุ่งเน้นลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ การให้ความสำคัญกับกระบวนการหรือระบบการให้บริการ ความมุ่งมั่นของผู้นำ การจัดการการข้ามสายงานและการทำงานเป็นทีม การกระจายอำนาจและให้อิสระแก่ผู้ปฏิบัติ การให้การศึกษาและฝึกอบรมบุคลากร การจัดการโดยอาศัยข้อเท็จจริง ใช้สถิติและความเข้าใจความแปรปรวน การเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และการสร้างสัมพันธ์ไมตรีกับผู้ส่งมอบภายนอก

วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มี 12 ข้อ โดยจัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย 3 ข้อ คือ การสร้างพึงพอใจให้แก่ลูกค้า มีจริยธรรมและรับผิดชอบต่อสังคม และให้การศึกษาและพัฒนาบุคลากรตลอดเวลา

กลุ่มที่ 2 เกี่ยวกับวิธีคิด ประกอบด้วย 3 ข้อ คือ ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการสร้างคุณภาพ ให้ความสำคัญแก่กระบวนการทำงาน และกระบวนการถัดไปคือลูกค้าของเรา

กลุ่มที่ 3 เกี่ยวกับวิธีการทำงาน ประกอบด้วย 5 ข้อ คือ การบริหารด้วยข้อมูลจริงในสถานที่จริง การแก้ปัญหาที่สาเหตุเน้นการป้องกันการเกิดปัญหา ใช้กรรมวิธีทางสถิติ จัดลำดับความสำคัญ การดำเนินการบริหารแบบ P-D-C-A (Plan Do Check Act) และสร้างระบบมาตรฐานที่มีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า หลักการและแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือการประยุกต์ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ในการปรับปรุงระบบงานขององค์กร เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าด้วยความร่วมมือของทีมงานและฝ่ายบริหาร

2.2.3 ลักษณะและวิธีการดำเนินงานการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

Deming ได้เสนอการบริหารจัดการไว้ 14 ข้อ ซึ่งอธิบายโดย Gitlow และ Gitlow ไว้ดังนี้ (Banks, 1989, Latzko และ Saunders; 1995; Besterfield และ Besterfield, 1995; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2536; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539; วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2540)

1. การสร้างเป้าหมาย และจุดประสงค์ขององค์การที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร (Create and publish the aims and purpose of the organization)

การสร้างเป้าหมายขององค์การในการปรับปรุงผลผลิตและบริการที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบ ซึ่งเป็นเป้าหมายระยะยาว ผู้บริหารต้องแสดงให้เห็นอย่างสม่ำเสมอว่าจะทุ่มเทต่อเป้าหมายดังกล่าว ผู้บริหารจะต้องมีความมุ่งมั่นในเรื่องการสร้างคุณภาพ มีการวางแผนระยะสั้นและระยะยาวอย่างชัดเจน ต้องผูกพันในเป้าหมายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง และมีความอดทนที่จะรอผลลัพธ์ด้วย

การตั้งปณิธานอย่างมุ่งมั่นแน่วแน่นี้ ควรมุ่งเน้นไปใน 4 เป้าหมายหลัก คือ นวัตกรรม (Innovation) การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) และการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance)

2. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกคนเรียนรู้ปรัชญาใหม่ (Adopt the new philosophy)

ปรัชญาใหม่ ซึ่งหมายถึงคุณภาพ ผู้บริหารระดับสูงสร้างวัฒนธรรมเรื่องคุณภาพภายในองค์การให้เป็นการปฏิบัติงานประจำ ทุ่มเททรัพยากรมนุษย์และเงินเพื่อการปรับปรุงคุณภาพผลิตภัณฑ์หรือบริการอย่างไม่หยุดยั้ง

ผู้บริหารจะต้องยอมรับ "วัฒนธรรมแห่งคุณภาพ" เสมือนหนึ่งปรัชญาการดำเนินชีวิตหรือลัทธิศาสนา โดยจะต้องทำให้คุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของงานให้ได้ เพราะคุณภาพจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคลากรทุกคนจากการทำงานตามสั่งกลายเป็นการรับผิดชอบในผลงานของตนเอง

3. ทำความเข้าใจกับจุดประสงค์ของการตรวจสอบ (Understand the purpose of inspection)

การทำความเข้าใจกับจุดประสงค์ของการตรวจสอบว่า เป็นไปเพื่อการปรับปรุงกระบวนการและลดค่าใช้จ่าย มิใช่เพื่อการจับผิด เดมิงกล่าวว่า ความผิดพลาดที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการผลิตมีถึง ร้อยละ 85 ดังนั้นการปรับปรุงกระบวนการผลิตจะช่วยในการลดค่าใช้จ่าย ดังนั้นการควบคุมคุณภาพจะต้องมุ่งที่กระบวนการผลิต เป็นสำคัญไม่ใช่อาศัยการตรวจสอบที่ตัวสินค้าที่ผลิตเสร็จแล้วเท่านั้น เพราะการตรวจสอบขั้นสุดท้ายไม่ได้เป็นการป้องกันความผิดพลาดเมื่อก่อเกิดขึ้น

4. เลิกการตัดสินทางธุรกิจโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว (Stop awarding business based on price alone)

ควรยกเลิกการตัดสินทางธุรกิจโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว เพราะราคาจะไม่มี ความหมายหากปราศจากคุณภาพ หรือไม่มีมาตรการที่เชื่อถือได้ในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพสินค้า หรือบริการนั้น การสร้างความสัมพันธ์อันดีในระยะยาวกับผู้ส่งมอบภายนอกจะนำมาซึ่งวัตถุดิบที่มีคุณภาพ

5. การปรับปรุงระบบการผลิต และบริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป (Improve constantly and forever the system)

การสร้างเสริมคุณภาพให้เกิดขึ้น เป็นงานที่จะต้องทำการพัฒนาและปรับปรุงอย่างค่อยเป็นค่อยไป และทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดไปด้วย การใช้วงจรเดมิง (PDCA Deming Cycle) เพื่อการปรับปรุง ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เป็นการเน้นการป้องกันการเกิดปัญหา ขจัดสาเหตุของปัญหาและปรับปรุงกระบวนการโดยทีมงาน

6. ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม (Institute training)

การฝึกอบรม จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเรียนรู้วิธีที่ถูกต้องได้รวดเร็วกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเอง องค์กรจะต้องจัดทำแผนการฝึกอบรมและให้การศึกษาแก่บุคลากรทุกคนในเรื่องคุณภาพและการบริหารจัดการคุณภาพ “การควบคุมเชิงสถิติ” และ “เครื่องมือแห่งคุณภาพ” โดยฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอและทำซ้ำบ่อย ๆ ตามที่จำเป็น

7. การสร้างภาวะผู้นำ (Teach and institute leadership) ให้เกิดขึ้นในทุกระดับของการบริหาร

การสร้างภาวะผู้นำอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการเป็นผู้นำตนเองเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของสร้างวัฒนธรรมแห่งคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กร

8. การขจัดความหวาดกลัว (Drive out fear)

การขจัดความหวาดกลัว สร้างความเชื่อมั่น สร้างบรรยากาศให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ องค์กรและผู้บริหารจะต้องสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ หัวหน้างาน และบุคลากรจะต้องกล้าที่จะสอบถามในสิ่งที่ตนเองไม่รู้และไม่เข้าใจ ผู้บริหารจะต้องเปิดโอกาสและกระตุ้นให้บุคลากรกล้าแสดงออกในการเสนอแนะวิธีการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น

9. การขจัดอุปสรรคระหว่างหน่วยงานย่อยในองค์กร (Break down barriers between departments)

ผู้บริหารจะต้องปรับปรุงโครงสร้างที่เป็นอุปสรรคหรือกำแพงขวางกั้นการติดต่อประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ให้หมดสิ้นไป ด้วยการประสานงานข้ามสายงาน (Cross-functional team) เพื่อให้บุคลากรที่อยู่ต่างหน่วยงานกันแต่มีงานเกี่ยวเนื่องกันกับการปรับปรุงคุณภาพ สามารถร่วมมือกันได้อย่างเต็มที่

10. การขจัดคำขวัญเพื่อเคี่ยวเข็ญผู้ปฏิบัติงาน (Eliminate exhortations for the work force)

การขจัดคำขวัญเพื่อเคี่ยวเข็ญผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายที่สามารถเป็นไปได้ และทำให้เกิดผลสำเร็จจะระยะยาวแก่องค์กร การใช้คำขวัญและเป้าหมายเพื่อการจูงใจหรือกระตุ้นเตือนนั้น ผู้บริหารจะต้องมั่นใจว่าได้เสนอแนะวิธีปฏิบัติที่จะทำให้สามารถบรรลุคำขวัญหรือเป้าหมายนั้น ๆ ด้วย

