

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล



นางสาววนิดา แพร์ภาษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE HOSPITAL QUALITY DEVELOPMENT FOR INTERNATIONAL ACCREDITATION



Miss Wanida Phraephasa

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลระดับสากล

โดย

นางสาววนิดา แพ่งภาษา

สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

วนิดา แพทย์ภาษา : การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ระดับสากล. (THE HOSPITAL QUALITY DEVELOPMENT FOR INTERNATIONAL
ACCREDITATION) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 142
หน้า

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ผู้บริหารในฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน พยาบาลปฏิบัติการ บุคลากรและพนักงานอื่นๆ
จำนวน 13 ราย ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว
รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ
ให้รหัสและเปรียบเทียบข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ระดับสากล แบ่งเป็น 5 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย (1) กำหนดนโยบาย (2) มอบหมายทีมปฏิบัติการ (3)
ศึกษามาตรฐาน และ (4) สร้างความเข้าใจงานด้วยการอบรม
2. ระยะดำเนินการพัฒนา ประกอบด้วย (1) ฝึกฝนการปฏิบัติ และ (2) นำไปใช้จริง
3. ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ ประกอบด้วย (1) ผู้เขียนสำรวจมาตรฐาน (2) ดำเนินการ
แก้ไข (3) ผู้เขียนสำรวจมาตรฐานใหม่ และ(4) ให้เตรียมการสำรวจจริง
4. ระยะรับรองคุณภาพ ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการของ JCI มาตรฐาน และ(2) ผ่านการ
รับรอง
5. ระยะรักษาคุณภาพ (1) มาตรฐาน (2) ดำเนินการพัฒนา และ (3) หาสิ่งกระตุ้นเพื่อ
รักษาคุณภาพ

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2551.....

ลายมือชื่อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

4977601936 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION /
QUALITY DEVELOPMENT

WANIDA PHRAEPHASA: THE HOSPITAL QUALITY DEVELOPMENT FOR
INTERNATIONAL ACCREDITATION. PRINCIPAL ADVISOR: ASST.PROF.
AREEWAN OUMTANEE, Ph.D. RN, 142 pp.

The purpose of this qualitative research is to explore the quality development of hospital for international accreditation. Thirteen participants included nurse supervisor, nurse management team, deputy supervisor and other employees involved in the JCI accreditation in a selected hospital. Data collection was employed by using in-depth interview and field-note. Coding and constant comparative method were used as data analysis. The finding of the quality development for international accreditation were 5 phases as follows:

1. Preparing phase including (1) setting hospital policy (2) delegating functional teams (3) studying JCI standard and (4) training staff .
2. Developing phase including (1) training and practicing and (2) applying to work.
3. Preparing accredited phase including (1) auditing by surveyors (2) correcting mistakes (3) re-auditing by surveyors and (4) preparing for accreditation.
4. Certifying phase including (1) accrediting by a JCI team and (2) being accredited.
5. Maintaining phase including (1) checking for JCI standard (2) working on quality and (3) giving motivation.

Field of Study :.. Nursing Administration.....

Student's Signature *Wai Pky*

Academic Year : 2008.....

Principal Advisor's Signature *Asst. Prof. Areewan Oumtanee*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมธานี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิด คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ได้สละเวลาในการบอกเล่าประสบการณ์ให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่า พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปรับปรุงคุณภาพของงาน

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่ง

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาสนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์บางส่วน

ขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล เพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคน ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเสาร์แก้ว และคุณแม่หลั่น แพร์ภาษา ที่ให้กำเนิดและเลี้ยงดูมาในครอบครัวที่มีแต่ความรัก เสียสละและการให้ มอบกำลังใจที่ดีมาโดยตลอด พี่สาว อาจารย์สโรชา แพร์ภาษา ที่เป็นกำลังกาย กำลังใจ เป็นแรงผลักดันให้เกิดความมุ่งมั่นและกำลังสติปัญญา รวมถึงให้การสนับสนุนในทุกด้านด้วยดีเสมอมา คุณค่าและประโยชน์อื่นใดที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดา มารดา ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
แนวคิดเบื้องต้น.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ปัญหาการวิจัย.....	6
คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
1. การพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย	8
1.1 แนวคิดการพัฒนาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....	9
1.2 การพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	12
2. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล.....	16
2.1 ความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล.....	20
2.2 จุดประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล	20
2.3 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล	21
2.4 ความเหมือนและความแตกต่างของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระดับประเทศกับระดับสากล	35
2.5 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล.	38
2.6 บทบาทพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล.....	45
3. การวิจัยเชิงคุณภาพ	46
4. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
บริบทพื้นที่ศึกษา	58

ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล	64
ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บข้อมูล	65
บทที่ 4 ผลการศึกษา	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	106
สรุปผลการวิจัย	106
อภิปรายผลการวิจัย	107
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย	116
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	117
รายการอ้างอิง	118
ภาคผนวก	123
ภาคผนวก ก	124
ภาคผนวก ข	135
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	142

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล.....	68
แผนภูมิที่ 2 ระยะเตรียมการ.....	70
แผนภูมิที่ 3 ศึกษามาตรฐาน.....	73
แผนภูมิที่ 4 ระยะดำเนินการพัฒนา.....	77
แผนภูมิที่ 5 ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ.....	87
แผนภูมิที่ 6 ระยะรับรองคุณภาพ.....	94
แผนภูมิที่ 7 ระยะรักษาคุณภาพ.....	99



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เป็นกระบวนการที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกนำมาใช้เป็นกลไกในการกระตุ้นให้เกิดการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, 2544) ในประเทศไทยได้มีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยการดำเนินงานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ในปัจจุบัน (5 พฤษภาคม 2552) มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว 255 แห่ง (สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2552) และในจำนวนโรงพยาบาลดังกล่าวมีบางโรงพยาบาลกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจากระดับชาติไปสู่นานาชาติ เพื่อการพัฒนาการรักษาพยาบาลให้ได้มาตรฐานเทียบเท่าโรงพยาบาลในต่างประเทศ หรือที่เรียกว่าการรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (Joint Commission International Accreditation, JCIA) ซึ่งดำเนินการโดย Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) (กรุงเทพมหานคร, 2550)

JCAHO มีการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลทั้งหมด 7 โปรแกรม คือ 1) การรับรองคุณภาพการดูแลระหว่างเดินทางไปโรงพยาบาล (Ambulatory care) เริ่มรับรองในปี ค.ศ. 2005 ให้การรับรองคุณภาพ และความปลอดภัย หน้าที่การปฏิบัติและการบริหารจัดการของการจัดการดูแลระหว่างทาง โดยครอบคลุมไปถึงศูนย์ศัลยกรรมฉุกเฉิน การฟอกไต ศูนย์ทันตกรรม ศูนย์ปฏิบัติการ และแต่ละศูนย์ แต่ละหน่วยงานที่ออกแบบมาเพื่อบริหารดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) การรับรองคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Care continuum) เริ่มรับรองปี ค.ศ. 2003 ให้การรับรองการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน การรับรองมาตรฐานจะเน้นเรื่องรูปแบบของการดูแล และการจัดการอย่างเป็นระบบระหว่างการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาสั้นและการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน 3) การรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (Clinical laboratories) เริ่มรับรองในปี ค.ศ. 2003 ให้การรับรองคุณภาพกระบวนการประเมินในห้องปฏิบัติการ การรักษาผู้ป่วย และการจัดการทางห้องปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพ ช่วยลดผลกระทบค่าใช้จ่ายในการรักษา 4) การดูแลโรค หรือสุขภาพเฉพาะทาง (Disease or Condition-Specific Care (DCSC) เริ่มรับรองในปี ค.ศ. 2005 ให้การรับรองคุณภาพโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางภายในองค์กรการดูแลสุขภาพสำหรับโรคเส้นเลือดในสมองตีบ และโรคหัวใจ ให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และการปรับปรุงการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ซึ่งองค์กรนั้นไม่จำเป็นต้องได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากลทั้งโรงพยาบาล 5) การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Accreditation for hospital) เริ่มรับรองในปี ค.ศ.