11. การขจัดโควตาการผลิตเป็นตัวเลขมาตรฐานของงาน (Eliminate numerical quotas for the work force)

การขจัดโควตาการผลิตเป็นตัวเลขมาตรฐานของงาน ต้องเน้นที่คุณภาพมากกว่าปริมาณ และเลิกใช้การจัดการโดยวัตถุประสงค์ เปลี่ยนเป็นการเรียนรู้ความสามารถของกระบวนการและวิธีปรับปรุงกระบวนการ

12. การขจัดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน (Remove barriers that rob employees of their pride of workmanship)

อุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน ได้แก่ การไม่ทราบว่าจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรได้อย่างไร การถูกตำหนิจากปัญหาของระบบ การออกแบบที่ไร้คุณภาพ การได้รับการฝึกอบรมไม่เพียงพอ และเครื่องมือไม่เพียงพอหรือขาดประสิทธิภาพ เป็นต้น การมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความพอใจในงานมากขึ้น

13. การจัดทำแผนการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากร (Institute a vigorous program of education and self-improvement)

แผนการศึกษาและฝึกอบรมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะรองรับโครงการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

การฝึกอบรมจึงเป็นการพัฒนาบุคลากร และเป็นการลงทุนระยะยาวที่จะมีผลต่อความสำเร็จและความอยู่รอดขององค์การ

14. ลงมือปฏิบัติเพื่อบรรลุผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง (Take action to accomplish the transformation)

ผู้บริหารจะต้องจัดองค์การและนำตนเองเข้าสู่ระบบการเปลี่ยนแปลงเพื่อกรปรับปรุงคุณภาพ โดยการลงมือปฏิบัติด้วยการเป็นส่วนหนึ่งของทีมงานและเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้บริหารจะต้องยึดมั่นผูกพันในคุณภาพอย่างจริงจังและผูกพันในระยะยาว

2.3 การนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ของค์การบริการสุขภาพ

Ankian (1991) กล่าวถึง การนำการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมไปใช้ในงานบริการพยาบาล มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

1. บุคลากรในองค์การคือลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Employee as Customer) หมายถึง บุคลากรเป็นลูกค้าซึ่งกันและกันโดยบุคลากรแต่ละคนเป็นทั้งผู้ให้บริการแก่ขั้นตอนต่อไปและผู้รับบริการผลิตผลจากขั้นตอนก่อนหน้า เขาคาดหวังที่จะได้รับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่สมบูรณ์ที่สุด ดังนั้นจึงต้องเริ่มทำสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่ขั้นตอนแรก

2. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) ทุกกระบวนการในองค์การเป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มผลผลิตและลดต้นทุนโดยการใช้วงจร PDCA

3. การประเมินความต้องการ (Needs Assessment) และประสบการณ์ของผู้รับบริการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการ แล้วนำมาเป็นเกณฑ์และสื่อสารไปยังทุกระดับขององค์การ เพื่อใช้ในการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการในแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

4. ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ (Management Accountability) ผู้บริหารต้องรับผิดชอบต่อการสร้างระบบการทำงานของบุคลากร การปรับปรุงระบบเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงาน

5. การศึกษาและฝึกอบรม (Education and Training) ควรจัดให้แก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เข้าใจว่าควรปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนอย่างไร และเข้าใจปรัชญาการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม เข้าใจเทคนิควิธีการลดต้นทุน ซึ่งถือเป็นปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

6. ข้อมูลทางสถิติ (Statistical Data) มีการใช้เครื่องมือทางสถิติในการเก็บข้อมูลแต่ละแผนกและสื่อสารไปทั่วองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกคนสามารถตัดสินใจปรับปรุงกระบวนการทำงานของตนบนพื้นฐานข้อมูล

7. การประกันคุณภาพและการควบคุมคุณภาพ (Quality Assurance and Control) การประกันคุณภาพเป็นการหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นแล้วนำมาวิเคราะห์ระดับคุณภาพขององค์กร โดยผู้ปฏิบัติเป็นผู้รวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการประกันคุณภาพและส่งข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปยังหน่วยงานผู้ปฏิบัติเพื่อการปรับปรุงคุณภาพต่อไป ถือเป็นขั้นตอนของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

8. ผู้ส่งมอบ (Suppliers) องค์กรต้องพัฒนาความร่วมมือกับผู้ส่งมอบทั้งภายในและภายนอกองค์กรให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

9. การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ช่วยให้บุคลากรใช้กระบวนการการแก้ปัญหา และขจัดอุปสรรคระหว่างบุคลากรกับบทบาท

10. การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร (Cultural Change) ที่เกี่ยวกับการปกครองแบบมีลำดับชั้น ต้นทุนการผลิต และมนุษยสัมพันธ์ โดยมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงดังนี้ 1) ทำความเข้าใจ และวิเคราะห์วัฒนธรรมที่เป็นอยู่ 2) ตั้งเป้าหมายระยะยาวและวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงคุณภาพ 3) การคำนึงถึงคุณภาพก่อนกำไร 4) การรักษามาตรฐานการปฏิบัติงาน และการให้รางวัลแก่ผู้ที่พัฒนาความสามารถการปฏิบัติงานให้สูงขึ้น 5) ให้อำนาจการตัดสินใจ (Empowerment) แก่บุคลากรและการให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวก ส่งเสริมทัศนคติและพฤติกรรมที่สนับสนุนคุณภาพและผลผลิต 6) การประชุมปรึกษาและสนับสนุนปรัชญาการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม โดยผู้บริหารระดับสูงเป็นตัวอย่างและให้คำแนะนำ 7) สร้างบรรยากาศความไว้วางใจ 8) สนับสนุนการพัฒนาการตัดสินใจ 9) พัฒนาการแก้ปัญหาโดยทีมในทุกระดับขององค์กร

กลยุทธ์ในการประยุกต์แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มาใช้ในระบบบริการพยาบาล ประกอบด้วย

1. การระบุลูกค้าทั้งภายนอกและภายในองค์กร
2. บุคลากรทุกคนร่วมกันตั้งเป้าหมายขององค์กรและสื่อสารให้เข้าใจตรงกันผู้บริหารการพยาบาลให้การยอมรับ และมองเห็นคุณค่าของการ ตัดสินใจหรือความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล
3. ขจัดอุปสรรคในการสื่อสาร ลำดับชั้นของการบริหารจะเป็นอุปสรรค ความเจริญและความก้าวหน้าของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม
4. การศึกษาและฝึกอบรม การเรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาและกระบวนการตัดสินใจจะช่วยให้พยาบาลทำสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่ขั้นตอนแรก ทำให้ความผิดพลาดลดลง ลดการสูญเสียเวลา และวัตถุดิบ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการผลิตบริการ
5. ใช้วิธีการทางสถิติในการวัดผล การประกันคุณภาพเป็นเครื่องมือป้องกัน ปรับปรุง และวิเคราะห์แนวโน้มขององค์กร บุคลากรสามารถเสนอข้อมูลสารสนเทศที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการขององค์กร และสื่อสารไปยังแผนกอื่น ๆ ในโรงพยาบาล
6. นโยบายและวิธีปฏิบัติ สามารถเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ เมื่อพบว่ามีช่องว่าง หรือ ล้าสมัย พยาบาลผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงขึ้น
7. มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน
8. การมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาล เมื่อบุคลากรพยาบาลมีอำนาจการตัดสินใจ และสามารถแก้ปัญหาในงานของตนได้ เขาก็จะมีแรงจูงใจและสร้างผลงานที่ดี การให้การยอมรับความสามารถและการจัดสิ่งแวดล้อมการทำงานเพื่อการสร้างสรรค์ จะสนับสนุนการคงอยู่ในองค์กรพยาบาล การปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ
9. วัฒนธรรมองค์กร ผู้บริหารต้องสร้างบรรยากาศความไว้วางใจให้เกิดในองค์กร การติดต่อสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ให้ข้อมูลสนับสนุนการจัดการความขัดแย้ง การให้คุณค่าและส่งเสริมภาวะผู้นำในทุกระดับ และการสร้างทีมในหน่วยงาน

Parsley และ Corrigan (1994) กล่าวว่า การนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ในบริการสุขภาพ มีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้ 1) การปรับโครงสร้างองค์กรที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างคุณภาพ โดยการลดลำดับชั้นให้สั้นลงมีการติดต่อสื่อสารแนวราบมากขึ้น 2)