1999 ให้การรับรองโรงพยาบาลทั้งหมด คือ หน้าที่ของการดูแลฉุกเฉิน การรักษา และจิตเวช รวมถึงผู้ป่วยภายนอก และห้องปฏิบัติการ ซึ่งโปรแกรมสามารถปรับใช้ได้ทั้งรัฐบาล และเอกชน ปัจจุบันมาตรฐานได้ปรับปรุงมา 3 ฉบับแล้ว 6) องค์การขนส่งยา (Medical transport organization) เริ่มรับรองในปี ค.ศ. 2003 ให้การรับรองคุณภาพการขนส่งยาทั้งฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉินของผู้ป่วย จากองค์การที่ขนส่งยาไปยังโรงพยาบาล การบริการ การควบคุมการติดเชื้อและการจัดการความปลอดภัย 7) ศูนย์ปฐมภูมิ (Primary Care Center) เริ่มรับรองในปี ค.ศ. 2008 เป็นโปรแกรมที่ใหม่ให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพการบริการของศูนย์ปฐมภูมิ และการพัฒนาของชุมชนในสิ่งที่ชุมชนเป็นอยู่ และความสัมพันธ์ เน้นเรื่องการให้บริการในสถานบริการระยะเริ่มต้น จนถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล (JCIA, 2009) จากข้อมูลของ JCAHCO พบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีโรงพยาบาลจากประเทศไทย 4 โรงพยาบาล ได้รับการรับรอง JCIA คือ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ โรงพยาบาลกรุงเทพ และโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ สำหรับโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากลของโรงพยาบาล และการรับรองคุณภาพระดับสากลในหน่วยงานดูแลเฉพาะโรค คือ โรคเส้นเลือดในสมองตีบ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนโรงพยาบาลของรัฐที่กำลังดำเนินการขอการรับรองจาก JCIA คือ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็น โรงพยาบาลรัฐสองแห่งในหลายแห่งที่กำหนดเข็มมุ่งในการเป็นโรงพยาบาลมาตรฐานระดับสากล

นอกจาก JCAHCO แล้วยังมีองค์การที่ให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอีกหลายองค์การ เช่น The Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) เป็นองค์การที่ให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากประเทศแคนาดา The Trent Accreditation Scheme (TAS) จากประเทศอังกฤษ The Australian Council on Health care Standard (ACHS) จากประเทศออสเตรเลีย Joint Commission International (JCI) จากประเทศสหรัฐอเมริกา องค์การต่างๆเหล่านี้มีมาตรฐานและจุดเด่นจุดด้อยแตกต่างกันออกไป แต่องค์การ JCI เป็นองค์การที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีการรับรองคุณภาพที่ครอบคลุมทั้งองค์การ มีคู่มือมาตรฐานตามหน้าที่การทำงานมากกว่าเป็นไปตามลักษณะหน่วยงาน เน้นมาตรฐานที่ประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มีตัวชี้วัดในการตัดสินใจรับรองคุณภาพอย่างชัดเจน แม่นยำ ถูกต้อง (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2549) และสอดคล้องกับหลักความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น มีการดำเนินการขยายขอบเขตการรับรองคุณภาพไปสู่สถานพยาบาลและบริการทางสุขภาพประเภทอื่นๆ นอกจากนี้จุดเด่นของ JCI คือ JCAHO ยังมีกิจกรรมในการเผยแพร่ข้อมูลตัวชี้วัดผลการดำเนินงานต่อสาธารณะในรูปแบบต่างๆ จัดเป็น National Library of Healthcare Indicators รวมทั้งการให้คำปรึกษาโดยจัดให้มีบริษัทคุณภาพการดูแลสุขภาพ หรือ Quality Healthcare Resource Inc. (QHR) และให้คำปรึกษาระหว่างประเทศโดย Joint Commission International (JCI) ข้อแตกต่างอีกประการหนึ่งคือองค์การ CCHSA และ TAS มีเครื่องชี้วัดและระดับคะแนนที่น้อยกว่า JCI ส่วน

ACHA มีรูปแบบของคู่มือมาตรฐานตามหน่วยงานมากกว่าตามหน้าที่ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของบุคคลลดน้อยลง ดังนั้น JCAHCO จึงเป็นองค์กรที่โรงพยาบาลในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ส่วนใหญ่เลือกใช้ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลรวมถึงในประเทศไทยด้วย

ในประเทศไทยปี ค.ศ. 2002 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเป็นแห่งแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก่อนประเทศสิงคโปร์ถึง 2 ปี ปัจจุบันในปี ค.ศ. 2009 ประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล 4 โรงพยาบาล เมื่อเทียบกับคู่แข่งทางด้านสุขภาพที่สำคัญอย่าง ประเทศสิงคโปร์ที่ได้รับแล้วถึง 12 โรงพยาบาล เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลที่จะให้โรงพยาบาลทุกแห่งได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล อันส่งผลให้มีผู้มารับบริการจากต่างประเทศเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศปีละหลายล้านเหรียญสหรัฐ (<http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations>, 2009) เพื่อการแข่งขันทางธุรกิจด้านสุขภาพ และคุณภาพมาตรฐานที่ได้รับความเชื่อถือเป็นสากล โรงพยาบาลในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเพื่อให้โรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับแก่นานาประเทศในด้านการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูงและมีความปลอดภัย

จากผลการสำรวจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย (2549) พบว่า มูลค่าธุรกิจทางด้านโรงพยาบาลเอกชนของไทยมีแนวโน้มที่จะมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากชาวต่างชาตินิยมเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น ด้วยปัจจัยหนุนด้านราคาค่าบริการที่ต่ำกว่าประเทศอื่นๆ เมื่อเทียบกับคุณภาพการบริการ และคุณภาพการรักษาพยาบาลที่สามารถแข่งขันได้กับคู่แข่งที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นประเทศสิงคโปร์ มาเลเซีย และอินโดนีเซีย ทำให้เกิดการเร่งพัฒนาและปรับปรุงศักยภาพ เพื่อการแข่งขันในภูมิภาคเดียวกัน โดยเฉพาะด้านมาตรฐานการรักษาพยาบาลและการให้บริการที่เป็นสากล ซึ่งมีผลทั้งในด้านการประชาสัมพันธ์ระยะสั้น และชื่อเสียงความน่าเชื่อถือในระยะยาว นอกจากนี้การพัฒนาตนเองสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลทำให้เกิดการเรียนรู้จากการเป็นต้นแบบหรือแบบอย่าง หรือให้คำปรึกษาชี้แนะในการพัฒนาคุณภาพการบริการ อันเป็นเป้าประสงค์อันดับแรกของยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของหน่วยงานของรัฐมากขึ้น ลดขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อให้บริการประชาชนน้อยลง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล จะเน้นการพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย และความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง (Beirut Medical Center, 2007) ที่มีมาตรฐานครอบคลุมหลายด้าน และหลายมิติ ทั้งระดับการปฏิบัติงานในหน้าที่สำคัญของโรงพยาบาล และเน้นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous

improvement) ที่สะท้อนให้เห็นระดับของคุณภาพโรงพยาบาลในภาพกว้าง ทั้งในส่วนของ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มีเครื่องชี้วัดต่างๆที่น่าเชื่อถือ ชัดเจน และถูกต้อง (จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) และมีมาตรฐานคุณภาพที่ทั่วโลกยอมรับได้ (Tina and Paul, 2000) เช่น การเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลและความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (Access to care and continuity of care) สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and family right) การประเมินผู้ป่วย (Assessment of patient) จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจนได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย จำนวน 2 ราย เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2550 และ 13 กรกฎาคม 2550 พบว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ระดับสากลมีความแตกต่างจากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย กล่าวคือ การพัฒนา และรับรองคุณภาพระดับสากล เริ่มต้นจาก ความต้องการพัฒนาโรงพยาบาลจากระดับชาติเป็น ระดับนานาชาติของบุคลากรทุกคนในองค์กร ทุกคนมีบทบาทหน้าที่ในการวางแผน แบ่งงานกัน ทำ มีการลงพื้นที่จริงและมีการประเมินผลเพื่อสร้างเป็นมาตรฐานของงานที่ทั่วโลกยอมรับควบคู่ กับการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเทียบเท่าระดับสากล เพื่อให้มีความน่าเชื่อถือ และสร้างความ มั่นใจให้แก่ผู้มารับบริการทั้งชาวไทยและต่างชาติ จากรายงานของวารสารผู้ส่งออก (2550) คาดว่า จำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่จะมารับบริการในประเทศไทยในปี 2550 มีจำนวน 1.54 ล้านคน สร้าง รายได้เข้าประเทศประมาณ 41,000 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2549 ที่มีผู้มารับบริการประมาณ 1.4 ล้านคน สร้างรายได้ประมาณ 36,400 ล้านบาท นอกจากนี้โรงพยาบาลในประเทศไทยจะเป็นที่ ยอมรับของผู้รับบริการนานาชาติมากขึ้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เป็นแนวโน้มการ เปลี่ยนแปลงที่ได้รับความสนใจจาก โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในการที่จะพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลของตนไปสู่ระดับนานาชาติ ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลจึงต้องตื่นตัวและเตรียมพร้อม เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ให้ความสำคัญเรื่อง คุณภาพของโรงพยาบาล จึงต้องการองค์ความรู้เรื่องดังกล่าว เพื่อนำไปใช้ในโรงพยาบาลที่เตรียม เข้าสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการศึกษา จากการบอกเล่าประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจนได้รับการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากล จากผู้มีประสบการณ์จริง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะทำให้เข้าใจ กระบวนการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล จนกระทั่งโรงพยาบาลผ่านการรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับ สากล

แนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เป็นมาตรฐานหนึ่งที่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ซึ่งหลังจากที่ได้รับการรับรองคุณภาพและมาตรฐานจาก พรพ. แล้ว โรงพยาบาลมีความต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จึงแสวงหาองค์การที่ให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ JCIA เพื่อการพัฒนามาตรฐานที่สูงขึ้นเป็นที่ยอมรับกันอย่างทั่วโลก อีกทั้งโรงพยาบาลยังมีการพัฒนาศักยภาพการบริการของตนเองให้ทัดเทียมกับโรงพยาบาลของนานาประเทศ โดยเน้นให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการบริการ มีความสามัคคีร่วมแรงใจผลักดันให้โรงพยาบาลก้าวไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีความพร้อมในการให้บริการเป็นแรงกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในด้านความปลอดภัย และการบริการที่มีคุณภาพจากการมารับบริการจากโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากล ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ี้จะเป็นแนวทางให้กับผู้บริหาร โรงพยาบาล และกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในการนำรูปแบบและโครงสร้างกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปรับใช้ในโรงพยาบาลของตนเพื่อจะขับเคลื่อนไปสู่การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลในระดับสากลต่อไป

สำหรับการวิจัยนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีรูปแบบและโครงสร้างชัดเจน และสามารถทำความเข้าใจในกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดพื้นฐานการบริหารคุณภาพ (Quality Management: QM) ของ Crosby (1979) และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) ของ Juran (1988) มาใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานในการรวบรวมข้อมูล คือมาช่วยให้นึกถึงคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกมากขึ้น เนื่องจากการบริหารคุณภาพ คือการใช้วิธีการทำงานที่เป็นระบบที่ดีเพื่อทำให้เกิดคุณภาพในทุก ๆ เรื่อง ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพผลิตภัณฑ์ (Product) บริการ (Service) คุณภาพกระบวนการทำงาน (Process) คุณภาพการปฏิบัติงาน (Performance) และคุณภาพของบุคลากร (Personnel) ที่จะนำไปสู่แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาที่มุ่งเน้นการออกแบบระบบเพื่อการป้องกัน เน้นการมีส่วนร่วม และเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้มาซึ่งกระบวนการอันแท้จริงตามการปฏิบัติงาน จนกระทั่งได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลได้อย่างครบถ้วน ซึ่งผู้วิจัยจะยึดหลักการจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และไม่ยึดติดกับกรอบแนวคิดเดิม และข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะเปลี่ยนแปลงไปตามข้อมูลที่ได้ในระหว่างสัมภาษณ์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพในระดับสากลตามมาตรฐานของ JCI ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารในฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามวิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เป็นหลัก ในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม 2551

ปัญหาการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลเป็นอย่างไร

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล หมายถึง การให้ข้อมูลของ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารในฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานพยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดำเนินการ และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล โดยการเล่าประสบการณ์จริงผ่านการบันทึกคำให้สัมภาษณ์ถึงขั้นตอนต่างๆ ที่ได้ปฏิบัติในระยะเริ่มแรกของการพัฒนาคุณภาพจนกระทั่งการรักษาคุณภาพหลังได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเบื้องต้นในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้ได้การรับรองคุณภาพระดับสากล
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร และกลุ่มงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ แนวคิด/ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย
 - 1.1 แนวคิดการพัฒนาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 1.2 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 - 2.1 ความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 - 2.2 จุดประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 - 2.3 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 - 2.4 เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับประเทศ กับระดับสากล
 - 2.5 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 - 2.6 บทบาทพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล
3. การวิจัยเชิงคุณภาพ
 - 3.1 ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ
 - 3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล
 - 3.4 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล
4. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) โดยเริ่มพัฒนา การบริหารจัดการโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเน้นด้านการบริหารจัดการทั่วไปและการรักษาพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ.2526 เริ่มมีการพัฒนาระบบบริการพยาบาลมากขึ้น โดยเน้นด้านการบริการพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ โรงพยาบาลดังกล่าว เพิ่มขีดความสามารถในด้านการบริการพยาบาลได้สูงสุด นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวง สาธารณสุขในขณะนั้น จึงได้เริ่มให้มีโครงการ ติดดาวโรงพยาบาล ในระหว่างปี พ.ศ. 2527-2528 ซึ่งเป็นการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ โดยใช้แนวคิด การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งจัดให้มีระบบการประเมิน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

ในช่วงปี พ.ศ. 2528-2529 มีการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงาน สาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) โครงการดังกล่าวเน้นความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้วยการสร้างเครือข่ายบริการแบบเบ็ดเสร็จ และร่วมกันพัฒนาอย่างเป็นระบบ และในปีเดียวกัน (พ.ศ. 2528) ได้มีการจัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาลขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2531 เริ่มมีการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยกองการพยาบาล และในปี พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดให้สถานประกอบการมีหลักประกันสุขภาพให้กับลูกจ้าง ดังนั้นการพัฒนาการบริการพยาบาลในระยะนี้ จึงเน้นการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคมขึ้นมาเป็นประเด็นสำคัญเพื่อการรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม

ต่อมาในระหว่าง ปี พ.ศ. 2536-2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กองโรงพยาบาลและสำนักงานประกันสุขภาพ ได้นำกระบวนการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หรือ TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง ผสมผสานกับการพัฒนาองค์การเพื่อคุณภาพบริการ Organization Development (OD) และในปี พ.ศ.2538 มีการประกันคุณภาพการพยาบาล โดยกองการพยาบาลเน้นมาตรฐานและการตรวจสอบ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จัดให้มีคู่มือรับรองสถานพยาบาลประกันสังคมและการกำหนดคู่มือตรวจรับรอง และมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษกที่เน้นมาตรฐานที่มุ่งเน้น กระบวนการ (Process) ผู้รับบริการ (Customer) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) และในปี พ.ศ. 2539 กอง โรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ผู้บริหาร โรงพยาบาลต่างๆ ไปดูงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ประเทศแคนาดา และกลับมาดำเนิน โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ภายใต้การดำเนินงานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งถูกจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2542 โดยมีผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพ ผู้แทนส่วนราชการและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ทำหน้าที่ ประสานความร่วมมือและระดมพลังของ

สังคมมาสนับสนุน การดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ให้ความเห็นต่อทิศทางนโยบายเพื่อให้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยมากที่สุด

หลังจากได้จัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หรือ สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แล้วได้ดำเนินการจัดโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อปี พ.ศ.2542 โดยมีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการจำนวน 35 โรง นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนการก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิองค์กรวิชาชีพ และหน่วยราชการต่างๆ เข้ามาร่วมเป็นภาคี และได้รับทุนวิจัยจากสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2540 ถึง 31 กรกฎาคม 2543 ภายใต้แผนงานพัฒนาเทคโนโลยีในการสร้างองค์ความรู้และใช้ประโยชน์งานวิจัย ซึ่งมีเป้าหมายให้มีการจัดการเครือข่าย เพื่อสร้างความรู้ และใช้ความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทุกฝ่ายที่เข้าร่วมโครงการได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพ และการประเมินคุณภาพ ขณะเดียวกันโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ได้เข้าโครงการนำร่องก็เกิดความตื่นตัวและนำมาตรฐานโรงพยาบาล ไปเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง

1.1 แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2549) ได้นำแนวคิดการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดการบริหารคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Management; TQM) และ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement; CQI) มาใช้ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

แนวคิดการบริหารคุณภาพทั้งองค์การ Deming (1986) ได้พัฒนาหลักการบริหารคุณภาพไว้ 14 ข้อ (14 Points for management) ดังนี้

1) สร้างปณิธานอันแน่วแน่ในการปรับปรุงคุณภาพสินค้าและบริการที่ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ (Create consistency of purpose for continual improvement of product and service) ผู้บริหารทุกระดับต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับองค์การ ผู้รับบริการ การให้บริการและวิธีการปรับปรุงคุณภาพ ต้องแน่ใจว่าบุคลากรเข้าใจวิสัยทัศน์และปฏิบัติตามได้

2) ยอมรับปรัชญาใหม่ๆของการบริหารคุณภาพ เพื่อให้องค์การมีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ (Adopt the new philosophy for economic stability) โดยเฉพาะปรัชญาใหม่เพื่อทำให้องค์การสามารถดำรงอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมที่มีการแข่งขัน

3) ยุติการควบคุมคุณภาพโดยอาศัยการตรวจสอบ (Cease dependency on inspection to chive quality) เพราะการตรวจสอบคุณภาพไม่ได้สร้างคุณค่าให้แก่ลูกค้า ยิ่งก่อให้เกิดเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าลดค่าใช้จ่าย เป็นการสร้างปัญหาให้ระบบปฏิบัติการ เป็นการปิดกั้นหน้าที่ความรับผิดชอบ

4) ยุติวิธีดำเนินธุรกิจโดยการตัดสินที่ราคาเพียงอย่างเดียว (End the practice of awarding business on price tag alone) เป็นหลักที่เน้นการประเมินต้นทุนทั้งหมด ซึ่งผู้บริหารต้องระบุนความต้องการขององค์กรและประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยต้องคำนึงถึงคุณภาพด้วย

5) ปรับปรุงระบบการผลิตและการให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Improve constantly and forever the system of production and service) โดยสร้างระบบที่สามารถผลิตสินค้าและบริการได้อย่างมีคุณภาพสม่ำเสมอ โดยต้องศึกษาและมีให้เกิดการสูญเสีย ตลอดจนความแปรปรวนที่เกิดขึ้นทั้งหมดในระบบ

6) ฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ (Institute training on the job) นับว่าการเรียนรู้ไม่มีที่สิ้นสุด จึงต้องมีการสนับสนุนให้พนักงานปรับปรุงคุณภาพในการทำงาน ด้วยการฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจใหม่ๆแก่พนักงาน

7) สร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้น ((Adapt and institute modern methods of supervision and leadership) การจัดการคุณภาพต้องเปลี่ยนบทบาทของหัวหน้างานจากผู้สั่งการเป็นผู้อำนวยความสะดวก ซึ่งคอยสนับสนุนให้พนักงานแก้ไขปัญหาเอง มีบทบาทในการปรับปรุงคุณภาพและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานเป็นทีม

8) กำจัดความกลัวให้หมดไป (Drive out fear) เดิมมีกล่าวว่า ความกลัวเป็นอุปสรรคสำคัญของการปรับปรุงคุณภาพ เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและความอยู่รอดขององค์กร ความกลัวมีผลทำให้พนักงานไม่กล้าถามปัญหา ไม่กล้าบอจุดอ่อนของตนเอง ผู้บริหารต้องแสดงให้เห็นว่าวิธีใหม่ๆ เป็นโอกาสก้าวไปสู่ความสำเร็จมากกว่าใช้วิธีเดิมๆ ที่เน้นความปลอดภัย และความมั่นคง

9) ทำลายสิ่งกีดขวางต่อความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ (Break down barriers between departments and individuals) ด้วยการสร้างทีมร่วมกันระหว่างฝ่ายต่างๆ ขึ้นมา เพื่อขยายความสามารถในการทำงาน ช่วยให้การรับรู้ปัญหากว้างขึ้น สามารถมองเห็นปัญหาใหญ่ๆ ได้ ทำให้มีการศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขร่วมกัน

10) กำจัดคำขวัญและเป้าหมายที่เกินจำเป็น (Eliminate the use of slogans, poster, and exhortations) เนื่องจากข้อความที่ใช้ อาจไม่เหมาะสมเป็นการดูหมิ่นพนักงานมากกว่าการกระตุ้นให้กำลังใจ ผู้บริหารควรหาวิธีการทำงานที่ดี ให้เครื่องมือที่ดีและฝึกอบรมพนักงาน

11) กำจัดจำนวนโควต้าที่เป็นตัวเลข (Eliminate work standards and numerical quotas) การกำหนดตัวเลขมาตรฐานจะดึงความสนใจคนออกไปจากการปรับปรุงคุณภาพ เพราะการใช้มาตรฐานตัวเลขอาจทำให้พนักงานไม่เห็นด้วยและหาทางต่อรองเพื่อให้ลดมาตรฐาน

12) กำจัดสิ่งกีดขวางความภูมิใจของพนักงาน (Remove barriers that rob the hourly worker of the right to pride in workmanship) การริเริ่มจัดการคุณภาพจะมีอุปสรรคต่อการเป็น