จัดตั้งคณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการปรับปรุงคุณภาพแก่ผู้ปฏิบัติ 3) กำหนดรูปแบบของกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ 4) การจัดองค์การในรูปทีมปรับปรุงคุณภาพ 5) การประสานงานกันระหว่างทีมจัดการประชุม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และรายงานความก้าวหน้าของทีมในการแก้ปัญหาต่อคณะกรรมการสนับสนุนกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ (Steering Committee)

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539) เสนอรูปแบบขั้นตอนการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มาใช้ในองค์การที่ให้บริการสุขภาพ เช่นเดียวกับ Motwani และคณะ (1996) เป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสร้างความรู้ความเข้าใจของผู้บริหารระดับสูงอย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม โดยผู้นำต้องมีความมุ่งมั่นต่อการปรับปรุงคุณภาพอย่างจริงจังจึงจะมีโอกาสสำเร็จได้มากที่สุด ความรู้ควรประกอบด้วย ความรู้ทางวิชาชีพ (Professional Knowledge) และความรู้ด้านการปรับปรุง (Improvement Knowledge) ซึ่งได้แก่ความรู้เกี่ยวกับระบบ ความรู้เกี่ยวกับความแปรปรวน ความรู้ทางจิตวิทยา และทฤษฎีความรู้

ระยะที่ 2 การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมาย รวมทั้งวางแผนการปฏิบัติ การศึกษาองค์การ โดยมีการประเมินผลงานและความพยายามในการจัดการคุณภาพบริการทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อการวางยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสำหรับอนาคต และปรับวัฒนธรรมองค์การเพื่อเตรียมความพร้อมโดยการอบรมบุคลากรตำแหน่งที่สำคัญ ๆ ในโรงพยาบาลและสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน อบรมทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมแก่ผู้บริหารระดับต่าง ๆ สร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม สร้างแนวร่วมในกลุ่มผู้เห็นด้วยและทำโครงการตัวอย่างที่แสดงถึงความสำเร็จเพื่อขยายงานให้กว้างขวางในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การวางพื้นฐานเตรียมงาน ได้แก่ การวางเป้าประสงค์ การอบรมบุคลากรให้มีทักษะและความพร้อมในการทำงานเป็นทีม การใช้วิธีทางสถิติ การสำรวจความต้องการของลูกค้า การวางโครงสร้างองค์การและทีมงานที่จะรับผิดชอบในการประสานงานและปฏิบัติ รวมทั้งการเปรียบเทียบการทำงาน (Benchmarking) หาตัววัดหรือตัวบ่งชี้ปัญหาและ

ความสำเร็จ สร้างระบบข้อมูลสารสนเทศที่ใช้งานได้ง่ายและเชื่อมโยงกัน อาศัยข้อมูลที่แท้จริงในการวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจ

ระยะที่ 4 การลงมือปฏิบัติ มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ให้การยอมรับและให้รางวัลความสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพ ผู้บริหารมีบทบาทสร้างความเปลี่ยนแปลงในองค์กร สนับสนุนด้านทรัพยากรที่เพียงพอ มุ่งเน้นเป้าหมายของทีมงานปรับปรุง คุณภาพให้อยู่ที่การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การประเมินผลงานเน้นผลงานกลุ่ม ให้รางวัลทั้งผลงานส่วนบุคคลและทีมงาน

ระยะที่ 5 การประเมินผล ควรมีการประเมินผลเป็นประจำและนำผลการประเมินมาใช้ในการทบทวนแก้ไขในกรณีที่ไม่สำเร็จ และปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การวัดผลควรประเมินทั้งด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประกอบด้วย ตัววัดทางการเงิน การดำเนินการ ทรัพยากรบุคคล และตลาด โดยคำนึงถึงผลระยะยาวและปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลด้วย

2.4 ความเป็นมาของโรงพยาบาลคุณภาพ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูงขึ้น และจากการส่งเสริมการขายตัวของเอกชนด้านบริการสุขภาพ เพื่อเสริมการให้บริการของภาครัฐ โดยมุ่งให้บริการแก่ผู้มีระดับรายได้สูงและปานกลาง การแข่งขันในภาคเอกชนทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบายและรวดเร็วในการใช้บริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนมองระบบบริการสุขภาพของรัฐด้วยความไม่พึงพอใจในเรื่องความล่าช้า แออัด ผู้ให้บริการไม่เป็นมิตร เจ้าอารมณ์ ตรวจไม่ละเอียด ไม่ให้คำแนะนำ และหยาบคาย (สถาบันการวิจัยระบบสาธารณสุข, 2538) ทำให้ประชาชนไปใช้บริการสุขภาพภาคเอกชนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน รัฐมีหน้าที่ในการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ด้วยการจัดระบบประกันสุขภาพ หรือการจัดให้มีบริการที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ในระดับที่ประชาชนสามารถจ่ายได้

ในระยะ 6 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้นำการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ริเริ่มโครงการวิจัย

ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิศสิน โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลโพธาราม มีระยะเวลาดำเนินงาน ตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2536 – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2539 ผลการดำเนินงานโครงการ พบว่า กิจกรรมพัฒนาองค์กรทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ ระหว่างหน่วยงานดีขึ้น และทำให้เกิดการยอมรับการใช้แนวคิด CQI การอบรมพฤติกรรมบริการ ทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ใช้บริการประทับใจมากขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2541)

จากผลดีที่ได้จากโครงการวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพดังกล่าว ได้มีการขยายผลไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โดยต่อมาในปี พ.ศ. 2540 ได้กำหนดนโยบาย “โรงพยาบาลคุณภาพ” ไว้ในแผนงานรองพัฒนาคุณภาพบริการ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) โดยกองโรงพยาบาลภูมิภาคเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง ได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลคุณภาพภายในปี พ.ศ. 2544 โดยการนำหลักการและวิธีการตามแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มาเป็นกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน และมุ่งหวังให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทำหน้าที่เป็น พี่เลี้ยงในการพัฒนาให้กับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยต่อไป (วิฑูร แสงสิงแก้ว, 2538)

การดำเนินงานตามนโยบาย “โรงพยาบาลคุณภาพ” พบว่า มีการขยายผลไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น จำนวน 52 แห่ง ดังนี้

การพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวคิด TQM ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ปีงบประมาณ	จำนวน/โรงพยาบาล	รายชื่อโรงพยาบาล	หมายเหตุ
2536-37	8	1. ร.พ.สมุทรปราการ 2. ร.พ.สระบุรี 3. ร.พ. พระพุทธบาท 4. ร.พ.บ้านหมี่ 5. ร.พ.โพธาราม 6. ร.พ.สมุทรสาคร 7. ร.พ.นพรัตนราชธานี 8. ร.พ.เลิศสิน	ร.พ. โครงการ นำร่อง
2538	9	1. ร.พ.ขอนแก่น 2. ร.พ.ศรีสะเกษ 3. ร.พ.กาฬสินธุ์ 4. ร.พ.สิงห์บุรี 5. ร.พ.อินทร์บุรี 6. ร.พ.ยโสธร 7. ร.พ.อุดรดิตถ์ 8. ร.พ.ชุมพร 9. ร.พ.ประจวบคีรีขันธ์	
2539	13	1. ร.พ.นั้งเกล้า 2. ร.พ.เสนา 3. ร.พ.ระยอง 4. ร.พ.ดำเนินสะดวก 5. ร.พ.นครปฐม 6. ร.พ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า 7. ร.พ.อำนาจเจริญ 8. ร.พ.น่าน 9. ร.พ.สุราษฎร์ธานี 10. ร.พ.มหาสารคามศรีธรรมราช 11. ร.พ.ยะลา 12. ร.พ.ปัตตานี 13. ร.พ.สงขลา	
2540	9	1. ร.พ. นครพิงค์ 2. ร.พ. เชียงรายประชานุเคราะห์ 3. ร.พ. อุดรธานี 4. ร.พ. สุโขทัย 5. ร.พ. อุทัยธานี 6. ร.พ. พิจิตร 7. ร.พ. หนองคาย 8. ร.พ.เบตง 9. ร.พ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	
2541	13	1. ร.พ.สวรรค์ประชารักษ์ 2. ร.พ.แพร่ 3. ร.พ. เชียงคำ 4. ร.พ.ปทุมธานี 5. ร.พ.ศรีสังวาลย์ 6. ร.พ.ระนอง 7. ร.พ.สุโขทัย 8. ร.พ.ร้อยเอ็ด 9. ร.พ. กำแพงเพชร 10. ร.พ.นราธิวาส 11. ร.พ.พัทลุง 12. ร.พ.หาดใหญ่ 13. ร.พ.เจ้าพระยายมราช	

ที่มา : กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข, 2541

2.5 กระบวนการดำเนินงานการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมในโรงพยาบาลรัฐ

องค์กรที่ประสบความสำเร็จในการนำ TQM ไปใช้ มีการดำเนินงานดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536)

1. สร้างภาพฝันขององค์กร
2. การวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูล
3. ใช้กระบวนการแก้ปัญหา
4. การใช้โครงการนำร่อง
5. ให้การศึกษาและฝึกอบรม
6. การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ถาวร

ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลในการปรับปรุงคุณภาพบริการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย (ชาติรี บานชื่น, 2541)

1. เริ่มจากการเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม (TQM) และวิทยากรจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นำโดยนายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล มาให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางของโรงพยาบาล จากนั้น กิจกรรมแรกที่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางทำร่วมกัน คือ การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม (Common Vision) เพื่อกำหนดทิศทางของโรงพยาบาลในอนาคตร่วมกัน โดยการจัดสัมมนาผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าตึก หัวหน้างาน แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร โดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control)

กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) เป็นวิธีการและเทคนิคในการเอาคนที่ทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบ เข้ามาประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) จะดำเนินการใน 3 ขั้นตอน (ประเวศ วะสี และไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม, 2537)

ขั้นที่ 1 A (Appreciation) คือ การทำให้ทุกคนให้การยอมรับและชื่นชมคนอื่นโดยไม่รู้สึกรังหรือแสดงการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ ทุกคนจะมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกัน โดยใช้ข้อเท็จจริง เหตุผล และความรู้สึกตามที่เป็นอย่างจริง เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับจากคนอื่น จะ

ทำให้มีความรู้สึกที่ดี มีความอบอุ่นและเกิดพลังร่วมในที่ประชุม ในขั้นนี้จะเป็นการใช้จินตนาการ (Imagination) ช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ (Vision) และเมื่อนำวิสัยทัศน์ของแต่ละคนมารวมกันกลายเป็นวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) หรืออุดมการณ์ร่วม (Shared Ideal) ซึ่งได้แก่ สิ่งที่ยิ่งปรารถนาอย่างสูงสุดร่วมกัน

ขั้น 2 (Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกัน กำหนดวิธีการหรือยุทธศาสตร์ที่จะบรรลุวิสัยทัศน์ร่วมนั้น

ขั้นที่ 3 (Control) คือ การนำวิธีการสำคัญมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) กำหนดเป้าหมาย วิธีการหรือขั้นตอนการปฏิบัติ กำหนดเวลา ผู้รับผิดชอบ และงบประมาณการร่วมกันคิดแผนปฏิบัติการเป็นการกำหนดข้อผูกพัน (Commitment) ให้ตนเองเพื่อควบคุม (Control) ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน รวมถึงการกำหนดข้อผูกพันเฉพาะตัว (Personal Commitment) ได้อีกด้วย

กระบวนการ AIC จะสร้างพลังสร้างสรรค์ขึ้นเมื่อฝ่ายต่าง ๆ เข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันด้วยความรักความเมตตา เป็นการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spintual Development) เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากการทำงาน (Interactive learning through action) จึงจะทำให้การพัฒนาเกิดความสำเร็จ

ภายหลังจากการร่วมทำกิจกรรม AIC จะได้วิสัยทัศน์ร่วมของโรงพยาบาล วิสัยทัศน์ คือ ภาพอนาคตที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (ประวิทย์ จงวิศาล, 2538) วิสัยทัศน์ที่ดีควรมีคุณสมบัติ 5 ประการ คือ มีมุมมองแห่งอนาคต (Future Perspective) ริเริ่มโดยผู้นำ (Leader Initiated) ผู้ตามมีส่วนร่วมคิดและให้การสนับสนุน (Shared & Supported) มีสาระครอบคลุมครบถ้วนและชัดเจน (Comprehensive & Clear) และให้ความหวังและพลังจิตใจ (Positive & Inspiring) (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540)

2. แปรหลักการสู่ภาคปฏิบัติโดยผู้นำ

2.1 ในทางปฏิบัติเริ่มต้นด้วยการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและคณะทำงาน

2.2 อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ TQM แก่กลุ่มแกนนำและผู้บริหารระดับกลาง เพื่อนำไปเผยแพร่ต่อทีมงาน

2.3 ชักชวนและจูงใจทีมงานที่ได้รับการเผยแพร่ความรู้ดังกล่าวเข้ามาร่วมงานเป็นกลุ่มคุณภาพงานนำร่อง

2.4 กลุ่มคุณภาพงานนำร่องปฏิบัติงาน ด้านการปรับปรุงคุณภาพบริการ ตลอดเวลาดำเนินงานจะได้รับการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ

2.5 เสนอผลงานที่กลุ่มนำร่องปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จ เพื่อถ่ายทอดไปยังสมาชิกอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาล และสนใจเข้ามาร่วมปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน โดยแกนนำ จะขยายผลด้วยการชักชวนให้มีการจัดตั้งกลุ่มคุณภาพงานใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น โดยปลูกฝังวิธีการพัฒนาคุณภาพงานได้ถูกสอดแทรกเข้าไปในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งกลายเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ

2.6 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงาน เปิดโอกาสให้กลุ่มคุณภาพงานเสนอผลงานเป็นระยะ ๆ รวมถึงการติดตามผล พิจารณาให้รางวัลและความดีความชอบเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจเป็นระยะ ๆ

2.6 การจัดการคุณภาพโดยองค์รวมในโรงพยาบาลรัฐ

หลักการและแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ที่กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรัฐ ได้ยึดหลักการดำเนินงานตามแนวคิดของ Deming ซึ่งเชื่อว่า การที่บุคลากรทุกคนปฏิบัติงานดีที่สุดในไม่เพียงพอ แต่ทุกคนจะต้องรู้ว่าทำอะไร และต้องเรียนรู้ซึ่งกันและกันตลอดเวลา หลักการบริหาร 14 ประการ ของเดมิง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) ซึ่งพอสรุปได้เป็น 4 หลักการใหญ่ ๆ คือ

1. การยึดลูกค้าเป็นหลัก
2. หลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพบริการ
3. การมีส่วนร่วมของบุคลากร
4. หลักกลยุทธ์ของผู้บริหาร

1. การยึดลูกค้าเป็นหลัก (Customer Orientation)

แนวคิดตามหลักการบริหารของเดมิ่ง ข้อที่ 2 ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ปรัชญาใหม่ ที่แสวงหาการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง และยึดถือความพึงพอใจของลูกค้าเป็นความสำคัญอันดับแรก เน้นถึงการให้ความสำคัญกับลูกค้า ลูกค้า คือ ผู้ที่ได้รับผลจากการทำงานของเรา ซึ่งลูกค้าของโรงพยาบาลมีทั้งลูกค้าภายนอก หมายถึง ผู้ใช้บริการหรือผู้ที่มาติดต่อกับโรงพยาบาล และลูกค้าภายใน หมายถึง บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งทุกคนต่างก็เป็นลูกค้าของกันและกัน ดังนั้น หน้าที่ของทุกคน คือการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า ผู้ให้บริการจะสามารถรับรู้ถึงความต้องการของลูกค้าได้โดยสำรวจข้อมูลจากการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการ และให้กรอกแบบประเมินตัวรับความคิดเห็นจากลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ และการสำรวจชุมชน

2. หลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพบริการ

หลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพบริการ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับระบบ ความรู้เกี่ยวกับความแปรปรวน ความรู้ทางจิตวิทยา ทฤษฎีความรู้ และหลักการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับระบบ (Knowledge of System) คือ การมองโรงพยาบาลเป็นระบบหนึ่งที่มีเป้าหมาย ประกอบด้วยแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกันเป็นหนึ่งเดียว กิจกรรมของส่วนใดส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อกิจกรรมในส่วนอื่น ๆ ด้วย โดยระบบทุกระบบมีลักษณะร่วม คือ มีเป้าหมายมีผลลัพธ์ มีการใช้ทรัพยากรและมีกระบวนการ

2.2 ความรู้เกี่ยวกับความผันแปร (Knowledge of Variation) ความผันแปรเป็นส่วนหนึ่งของทุกระบบหรือทุกระบวนการ การศึกษาเกี่ยวกับความผันแปร เป็นการศึกษาให้ทราบถึงสาเหตุ เพื่อลดความแปรปรวนทำให้คุณภาพของผลงานดีขึ้น ซึ่งสาเหตุของความผันแปร มี 2 ประการคือ สาเหตุทั่วไป (common cause) เป็นส่วนที่แฝงอยู่ในระบบตลอดเวลา มีผลต่อผลลัพธ์ทุกขั้นตอนของกระบวนการให้บริการ การแก้ไขต้องเปลี่ยนแปลงที่ระบบโดยผู้บริหารร่วมมือกับผู้ปฏิบัติ และสาเหตุเฉพาะ (special cause) จะเกิดเฉพาะในสถานการณ์พิเศษ แก้ไขได้

โดยคนที่อยู่ในระบบ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับความผันแปร จะสนับสนุนหลักการบริหารของเดมิงข้อ 3 คือ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับจุดประสงค์ของการตรวจสอบว่าเป็นไปเพื่อการปรับปรุงกระบวนการทำงานและลดค่าใช้จ่าย

2.3 ความรู้ทางจิตวิทยา (Knowledge of Psychology) เป็นการเข้าใจพฤติกรรมบุคคลเพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรบุคคลได้อย่างเหมาะสม

2.4 ทฤษฎีความรู้ (Theory of Knowledge) หมายถึง ความเข้าใจในการเชื่อมโยงทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน เพื่อการพยากรณ์ (prediction) และประเมินผล (evaluation) การปฏิบัติการให้บริการ

การได้มาซึ่งความรู้ดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับหลักการบริหารของเดมิงข้อ 6 คือ ให้ความสำคัญแก่การฝึกอบรม และหลักการบริหารของเดมิงข้อ 13 คือ กระตุ้นการศึกษาและการปรับปรุงตนเองของทุกคน โดยการให้การศึกษา อบรม และฝึกฝนแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และการสนับสนุนการศึกษาด้วยตนเอง ในเรื่องเครื่องมือและวิธีการของการจัดการคุณภาพโดยรวม รวมทั้งการปฏิบัติงานจริงและการตัดสินใจเป็นกลุ่ม

2.5 หลักการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน (Planned Change) การปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน ซึ่งอาศัยการทำงานผ่านวงจรเดมิง (PDCA cycle) ซ้ำแล้วซ้ำเล่า คือ การวางแผนแก้ปัญหา (Plan) ประกอบด้วย การหาโอกาสพัฒนา การทำความเข้าใจระบบประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน วิเคราะห์สาเหตุ และวิเคราะห์ทางเลือก การลงมือแก้ปัญหา (Do) โดยการทดลองปฏิบัติตามทางเลือก การตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) และการปรับปรุงแก้ไข (Action) เป็นการทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐานรวมทั้งวางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เดมิง ได้ให้ความสำคัญเรื่องการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน ตามหลักการบริหารของเดมิงข้อ 5 คือ มีการปรับปรุงกระบวนการผลิตบริการหรือการให้บริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป

จะเห็นได้ว่าหลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางดำเนินการตามหลักการบริหารของเดมิงข้อ 4 คือ เลิกการตัดสินใจทางธุรกิจโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว แต่จะคำนึงถึงคุณภาพตั้งแต่กระบวนการผลิต ซึ่งใช้ปฏิบัติกับผู้ส่งมอบภายนอกหรือผู้จัดหาวัตถุดิบสำหรับการให้บริการของโรงพยาบาลได้ด้วย

3. การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Employee Involvement)

ทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในองค์การ เพราะเป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง การพัฒนาพฤติกรรม เจตคติ และค่านิยมใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นในบุคลากร การเรียนรู้ความแตกต่างของแต่ละบุคคล เรียนรู้ความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละคนและความแตกต่างของแรงจูงใจ ดังนั้น การดำเนินงานตามหลักการบริหารของเดมिंगข้อ 8 คือ การขจัดความหวาดกลัว สร้างความเชื่อมั่น สร้างบรรยากาศให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งถ้าผู้ปฏิบัติงานกลัวการถูกตำหนิ จะทำให้ข้อมูลข่าวสารที่ไปถึงผู้บริหารลดลงทั้งจำนวนและคุณภาพ จะช่วยให้ผู้นำสามารถใช้ทรัพยากรบุคคลได้อย่างเหมาะสม การให้อำนาจการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติ การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมโดยการทำงานเป็นทีม ตามหลักการบริหารของเดมिंगข้อ 9 คือ การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เป็นการใช้พลังสมองของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับกระบวนการนั้นที่สุด เพื่อลดความผันแปรของคุณภาพบริการ รวมทั้งเป็นการลดอุปสรรคของการทำงานระหว่างหน่วยงานด้วยการสร้างทีมงานคร่อมสายงาน (Cross-functional team) ส่วนการพัฒนากระบวนการต้องมีการกำหนดเป้าหมาย มีเครื่องมือและวิธีการที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จ จะเป็นแนวทางไปสู่หลักการบริหารของเดมिंगข้อ 10 คือ ขจัดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน

4. หลักกลยุทธ์ของผู้บริหาร

การจัดการคุณภาพโดยรวม เริ่มต้นที่ผู้บริหารสูงสุด การพัฒนาคุณภาพบริการจะสำเร็จได้สูงสุดถ้าผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง มีการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ เทคนิคและวัฒนธรรมที่จำเป็น มีการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม (common vision) ที่ชัดเจน ตามหลักการบริหารของเดมिंगข้อ 1 คือ สร้างเป้าหมายและเจตจำนงขององค์การให้เป็นลายลักษณ์อักษร สื่อสารให้ทุกคนทราบ และผู้บริหารต้องแสดงให้เห็นถึงการทุ่มเทต่อเป้าหมายอย่างจริงจังสม่ำเสมอ และหลักการบริหารของเดมिंगข้อ 11 คือ ขจัดโควด้าการผลิตที่เป็นตัวเลขโดยเน้นที่คุณภาพ และเลิกใช้การจัดการโดยวัตถุประสงค์ ผู้บริหารต้องเรียนรู้ความสามารถของกระบวนการและวิธีการพัฒนากระบวนการที่เหมาะสม การลงมือปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมและถือเป็นงานของทุกคนเป็นหลักการบริหาร

ของเดมิงข้อ 14 จะช่วยให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลสำเร็จได้ตามจุดมุ่งหมาย แต่ความสำเร็จดังกล่าว ไม่ได้เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของผู้บริหารระดับสูงเพียงคนเดียวเท่านั้น (Wright, Pringle และ Kroll, 1994 : 212 อ้างถึงใน นริศา สฐิตะธรรมานนท์, 2540) ดังนั้น หลักการบริหารของเดมิงข้อ 7 คือ ผู้บริหารกระตุ้นให้เกิดภาวะผู้นำทั้งโรงพยาบาล โดยเฉพาะในระดับหัวหน้างานทั้งหมด เพื่อการเป็นแบบอย่าง เป็นผู้สอน แนะนำ และให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน จึงเป็นส่วนส่งเสริมให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมได้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการใน 4 กิจกรรม คือ

1. การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม (Common Vision)
2. การอบรมพฤติกรรมสู่ความเป็นเลิศในบริการ (Excellent Service Behavior : ESB)
3. กิจกรรมการพัฒนาองค์กร (Organization Development : OD)
4. กิจกรรมปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ การหาโอกาส การทำครามเข้าในระบบ ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน วิเคราะห์สาเหตุ วิเคราะห์ทางเลือก การทดลองปฏิบัติตามทางเลือก ศึกษาผลการปฏิบัติงาน ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน และวางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2539)

3. แนวคิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

จากสภาพปัจจุบัน ผู้บริโภคขาดข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีทิศทางการพัฒนาคุณภาพแตกต่างกัน ผู้บริหารมอบความรับผิดชอบด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ประกอบวิชาชีพ และมีความเสี่ยงอยู่ทั้งในตัวระบบและตัวผู้ประกอบวิชาชีพ เนื่องจากขาดระบบที่จะตรวจสอบตนเอง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

3.1 ความหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) หมายถึง การประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอกว่าโรงพยาบาลมีระบบงานที่เป็นมาตรฐาน และมีระบบการตรวจสอบตนเองที่น่าไว้วางใจ

การรับรองคุณภาพไม่ได้รับรองว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ การรับรองว่า โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ มีระบบป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ สังคม มีระบบประกันคุณภาพที่ดี มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีระบบตรวจสอบตนเองที่น่าเชื่อถือ มีการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ มีการทำงานเป็นทีม และมีการนำองค์กรที่มีประสิทธิภาพ และมีทรัพยากรเพียงพอ เหมาะสมกับภาระงาน

3.2 แนวคิดของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1. การรับรองคุณภาพ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจของโรงพยาบาลไม่ใช่การบังคับ แต่เป็นส่วนที่เสริมข้อกำหนดในกฎหมายหรือกฎกระทรวงซึ่งสถานพยาบาลต่าง ๆ จะต้องปฏิบัติ เพื่อพัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นเลิศ