พนักงานที่ดี ผู้บริหารต้องค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคและหาทางแก้ไข เพื่อให้มีการปฏิบัติต่อพนักงานอย่างเหมาะสม

13) จัดทำแผนการศึกษาและฝึกอบรมที่เข้มข้น (Institute a vigorous program of education and retraining) การอบรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้พนักงานพนักงานมีข้อมูลที่ทันสมัย มีวิธีการใหม่ๆ ตลอดจนเทคนิคที่เป็นทางเลือกอื่น พร้อมทั้งให้พนักงานทราบว่าผู้บริหารมองพนักงานเป็นสิ่งที่มีความค่าและพยายามรักษาเอาไว้ การลงทุนในการฝึกอบรมจึงเป็นการแสดงออกถึงความผูกพันที่องค์กรมีต่อพนักงาน

14) ดำเนินการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง (Define top management's permanent commitment to ever-improving quality and productivity) ผู้บริหารระดับสูงต้องมีความผูกพันต่อการจัดการคุณภาพทั้งองค์การอย่างแท้จริง เพราะจะกระตุ้นให้ผู้บริหารระดับรองลงไปรวมทั้งพนักงานอื่นๆ ได้ทำตาม

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนำการบริหารคุณภาพทั้งองค์การมาใช้ในการเพิ่มการมุ่งเน้นการใช้วิธีการทางสถิติมาช่วยในการบริหารงาน การเน้นการแก้ไขสาเหตุของปัญหาและการทำงานเป็นทีมรวมถึงการทำงานอย่างเป็นระบบร่วมกับการใช้วงล้อ PDSA ซึ่งจะเน้นที่วิธีการคิดและการเรียนรู้ปรับตัวอย่างเป็นระบบ

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2549) กล่าวถึง CQI ในเชิงรุกที่มีหลักการว่าแม้ไม่พบปัญหาก็สามารถหาแนวทางปรับปรุงให้ดีขึ้น และการวัดผลลัพธ์ที่กว้างกว่าเดิม ซึ่งจะเน้นผลลัพธ์ ที่เป็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย (Comfort) และอบอุ่น (Care) โดยเริ่มต้นจากการควบคุมคุณภาพ (Quality control: QC) ไปสู่การประกันคุณภาพ (Quality assurance: QA) ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. เลือกปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นปัญหามากที่สุด
2. ศึกษาปัญหานั้นและตั้งเป้าหมาย โดยระบุเป้าหมายที่ชัดเจนและเจาะจง มีการกำหนดเป้าหมายเป็นตัวเลขให้รู้ระดับที่คาดหวัง ซึ่งทุกคนสามารถรับรู้ได้ และอย่าให้เป้าหมายขยับมุงเน้นในส่วนย่อยของระบบในแต่ละช่วงเวลา
3. เฝ้าดูโดยมีเครื่องชี้วัดเชิงผลลัพธ์บอกการเปลี่ยนแปลงคุณภาพที่ดีขึ้น มีเครื่องชี้วัดเชิงกระบวนการ บอกการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการ และมีเครื่องชี้วัดที่รักษาสมดุล ตรวจสอบว่าเมื่อปรับปรุงแล้วจะไม่ส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ โดยการวัดไม่ต้องทำให้สมบูรณ์แบบ แต่จะเน้นให้เห็นการพัฒนา
4. รับผิดชอบต่อสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน
5. หาทาง และทดลองสร้างมาตรฐานกระบวนการทำงาน กระบวนการทำงานที่เป็นทางการ ปรับระดับการดูแล จัดทำเกณฑ์แนวทาง ปรับปรุงการไหลเวียนของงาน ลดการส่งต่องาน

การดำเนินงาน ค้นหาจัดคอบจัด คาคการณ์ให้แม่นยำ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร ระบบเดียวกัน การเข้าถึงข้อมูล สร้างความคาดหวังร่วมกัน แนวร่วม

6. สังเกตผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

7. จัดทำเป็นมาตรฐาน เน้นการทดสอบขนาดเล็ก และทำการทดสอบต่อเนื่องแล้วทดสอบหลายเรื่องพร้อมกัน

การนำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการรับรองคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบสิ่งที่ทำได้กับเป้าหมายหรือความต้องการของลูกค้า ซึ่งจะนำมาสู่การปรับปรุง การวางระบบหรือมาตรฐานการทำงานใหม่ที่ดีกว่าเดิม และเป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2552)

ดังนั้นการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึง เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ การที่มีผู้เยี่ยมชมสำรวจซึ่งเป็นคนนอกเข้าไปใน โรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ นั้น เริ่มต้นตั้งแต่โรงพยาบาลค้นหาปัญหาการดำเนินการพัฒนาคุณภาพและการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และชี้ให้เห็น โอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขวางขึ้น ต่อมาแนวคิดการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) ได้ปรับปรุงจากแนวคิดเดิมเป็นแบบบันได 3 ขั้น โดยขั้นแรกเป็นการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน” บันไดขั้นที่ 2 เป็นการพัฒนาในส่วนต่างๆของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์การ ซึ่งการพัฒนาประกอบด้วยวงล้อคุณภาพของ Deming’s คือการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัตถุประสงค์ ให้อุดมค่า อย่ายึดติด และบันไดขั้นที่ 3 เป็นการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยมีหลักคิด คือ Core values ทั้ง 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทิศทางนำ คือมีทิศทางหรือแนวทางการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน 2) ผู้รับผล คือการคำนึงถึงผู้ที่ได้รับผลของการปฏิบัติ มาตรฐานเป็นสำคัญ 3) คนทำงาน คือการให้ความสำคัญกับผู้ที่ปฏิบัติงานถึงคุณภาพชีวิตการทำงาน 4) การพัฒนา คือการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และ 5) พาเรียนรู้ คือการนำความรู้มาตรฐานใหม่ๆ แนวทางการปฏิบัติที่ทันสมัยมาอบรมให้ความรู้เข้าใจ และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

1.2 การพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (2544) ได้รวบรวมขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ และการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน คือ

1. **ขั้นเตรียมการพัฒนาทีม**ผู้อำนวยความสะดวก รองผู้อำนวยความสะดวก ผู้บริหารระดับสูง และผู้นำองค์กรต้องมีการสร้างความตระหนักในทีม โดยร่วมกันพิจารณาความจำเป็นขององค์กรให้มีการพัฒนาคุณภาพ จะพิจารณาทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ผู้บริหารระดับสูงศึกษาแนวคิดเรื่องคุณภาพอย่างถูกต้อง แล้วจึงจัดการค้นหาผู้ประสานงานคุณภาพ และเป็นผู้กำหนดคุณสมบัติของผู้ประสานงาน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้ความสามารถในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นอย่างดี หลังจากนั้นสร้างทีมแกนนำ (Facilitation) ชุดแรกขึ้นมา เพื่อเป็นทีมที่ปรึกษาให้กับทุกหน่วยงานในการชี้แนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างถูกต้องและเป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหา ปรับปรุงคุณภาพในหน่วยงาน ซึ่งจะได้รับกรอบแนวคิดและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพในระดับที่สามารถวิเคราะห์งาน และดำเนินกิจกรรมคุณภาพภายในหน่วยงานของตนได้ และนำมาวิเคราะห์บรรยากาศในการทำงานและดำเนินการปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งผู้ประสานงาน และผู้บริหารทุกระดับสื่อสารกับบุคลากรอย่างไม่เป็นทางการ และตอบสนองข้อมูลที่ได้รับ ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่ดี และติดตามผลที่เกิดขึ้นเป็นระยะ โดยผู้บริหารระดับสูงต้องรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการและชุมชนด้วย ซึ่งจะกำหนดเป็นนโยบายให้บุคลากรทุกคนรับฟังเสียงสะท้อนในโอกาสที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ต่อจากนั้นทำการกำหนดทีมในการประเมินตนเอง ที่ครอบคลุมทีมที่ดูแลหน้าที่หลักในโรงพยาบาล ทีมที่เน้นระบบเป็นหลัก และทีมที่เน้นผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งการประเมินตนเองต้องเป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและต้องกำหนดแนวทางการพัฒนาอย่างกว้างๆ และแต่ละทีมดำเนินการประเมินตนเองโดยใช้มาตรฐาน HA โดยเน้นประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาและวางแผนดำเนินการ

2. **ขั้นตอนการพัฒนาและการเรียนรู้** โดยจะทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนำร่อง โดยทีมผู้ประสานงาน และทีมแกนนำในรูปแบบต่างๆ เพื่อเรียนรู้วิธีการ ปัญหา และอุปสรรค แล้วสร้างความตระหนักแก่บุคลากร และสร้างทีมในการพัฒนาคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันสร้างพันธกิจ หรือเป้าหมายร่วมทำให้มีทิศทางในการดำเนินนโยบายของโรงพยาบาล โดยการทบทวนข้อความที่ระบุทิศทางนโยบายของโรงพยาบาล และหน่วยงานต่างๆ ที่มีอยู่เดิม นำเอาคำที่เป็นคำสำคัญ (Key word) มาเป็นจุดเริ่มต้น ซึ่งผู้บริหารทุกระดับดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ เน้นการพูดคุยสนทนากับบุคลากร เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และให้บุคลากรเป็นผู้กำหนดบทบาทของตนเอง แล้วจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้เห็นแนวทางที่จะบรรลุพันธกิจ ทำการสื่อสารให้ทุกคนรับทราบผ่านการวางแผนเชิงมุ่งประจำปี ของโรงพยาบาลไปสู่แผนปฏิบัติการในหน่วยงาน โดยใช้กลไกการสื่อสารในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบเป้าหมายของโรงพยาบาลและบทบาทที่โรงพยาบาลให้แต่ละคนปฏิบัติ จัดทำและทบทวนแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพ หรือแผนประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ผู้ประสานงานคุณภาพมีหน้าที่จัดทำแผนประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ

3. **ขั้นดำเนินการพัฒนาโดยเริ่มจากการพัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน (Unit optimization)** โดยทำการฝึกฝนทักษะของทีม ทักษะในการตรวจสอบตนเองให้กับบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน ซึ่งมีวิธีการได้แก่ การระดมสมอง การจัดกลุ่มความคิด การตัดสินใจของทีม โดยแต่ละหน่วยงานจะวิเคราะห์ตนเอง จัดทำฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานที่สามารถปรับปรุงเพิ่มเติม และเป็นแบบอย่างให้แก่หน่วยงานอื่นๆ ได้ หลังจากนั้นผู้ประสานงานคุณภาพประเมินความก้าวหน้าในการวิเคราะห์ตนเองของแต่ละหน่วยงาน ให้ความช่วยเหลือ และรายงานให้ผู้บริหารระดับสูงทราบ แต่ละหน่วยงานรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและผู้รับผลงานทำการตอบสนองในเบื้องต้น บุคลากรในหน่วยงานดำเนินการกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการเพื่อให้ทีมนำไปปฏิบัติ แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเองและวางมาตรการป้องกัน จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่จำเป็นของหน่วยงาน ติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง กำหนดวิธีการเก็บ การวิเคราะห์ข้อมูล เปิดโอกาสให้บุคลากรในหน่วยงานทำความเข้าใจและวิพากษ์วิจารณ์เครื่องชี้วัดที่ได้มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา หัวหน้าหน่วยงานมอบหมายให้สมาชิกในหน่วยงานไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก และหาทางเลือกเพื่อการพัฒนาในเรื่องนั้นมานำเสนอ ดำเนินการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามปัญหา ความเสี่ยง โอกาสพัฒนาที่วิเคราะห์ได้ไว้ จัดกิจกรรมทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการประสานงานในแนวนอน (Horizontal integration) โดยการทบทวนความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันและตอบสนองความต้องการ โดยหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้พิจารณาความจำเป็นที่จะขอสนับสนุนนโยบายและทรัพยากรจากผู้บริหารระดับสูง เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น สร้างระบบการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยหัวหน้าหน่วยงานร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานพิจารณาทบทวนประสิทธิภาพและความคล่องตัวของช่องทางการสื่อสารกับหน่วยงานหรือวิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด โดยมีทีมคร่อมสายงานทำหน้าที่เป็นทีมนำส่วนกลาง ผู้บริหารระดับสูงทบทวนโครงสร้างองค์การการพัฒนาคุณภาพ โดยมีทีมคร่อมสายงานนำเสนอความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตนเอง รวมทั้งประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาในส่วนที่เป็นเรื่องที่ต้องประสานระหว่างหน่วยงานหรือวิชาชีพ จัดทำแผนและกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตาม

4. **ขั้นดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล** โดยจัดระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหา การประเมิน การควบคุม และการประเมินผล โดยเฉพาะการจัดการเมื่อเกิดความสูญเสียหรือความเสียหายขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานทราบว่าเมื่อใดจะต้องรายงานให้ผู้บริหารระดับใดทราบ โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ พัฒนาระบบสารสนเทศเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง โดยการรวมศูนย์กลางการประมวลผลรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์สำคัญ วิเคราะห์แนวโน้ม และประเมินค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น เพื่อให้

ผู้บริหารได้รับทราบและทบทวนนโยบายเป็นระยะ หลังจากนั้นจัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ต้องใช้งานร่วมกันในระดับโรงพยาบาล สรรหาผู้ที่มีความเหมาะสมในการจัดทำคู่มือเรื่องต่างๆ โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ทบทวนร่างคู่มือและสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical practice guideline) โดยการจัดตั้งองค์การแพทย์ และคณะกรรมการต่างๆ ดำเนินการตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ในธรรมนูญองค์การแพทย์ และมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแนวทางการจัดตั้ง โครงสร้างองค์การแพทย์ สมาชิกองค์การแพทย์ และการได้มาของคณะกรรมการบริหารองค์การแพทย์ ดำเนินการเชื่อมโยงทิศทางองค์การ (Vertical alignment) จัดทำเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ถ่ายทอดเข็มมุ่งไปเป็นแผนปฏิบัติการในแต่ละหน่วยงาน ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ กำหนดเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาลและติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

5. ขึ้นเตรียมความพร้อมเพื่อรับการเยี่ยมชมสำรวจ โดยการปรับโครงสร้างองค์การเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพในการทำงาน ปรับระบบแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรตื่นตัวในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและยกย่องผลงานของกันและกัน ทำการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ โดยการประสานงานกับสถาบันการศึกษา หรือองค์การวิชาชีพ เพื่อเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพมาเยี่ยมชมให้คำแนะนำปรึกษาตามความจำเป็น ประเมินตนเองซ้ำ ทำการซ่อมแซมสำรวจประเมินตนเอง โดยการวางแผนและดำเนินการเยี่ยมชมสำรวจภายในและส่งแบบประเมินให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ผู้ประสานงานคุณภาพรวบรวมข้อมูลทั้งหมด วิเคราะห์ และจัดทำข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาล ผู้บริหารระดับสูง ทบทวนการประเมินผลการประเมินตนเอง แก้ไขความคลาดเคลื่อน แล้วส่งแบบประเมินตนเองให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ปรับปรุงตามข้อแนะนำที่ได้รับจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล เตรียมความพร้อมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อพิจารณารับรองต่อไป