2. การรับรองคุณภาพ เป็นการแสดงให้เห็นความรับผิดชอบต่อสังคม (Social accountability) ซึ่งเปิดโอกาสให้บุคคลภายนอกเข้าไปดูระบบงานภายในโรงพยาบาล

3. การรับรองคุณภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน ตั้งแต่หาโอกาสพัฒนา การดำเนินการพัฒนา การประเมินตนเอง และการประเมินโดยบุคคลภายนอก

4. ผู้ที่จะตรวจสอบ ประเมิน ระบบงานและผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลได้ดีที่สุด คือผู้ประกอบวิชาชีพภายในด้วยตนเอง ผู้ประเมินภายนอกทำหน้าที่พิจารณาว่า ระบบการตรวจสอบตนเองนั้นน่าเชื่อถือหรือไม่ มีหลักฐานสนับสนุนผลการประเมินภายในหรือไม่

5. ขั้นตอนที่สำคัญของกระบวนการนี้ คือ การประเมินและพัฒนาตนเอง ส่วนการประเมินและรับรองจากภายนอกนั้นเป็นเพียงจุดเล็ก ๆ ในกระบวนการทั้งหมดเท่านั้น
6. คุณภาพเกิดจากการมีใจมุ่งมั่นที่จะสร้างผลงานที่มีคุณภาพของสมาชิกทุกคนในหน่วยงาน พร้อมทั้งจะร่วมมือประสานกันในการบริการและการพัฒนา โดยมุ่งเน้นผลประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับว่า เป็นสิ่งสำคัญที่สุด
7. การพัฒนาคุณภาพ คือ การเปลี่ยนแปลงวิธีการคิด พฤติกรรมและวัฒนธรรมขององค์กรมากกว่าที่จะเป็นการทำโครงการเฉพาะกิจหรือมุ่งเน้นที่งานเอกสารแต่อย่างเดียว

3.3 กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1. โรงพยาบาลกำหนดมาตรฐานการทำงาน สร้างระบบตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement)
2. โรงพยาบาลประเมินตนเองตามกรอบมาตรฐานที่กำหนดไว้
3. ประเมินโดยองค์กรภายนอก
ซึ่งความสำคัญอยู่ที่การพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล มากกว่าการประเมินจากภายนอก

3.4 ประโยชน์ของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1. สังคม เกิดความเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลมีระบบการทำงานที่ไว้วางใจได้
2. ผู้ป่วยและญาติ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน
3. ผู้บริหาร สบายใจในการบริหาร มีเวลาคิดพัฒนา
4. ผู้จ่ายเงิน มีข้อมูลในการคัดเลือกโรงพยาบาล หรือพิจารณาระดับการจ่ายเงิน
5. ผู้ปฏิบัติงาน ความเสี่ยงลดลง ทำงานง่ายขึ้น บรรยากาศในการทำงานดี ทำในสิ่งที่ฝัน ภูมิใจในหน่วยงาน

เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการผู้ป่วยในมี 9 ข้อ ดังนี้

INP.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนด ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดการบริการผู้ป่วยในเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

INP.2 การจัดการและการบริหาร

มีการจัดการและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยใน ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยในได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

INP.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะของงานของบริการผู้ป่วยใน / กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

INP.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยในอย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพ

INP.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยใน ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.8 ระบบงาน / กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน / กระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

INP. 9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินผลและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยใน โดยการทำงานเป็นทีมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

INP.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนด ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดการบริการผู้ป่วยในเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

INP.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการผู้ป่วยใน สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

INP.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้ และสามารถวัดได้

INP.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยในไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

INP.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการผู้ป่วยใน และทราบบทบาทของตนเอง

INP.2 การจัดการและการบริหาร

มีการจัดโครงสร้างองค์การบริหารเพื่อให้บริการผู้ป่วยใน ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.2.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน / บริการ ชัดเจนและเหมาะสม

INP.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้

INP.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

INP.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

INP.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

- INP. 3 **การจัดการทรัพยากรบุคคล**
 มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยในได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้
 อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- INP.3.1 **การจัดกำลังคน**
- INP.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอ และเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้าน
 ปริมาณ และคุณภาพ
- INP.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินผลความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับ
 ปริมาณงานอย่างเป็นระบบ
- INP.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติ
 งานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- INP.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนัก
 เรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล
- INP. 4 **การพัฒนาทรัพยากรบุคคล**
 มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่
 สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ
- INP.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- INP.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน / บริการ
- INP.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ
- INP.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่าง
 สม่ำเสมอ
- INP.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผล
 กระทบต่อการดูแล / บริการแก่ผู้ป่วย

INP. 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานดูแลผู้ป่วยใน / กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

INP.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย / วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

INP.5.2 นโยบาย / วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

INP.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

INP.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

INP.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

INP.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

INP.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

INP.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

INP.5.3 เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบต่อ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย / วิธีปฏิบัติ

INP.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

INP. 6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยในอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการหรือหน่วยงานมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

INP.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

INP.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่าง และอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

- INP.6.4 สถานที่ตรวจ / รักษา / ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น
- INP.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่
- INP.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก
มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อ
ให้บริการผู้ป่วยใน ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- INP.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก / ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการ
บริการ
- INP.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน
- INP.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี
- INP.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้
ตลอดเวลา
- INP.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
- INP.7.5 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา
- INP.8 ระบบงาน / กระบวนการให้บริการ
มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้ป่วยใน ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน
วิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
- INP.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่าง ๆ
- INP.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- INP.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- INP.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนอง
ความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
- INP.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่
ยอมรับว่าดีที่สุดในภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม

- INP.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ตรงระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- INP.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด
- INP.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- มีกิจกรรมติดตามประเมินผลและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยใน โดยการทำงานเป็นทีมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- INP.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยใน โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ / ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน
- INP.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย
- INP.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง ของผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือบุคคล / หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- INP.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูล และสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ
- INP.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษา และบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง
- INP.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์ และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ ๆ
- INP.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ
- INP.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

NP.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

INP.9.3.1 มีกระบวนการ ที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guide) ของโรงพยาบาล

INP.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

4. แนวทางปฏิบัติงานของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลทั่วไป

ในระบบการบริหารสาธารณสุขของประเทศไทยนั้น โรงพยาบาลทั่วไปในสายการสนับสนุนของโรงพยาบาลภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2525)

1. ให้บริการสาธารณสุขในระดับ Primary Medical Care, Secondary Medical Care และ Tertiary Medical Care โดยให้บริการผสมผสาน (Integrated Service) ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่งส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ และยังให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง และพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2. ให้การศึกษาฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่ำกว่าและสูงกว่าปริญญาตรี ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนให้บริการฝึกอบรมแก่ประชาชนให้มีความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย

3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการวิจัยด้านสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์แก้ไขปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทั้งชาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

4. ให้การสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุขในระดับรอง คือ ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

การจัดแบ่งงานโรงพยาบาลทั่วไป แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มบริหารจัดการ ประกอบด้วยงานที่เป็นส่วนช่วยสนับสนุนให้งานของกลุ่ม เทคนิคเฉพาะทางและกลุ่มอื่น ๆ ดำเนินการไปได้ตามเป้าหมาย

2. กลุ่มเทคนิคเฉพาะทาง ประกอบด้วยลักษณะงานที่ปฏิบัติในเชิงวิชาชีพ หรือวิชาการเฉพาะทางที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญงานในการปฏิบัติ หรือเป็นกลุ่มสายงานหลักตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่เทคนิคเกี่ยวข้องกับการแพทย์ และสาธารณสุข เช่น งานในลักษณะเวชกรรมทั่วไป อายุรกรรม ศัลยกรรม พยาธิวิทยา รังสีวิทยา เป็นต้น

3. กลุ่มที่มีลักษณะผสมผสานระหว่างงานบริหารจัดการ และงานเทคนิคเฉพาะทาง และมีหน้าที่เป็นแกนกลาง หรือตัวประสานงานและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มงานอื่น ๆ ให้ดำเนินไปตามเป้าหมาย เช่น ลักษณะงานของฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายโภชนาการ และฝ่ายเวชกรรมสังคม เป็นต้น

โรงพยาบาลทั่วไป

- เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 500 เตียง
- มีขีดความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลรองลงมาจากโรงพยาบาลศูนย์ รับผิดชอบในการให้บริการแก่ประชาชนในเมือง และชนบทถัดจากโรงพยาบาลชุมชน
- ส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในตัวเมือง หรืออำเภอขนาดใหญ่ที่มีความสำคัญของทางด้านเศรษฐกิจ

- มีลักษณะการให้บริการแบบผสมผสาน คือ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ในสัดส่วนที่เหมาะสมตามศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
- ให้บริการทางด้านวิชาการและฝึกอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ รวมทั้งงานด้านการศึกษาวิจัยทางเทคนิค และงานวิจัยบริการสาธารณสุข

โรงพยาบาลชุมชน

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 10 เตียง ไปจนถึง 150 เตียง เป็นศูนย์บริการทางด้านการรักษาพยาบาล การชันสูตรโรค และการส่งเสริมสุขภาพภายใน ระดับอำเภอหรืออำเภออื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายและมีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานในเขตพื้นที่บริเวณรอบที่ตั้งโรงพยาบาลซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ 10,000 คน เป็นหน่วยงานขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีนายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเป็นหัวหน้าหน่วยงาน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปลายสุดที่มีแพทย์ประจำขณะนั้นจึงควรให้บริการสาธารณสุขทุกด้านแก่ชุมชนดังนี้ (วิศิษฎ์ พิชัยสนิท, 2532)

1. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัว การอนามัยโรงเรียน การโภชนาการ และการสุขศึกษา เป็นต้น
2. ให้การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารับการรักษาทันทีทั้งทางกายและจิต รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่บ้าน ออกหน่วยเคลื่อนที่และรักษาทางวิทยุ
3. ให้บริการด้านสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย และชุมชน
4. ให้บริการและดำเนินงานสุขภาพีบาลและป้องกันโรค
5. ให้บริการชันสูตรสาธารณสุข ทั้งภายในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ

6. จัดระบบข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการวิเคราะห์และวางแผน
7. สนับสนุนและนิเทศงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบทางด้านวิชาการ และอื่น ๆ
8. จัดดำเนินงานตามระบบรับส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาต่อ ให้มีประสิทธิภาพ
9. ศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อให้มีการพัฒนาการทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข
10. ดำเนินการพัฒนามูลากรโดยการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอื่น ๆ
11. วางแผนปฏิบัติงานและประเมินผล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พนิดา คำยุ (2538) ได้ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล และการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่อคุณภาพที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างประชากร เป็นผู้ป่วยจำนวน 362 คน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 11 คน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล และการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยพบว่า การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยสูงกว่าคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวังจากพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ สกาวดี ดวงเด่น (2538) ได้ศึกษาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยคาดหวัง และที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังของผู้ป่วย โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร

วารี วณิชปัญญาพล (2539) ได้ศึกษาความคาดหวังของผู้ป่วย ต่อบริการพยาบาล และการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาล ต่อความคาดหวังของผู้ป่วยนอก จำนวน 400 คน ผู้ป่วยในจำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งปรับปรุงจาก มาตรฐานเชิงกระบวนการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวัง ต่อบริการ กับการรับรู้บริการภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับบริการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่าผู้ป่วยนอก มีความไม่

พึงพอใจ อยู่ในระดับมากทุกมาตรฐาน และผู้ป่วยในไม่มีความไม่พึงพอใจในระดับปานกลางทุกมาตรฐาน

สมจิตร พิริยะประภากุล (2539) ได้ศึกษาการวิเคราะห์การบริหารทางการพยาบาลตามแนวคิดการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์การ : การศึกษาเฉพาะกรณี กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า การวิเคราะห์ด้านการบริการพยาบาล ผู้ให้บริการรายงานว่ามีการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ผู้ใช้บริการก็รายงานว่าได้รับการบริการอยู่ในระดับมากเช่นกัน ค่าเฉลี่ยกิจกรรมการให้บริการตามการรายงานของผู้ให้บริการจำแนกตามหอผู้ป่วยในและหน่วยงานทั่วไป พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยกิจกรรมการให้บริการตามการรายงานของผู้ใช้บริการจำแนกตามหอผู้ป่วยในและหน่วยงานทั่วไป ก็พบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับ .05 ผู้ใช้บริการเสนอแนะให้เพิ่มคำอธิบายแก่ผู้ป่วย ให้บริการที่สะดวกและรวดเร็ว เพิ่มการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย และดูแลความสะอาดรวมทั้งปรับปรุงเครื่องมือเครื่องใช้ในหอผู้ป่วย

ดาบทิพย์ ฐิติพงษ์พานิช (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารคุณภาพโดยรวมระดับปานกลาง มีเจตคติระดับสูง และยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมในระดับสูง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม พบว่า อายุราชการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และเจตคติอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และเจตคติอยู่ในระดับต่ำ และปัจจัยจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารคุณภาพโดยรวมมีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมมากที่สุด และเจตคติเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมมากที่สุด ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงานการอบรมไม่ทั่วถึง และขาดปัจจัยสนับสนุน

องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมยุรี จิระวิเศษภูฏ (2540) การวิจัยประเมินผลโครงการนำร่อง การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM ผลการศึกษาพบว่า คณะผู้รับผิดชอบโครงการ ฯ ได้ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยการให้การฝึกอบรม และวางโครงการสร้างเพื่อให้มีการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาลอย่างไรก็ตามโรงพยาบาลในโครงการ ฯ มีระดับความก้าวหน้าในการพัฒนาแตกต่างกัน จัดอยู่ในกลุ่มก้าวหน้าอย่างค่อย

เป็นค้อยไป ทั้งนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างดังกล่าว ได้แก่ ความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องของผู้นำระดับสูง และระดับกลาง ระบบข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร และการแปลงสู่แผนปฏิบัติการ การพัฒนาและการบริหารบุคลากรให้ความรู้ในการใช้เครื่องมือ และการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลโดยตรง ซึ่งส่งผลให้ชัดเจนกว่าในระดับองค์กร และมีผลต่อผู้รับบริการโดยตรง นอกจากนี้บุคลากรในทั้งโรงพยาบาล 2 กลุ่ม ยังมีความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาคุณภาพสถานะของโรงพยาบาล ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ TQM ตลอดจนผลลัพธ์ต่อบริการและโรงพยาบาล ในระดับที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่สำคัญที่สุด 3 ประการที่ตามมาส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM ได้แก่ การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน การมีผู้บริหารที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง และการฝึกอบรม TQM

สมทรง ถึงแก้ว (2540) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านคิวซีในโรงพยาบาลมะเร็ง พบว่า QC เป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งจากหลาย ๆ เครื่องมือที่ช่วยให้นักบุคลากรสามารถใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ในการสร้างสรรค์ผลงานคุณภาพให้เกิดประโยชน์ของตนเอง และหน่วยงาน QC ช่วยให้นักบุคลากรคิดและทำอย่างเป็นระบบมีผลงานเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมได้ชัดเจน ทำให้คุณภาพการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดีและมีพัฒนาขึ้น

อุไร ชำนาญคำ และคณะ (2540) ศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรและความพึงพอใจในบริการของผู้มารับบริการหลังนำ คิว.ซี. มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลยโสธร พบว่า ผู้มารับบริการจะมีความพึงพอใจในการรับบริการในระดับมาก ในด้านความสะอาด ด้านมนุษยสัมพันธ์ ด้านอุปกรณ์การรักษา ด้านคุณภาพบริการ ด้านการประสานงาน และด้านข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากบริการ และผู้รับบริการที่มีอาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานที่ที่ผู้รับบริการหรือครอบครัวไปใช้บริการมากที่สุด แผนกที่มารับบริการรักษาพยาบาลครั้งนี้ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมาโรงพยาบาล และเวลาที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้รับบริการที่มีอาชีพเกษตรกรมีความพึงพอใจมากกว่าอาชีพรับราชการ อาชีพลูกจ้างเอกชน มีความพึงพอใจมากกว่าผู้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,001 บาทขึ้นไป ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจมากกว่าแผนกผู้ป่วยใน

อาริยา สัพพะเลข และคณะ (2540) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสุโขทัย-ลา ดำเนินการพัฒนาโดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผสมผสานกับแนวคิดการพัฒนาบริการแนวใหม่เพื่อหากระบวนการพัฒนาอันจะนำไปสู่รูปแบบการพัฒนาแบบยั่งยืนต่อไป โดยมีขั้นตอนดำเนินการหลัก ๆ 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาหารือกับชุมชน 2) การเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของสมาชิกในชุมชน 3) ร่วมวางแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ 4) ร่วมปฏิบัติการพัฒนาตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผลการดำเนินการพัฒนาฯ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในทางบวกทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และระบบงาน พบว่าผู้ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีความพึงพอใจในบริการมากขึ้น

พัชรี ทองแผ่ (2540) ได้ศึกษาคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน เขต 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนดีเด่น จำนวน 2 โรง ผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป จำนวน 2 โรง ได้กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 390 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 780 คน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนดีเด่น และโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ไม่พึงพอใจ

Enksen R. Lillian (1987) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลผู้ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพเชิงกระบวนการกับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kovnen, A.R. and Smiths, H.L. (1978 quoted in Bopp D. Kenneth, 1990) ได้ศึกษาพบว่า ผู้รับบริการพยาบาลไม่มีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางการพยาบาลที่จะประเมินคุณภาพเชิงวิชาชีพ ดังนั้นผู้รับบริการพยาบาลจึงประเมินคุณภาพบริการพยาบาลใน 2 ลักษณะด้วยกันคือ ประเมินคุณภาพในขณะที่ตนมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลผู้ให้บริการ และประเมินคุณภาพจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้ง 2 อย่างนี้ พยาบาลให้ความสำคัญน้อยมาก

Wooley et al. (1978 quoted in Bopp C. Kenneth, 1990) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 2 ใน 3 มีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล แม้ว่าจะรักษาไม่หายหรือการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จก็ตาม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแบบแผนการรับรู้แตกต่างจากพยาบาลผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยประเมินคุณภาพบริการตามการรับรู้ของตน ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สูงก็จะประเมินว่าคุณภาพดีแล้ว

Bopp D. Kenneth (1990) ได้ศึกษาคุณภาพบริการเชิงการแสดงออก (Expression Quality) ในโรงพยาบาลขนาด 394 เตียง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมาจาก แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม ผิวหนัง หู คอ จมูก และเด็ก จำนวน 453 คน เครื่องมือแบบสอบถาม พบว่า ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการนั้น ผู้ให้บริการมักให้ความสำคัญแก่คุณภาพเชิงการแสดงออกน้อยกว่าผู้ป่วย

Lynn (1991) ได้ศึกษา การนำแนวคิดด้านคุณภาพของ Deming ไปใช้ในสถานบริการสุขภาพ โดยนำไปใช้ใน Brazosport Memmorial Hospital ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในชุมชน มีขนาด 165 เตียง ตั้งอยู่ใน Lake Jackson รัฐ Texas หลักที่ใช้ในการดำเนินงานมี 3 ประการ คือ การมุ่งเน้นคุณภาพ (Quality Orientation) การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Process Improvement) และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน (Total Employee Involvement) พบว่า ความท้าทายในการดำเนินงาน มี 2 ประการ คือ การนำแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมมาใช้ในวงการแพทย์ เป็นเรื่องยาก แต่ทำให้เกิดแนวคิดด้านกระบวนการคุณภาพทั้งในแนวคิดและการใช้เหตุผลมาอ้างอิง ประการที่สอง ทีมปฏิบัติงานด้านคุณภาพมีความซับซ้อนมาก เนื่องจากโครงสร้างของโรงพยาบาลเป็นแบบแมทริกซ์ (complex matrix hospital structure) ทีมงานจะต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

Churchill (1992) ศึกษาเกี่ยวกับบุคลากรในองค์การคือลูกค้าขององค์การ โดยศึกษาในองค์การบริการสุขภาพที่นำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ เป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในงานและการคงอยู่เพิ่มขึ้น โดยการสำรวจความพึงพอใจในงานของบุคลากร (Employee Satisfaction Survey / ESS) ในปี 1987-1988 พบว่าความพึงพอใจในงานมีผลบวก ร้อยละ 40 บุคลากรเปลี่ยนงาน ร้อยละ 70 การขาดงานมีอัตราเฉลี่ย 8 วัน / ปี และมีการบันทึกปัญหาในการทำงานไว้มีความยาว 7 หน้ากระดาษ แต่เมื่อมีการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ร่วมกับการสนับสนุนเพื่อการพัฒนา โดยวิธีการดำเนินงานประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมแก่ผู้ปฏิบัติทุกคน และฟื้นฟูวิชาการทุกปี เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนดการพรรณนางาน (Job Description) และวิธีการปฏิบัติงาน (Procedures) มีการปรับเงินค่าจ้างให้เหมาะสม การทำงานเป็นทีมเพื่อการปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาในหน่วยงาน มีการจัดงบประมาณเพื่อการฝึกอบรมเฉพาะทาง (Job specific training) และการเข้าร่วมการอบรมระดับชาติ หลังจากนั้น ในปี 1990-1991 ทำการสำรวจความพึงพอใจในงาน พบว่า มีความพึงพอใจ

ในงานทางบวกสูงถึง ร้อยละ 92 การเปลี่ยนงานลดลงเหลือ ร้อยละ 5 อัตราการขาดงานเฉลี่ยลดลงเหลือ 2.5 วัน / ปี และมีการบันทึกปัญหาในการทำงานไว้เพียง 3 หน้ากระดาษ ซึ่งการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ในองค์กร ในเรื่องการปฏิบัติต่อบุคลากรเหมือนลูกค้าขององค์กร ทำให้ประสบผลสำเร็จด้านการความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในงานของบุคลากร

Counte et. al., (1992) ทำการศึกษา ผลที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการนำการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ในองค์กรบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมีระดับความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยภายในสูงกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม ได้แก่ ความรู้สึกประสบความสำเร็จในงาน มีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น มีโอกาสแสดงความสามารถของตน และมีโอกาสในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ในงาน ส่วนด้านปัจจัยภายนอกและปัจจัยทั่วไปไม่แตกต่างกัน มีการรับรู้บรรยากาศแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมรู้สึกว่ สถาบันมีการใช้เป้าหมายในการดำเนินงานและมีมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับการประเมินผลงานมากกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม ยกเว้นความรู้สึกอบอุ่น ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมรู้สึกว่ได้รับการสนับสนุนทางบวกจากเพื่อนร่วมงานน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม ด้านความคิดเห็นทั่วไปโดยรวมแตกต่างกัน ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มีความเห็นด้วยมากกว่าในเรื่องโรงพยาบาลเป็นสถานที่ทำงานและเป็นทีสำหรับให้บริการสุขภาพผู้ป่วย และเห็นว่าโรงพยาบาลมีแผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปีต่อไปมากกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม แต่ความคิดเห็นในเรื่องรายได้และการทำงานหนักไม่แตกต่างกัน ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการพื้นฐานของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

Dees and Garcia (1995 : 239-244) ได้นำวิธีการดำเนินงานตามวงจร PDCA มาใช้ในการจัดโปรแกรมการจัดการรายผู้ป่วย (Case Management Program) โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตและลูกค้า และแนวคิด TQM มาใช้ในการดำเนินงาน พบว่ารูปแบบโปรแกรมการวางแผนให้บริการพยาบาล (Program Planning Model) ช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นระบบ มีการประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และสามารถประสบความสำเร็จได้ในยุคแห่งการแข่งขันสูง

จากการทบทวน แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการตามแนวคิดทางการตลาด และแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ซึ่งหลักสำคัญของแนวคิด

ดังกล่าว คือการให้ความสำคัญและยึดถือความต้องการของผู้ใช้บริการมาเป็นบรรทัดฐานในการวางแผนและการดำเนินการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับบริการที่ผู้ใช้บริการคาดหวังเอาไว้ จึงจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจและประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ เนื่องจากคุณภาพบริการถูกประเมินโดยผู้ใช้บริการ จึงต้องศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการก่อนแล้วนำความต้องการนั้นไปปรับปรุงระบบและกระบวนการบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อจะตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ดังนั้น คุณภาพบริการจึงขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบของผู้ใช้บริการระหว่างบริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า (Expected Services) กับบริการที่ได้รับจริงหลังจากที่มาใช้บริการ (Perceived Services) จากการซึ่งศึกษาวิจัยคุณภาพบริการที่ผ่านมาจะใช้เครื่องมือวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) ตามแนวคิดทางการตลาดของ Parasuraman และคณะ มาใช้วัดคุณภาพบริการพยาบาล ในต่างประเทศ เช่น Scardina (1994) และในประเทศไทย เช่น พนิดา คำยุ (2538) สกาวดี ดวงเด่น (2538) วรณฤดี ภูทอง (2539) และพัชรี ทองแม่ (2540) ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาของ พนิดา ดามาพงศ์ และคณะ (2541) โดยศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยใน ต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ได้เกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการโรงพยาบาล 8 ด้าน ได้แก่ ความสะดวกในการให้บริการ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ บริการรักษาพยาบาล จริยธรรมของเจ้าหน้าที่ การให้ความรู้และการติดต่อสื่อสาร ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ และราคาค่ารักษาพยาบาล ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้เป็นเกณฑ์กำหนดคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน มาใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลที่ใช้และไม่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคกลาง ซึ่งจะสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการต่อไป ผู้วิจัยได้นำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