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (2549) ให้แนวทางการพัฒนาคุณภาพ โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐาน โรงพยาบาลและการบริการคุณภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ดังนี้

1. การเรียนรู้จากปัญหา และเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จากกรปฏิบัติงาน โดยไม่เน้นรูปแบบ การปรับปรุงระบบงานจากผลการทบทวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม ซึ่งการใช้แนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาทำให้เกิดมุมมองที่กว้าง

2. การพัฒนาส่วนต่างๆของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์การ การพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดวงจรของการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่ไปกับการใช้หลักคิด โดยเริ่มต้นจากการวิเคราะห์งานในแต่ละระบบย่อย ทำความเข้าใจเป้าหมาย กระบวนการ

ทำงาน และผลการดำเนินงานที่คาดหวัง ออกแบบหรือปรับปรุงระบบงาน ซึ่งสามารถส่งผลที่ เกี่ยวข้องและคาดหวังได้ โดยให้ครอบคลุมทุกระบบในทุกกลุ่ม

3. การบูรณาการระบบย่อยต่างๆ ให้เกื้อหนุนซึ่งกันและกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทำความเข้าใจความทับซ้อนระหว่างระบบย่อยเพื่อช่วยให้มีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ลดการทำงานที่ ไม่จำเป็น ทำความเข้าใจว่าแต่ละระบบย่อยมีความสัมพันธ์เกื้อหนุนกันอย่างไรเพื่อ เป็นการสร้าง วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ และการนำมาตรฐานมาปฏิบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ดังนั้นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) คือ การมี มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนา มีการใช้ มาตรฐานเพื่อการประเมิน และพัฒนาตนเองอย่างสอดคล้องกับบริบทขององค์กรและมีคุณสมบัติหลัก (Core values) ที่เหมาะสม มีการประเมินจากภายนอกในลักษณะการให้คำแนะนำ เพื่อยืนยันผลการ ประเมินตนเอง ช่วยค้นหาข้อบกพร่องที่ทีมงานมองไม่เห็น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่ กว้างขึ้น

ประโยชน์ของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่ได้รับจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น จะส่งผลดีให้กับทุกด้านไม่ว่าจะ เป็น ผู้ป่วย ประชาชน บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นๆ จึงทำให้ แต่ละโรงพยาบาลต้องการที่จะได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกันอย่างถ้วนหน้า และมี หลายๆ โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว และยังคงต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพที่สูงขึ้นไป จึงต้องแสวงหาองค์การที่ให้การรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเพื่อให้โรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับกันอย่างทั่ว โลก สร้างความมั่นใจ ให้กับผู้รับบริการหรือผู้ป่วยทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ทำให้มีเงินเข้าประเทศปีละหลายล้าน บาท และสืบเนื่องไปจนถึงการท่องเที่ยวที่มีความคล่องตัวขึ้นอีกด้วย โรงพยาบาลชั้นนำของ ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากล เพื่อเป็นสิ่ง ยืนยันและสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ

2. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจาก สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล แล้ว และยังคงต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพของ โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพ บริการที่เป็นเลิศ และเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการหรือ ผู้ป่วยทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ (Medical Hub) ของรัฐบาลไทยที่ผลักดันให้มีการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ โดยให้ชาวต่างชาติ เดินทางเข้ามารับบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยเป็นจำนวนมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีเงินเข้าประเทศ ปีละหลายล้านบาท และสืบเนื่องไปจนถึงการท่องเที่ยวที่มีความคล่องตัวขึ้นอีกด้วย โรงพยาบาลชั้นนำของประเทศไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากล เพื่อ

เป็นสิ่งยืนยันและสร้างความมั่นใจให้กับผู้มารับบริการ ซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนั้นมีหลากหลายองค์การที่ให้การรับรอง ดังนี้

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศแคนาดา เริ่มต้นดำเนินการร่วมกับประเทศสหรัฐอเมริกา ต่อมาประเทศแคนาดาได้แยกตัวออกมาจัดตั้ง Canadian Commission on Hospital Accreditation (CCHA) (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2545) ในปี ค.ศ.1954 เป็นองค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศแคนาดา ซึ่งในระยะแรกยังคงใช้มาตรฐานเดียวกัน CCHA ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็น Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) ในปี ค.ศ.1988 ซึ่งขยายขอบเขตการรับรองคุณภาพไปสู่สถานพยาบาลอื่นๆด้วย ในปี ค.ศ.1995 CCHFA เปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็น Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) โดยทำหน้าที่รับรองคุณภาพบริการอื่นๆนอกสถานพยาบาลด้วย CCHSA มีพันธกิจในการส่งเสริมให้มีการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในสถานพยาบาลทั้งหมดของแคนาดา โดยเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลต่างๆเข้าร่วมกระบวนการรับรองคุณภาพด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้ที่จะได้รับประโยชน์สูงสุดคือประชาชนนั่นเอง ตัวแทนขององค์กรสมาชิกประกอบด้วยองค์กรสมาคมวิชาชีพ สมาคมโรงพยาบาล ราชวิทยาลัย แพทย์และศัลยแพทย์ สมาคมโรงเรียนแพทย์ และตัวแทนผู้บริโภค

CCHSA ให้คำจำกัดความของคุณภาพว่า “เป็นการทำสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ดีและถูกค่าพึงพอใจ” CCHSA ได้เริ่มนำแนวคิดของ Continuous Quality Improvement (CQI) มาใช้เป็นพื้นฐานในการรับรองคุณภาพอย่างเป็นทางการในปี ค.ศ.1992 โดยการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลและการประเมินคุณภาพ CCHSA ได้ให้คำจำกัดความว่า “เป็นแนวคิดและระบบการบริหารซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทุกระดับมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติและเครื่องมือของกระบวนการกลุ่มเพื่อลดความสูญเปล่า ความซ้ำซ้อน และความซับซ้อนที่ไม่จำเป็น เป้าหมายคือการตอบสนองหรือทำให้เกิดความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ส่งมอบสินค้า และชุมชน” จุดเน้นของ CCHSA อยู่ที่ความเป็นเลิศของการบริการ ประเมินภาพรวมขององค์กรว่าทำงานร่วมกันอย่างไร ประเมินการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และวิธีการบริหารจัดการ เน้นการประสานงานที่ดี โดยมุ่งที่ลูกค้า ผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทความรับผิดชอบ และความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนอื่นๆในฐานะผู้ให้บริการ และสมาชิกของทีม โครงสร้างพื้นฐานและบริการสนับสนุนซึ่งเอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพของบริการและการดูแลรักษา

อย่างไรก็ตาม CCHSA จะไม่เข้าไปประเมินโรงพยาบาลในส่วนที่มีองค์กรอื่นทำหน้าที่ประเมินอยู่แล้ว แต่จะนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะขององค์กรเหล่านั้นเข้ามาพิจารณาร่วม

ด้วย ทั้งนี้กระบวนการรับรองคุณภาพต้องการให้บุคลากรในโรงพยาบาลทำงานเป็นทีม สร้างให้เกิดการร่วมมือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างสถานพยาบาลและผู้ประเมิน เน้นที่กระบวนการเรียนรู้ไม่ใช่การตรวจสอบ ใช้หลักการของการปรับปรุงคุณภาพ การทำงานให้ดีที่สุด ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด มุ่งเน้นที่เป้าหมายมากกว่าวิธีการ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ระหว่างผู้สร้างและผู้รับผลงาน

มาตรฐานสำหรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแต่เดิมเป็นมาตรฐานที่เน้นด้านโครงสร้าง มีลักษณะคล้ายคำสั่งว่าต้องมี หรือทำอะไรบ้าง (Prescriptive) การนำแนวคิด CQI มาใช้ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศแคนาดานำไปสู่มาตรฐานฉบับใหม่ในปี ค.ศ.1995 ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาที่สะท้อนถึงปรัชญาเรื่องคุณภาพ มีเนื้อหาด้านมาตรฐานเชิงโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ในระดับที่สมดุลกัน และมุ่งสู่ความเป็นเลิศ ไม่ใช่มาตรฐานขั้นต่ำ การจัดทำมาตรฐานเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง และมีการทบทวนกันทุก 2 ปีครั้ง กระบวนการทบทวนมาตรฐานเริ่มต้นด้วยข้อมูลและความต้องการจากพื้นที่ มีการศึกษาค้นคว้ามาตรฐานของต่างประเทศ สร้างกรอบความคิด นำมาจัดทำเป็นร่างมาตรฐานให้คณะกรรมการที่ปรึกษาพิจารณา อาจมีการทดลองใช้ก่อนผ่านการทบทวนอีกครั้ง และจะมีการติดตามประเมินผลหลังใช้งานไปแล้ว 1 ปี กรอบมาตรฐานในปัจจุบันยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะถือว่ากิจกรรมทุกอย่างเป็นไปได้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และลูกค้ายื่นๆ อาจแบ่งได้เป็นระดับดังนี้คือ

1. ผู้ป่วย ครอบครัวและลูกค้ายื่นๆ ซึ่งจะพิจารณาที่กระบวนการทำให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายและติดตามรักษา ความพึงพอใจของผู้ป่วยและลูกค้ายื่นๆ

2. ผู้ให้บริการ จะพิจารณาจากกระบวนการในการเตรียมผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา การประเมินผลการดูแลรักษา การจำหน่ายและติดตามรักษากิจกรรมประเมินและปรับปรุงคุณภาพ

3. ระบบที่สนับสนุน ได้แก่ การประเมินการพัฒนาและจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดการสารสนเทศ การจัดการสิ่งแวดล้อม

4. ทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ ได้แก่ การประเมินภาวะผู้นำและการทำงานร่วมกันในระดับการกำหนด/ กำกับนโยบาย และการจัดการเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปรับปรุงคุณภาพ

นอกจากนี้ยังมีมาตรฐาน ISO หรือ International Organization for Standardization เป็นองค์กรระหว่างประเทศที่ว่าด้วยการมาตรฐานตั้งอยู่ ณ กรุงเจนีวาประเทศสวิตเซอร์แลนด์ จัดเป็นองค์กร ชำนาญพิเศษที่มีใช้หน่วยงานรัฐบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการกำหนดมาตรฐาน ผลิตภัณฑ์ อุตสาหกรรมให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อประโยชน์ทางการค้าหรือเกิดมาตรฐานของโลกที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นไปในอนาคต โดยมาตรฐานของ ISO นี้จัดเป็นมาตรฐานของระบบองค์กร ซึ่งในประเทศไทยมีสำนักงานมาตรฐาน ผลิตภัณฑ์ อุตสาหกรรม(สมอ.) เป็นตัวแทนของ ISO ในการจัดการด้านมาตรฐานสากลต่างๆ ความเป็นมาของระบบ ISO เริ่มขึ้นจากระบบการ

ตรวจรับสินค้าของทหารองค์การนาโต้ ซึ่งเดิมจะตรวจสอบเฉพาะสินค้าที่ได้มาตรฐาน เพื่อนำมาใช้ เท่านั้นแต่ต่อมาพบว่าการตรวจสอบสินค้าที่ได้รับ ณ ปลายทางว่าได้มาตรฐานนั้นไม่ใช่ข้อสรุปที่ สมบูรณ์ทีเดียวจึงมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการตรวจสอบสู่กระบวนการผลิต โดยต่อมาประเทศ อังกฤษ ได้นำระบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในระบบ BS5750 ซึ่งกลายมาเป็นต้นแบบของมาตรฐาน ISO ในเวลาต่อมา (ประชาสรรค์ แสนภักดี, 2552)

สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม(สมอ.) ได้นำระบบคุณภาพอนุกรม มาตรฐานสากล ISO มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพในการบริหารองค์การโดยมาตรฐาน ISO ที่สำคัญได้แก่ ISO9000 ที่เน้นความสำคัญในเรื่องของระบบคุณภาพองค์การ ISO14000 ที่เน้น ความสำคัญในเรื่องของการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมขององค์การ (Environment) และนอกจากนี้ แล้วยังมีมาตรฐาน มอก.18000 ซึ่งรับเอาแนวทางมาจาก BS8800 ที่เน้นการจัดการอาชีวอนามัยและ ความปลอดภัยในองค์การโดยลักษณะของมาตรฐาน ISO ประเภทต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวน วรรณกรรมมาตรฐานที่โรงพยาบาลนำมาใช้รับรองคุณภาพส่วนใหญ่ คือ อนุกรมมาตรฐาน ISO 9000 คือ มาตรฐานระบบการบริหารงานคุณภาพ เป็นมาตรฐานระบบคุณภาพเพื่อพัฒนา และยกระดับการบริหาร การดำเนินงาน หรือการจัดการคุณภาพและประกับคุณภาพ โดยเน้นการสร้าง คุณภาพภายในองค์การ ซึ่งไม่ได้จำกัดว่าจะเป็นองค์การประเภทใด ขนาดเท่าใด ผลิตสินค้าและ ให้บริการแบบใด มีแนวความคิดที่สำคัญ คือ สามารถตรวจติดตามระบบคุณภาพได้โดยผ่านทาง เอกสาร ISO 9000 นี้ สมอ.ได้นำมาประกาศใช้ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2534 ในชื่อ "อนุกรม มาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพ มอก-ISO9000" ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าองค์การจะสามารถ สร้างสรรค์สินค้าและบริการได้ตามที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการพึงพอใจ กล่าวได้ว่า ISO9000 เป็น มาตรฐานที่มีได้หมายถึงการรับประกันสินค้าและบริการแต่หมายถึงสินค้าและบริการจะมีคุณภาพ ได้เกิดขึ้นจากระบบที่มีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองต่อลูกค้าหรือผู้รับบริการ หรืออีกนัยหนึ่งก็ คือ เมื่อกระบวนการ (Process) ดี ผลลัพธ์ (Output) ก็ย่อมจะดีไปด้วย การจัดทำระบบคุณภาพ สามารถกระทำได้ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ทบทวนสถานภาพกิจการ พิจารณาว่าองค์การมีความ เหมาะสมกับ ISO ประเภทใด จากนั้นผู้บริหารระดับสูงจึงกำหนดนโยบายและตั้งคณะทำงาน 2) จัดทำแผนการดำเนินการและระบบเอกสาร คณะทำงานจัดทำคู่มือในการทำงานในขั้นตอนต่างๆ รวมทั้งคู่มือคุณภาพและฝึกอบรมทำความเข้าใจต่อพนักงานทุกระดับให้เข้าใจตรงกัน 3) นำระบบ เอกสารบริหารงานคุณภาพไปปฏิบัติ 4) ตรวจสอบระบบบริหารงานคุณภาพว่า ระบบที่สร้างขึ้น เหมาะสมเพียงใด ถ้าพบข้อบกพร่องก็จัดการปรับปรุงแก้ไข อนุกรมมาตรฐาน ISO 9000 นี้ นอกจากจะนำมาใช้แพร่หลายในองค์กรธุรกิจ ต่างๆ เช่น ธนาคาร โรงพยาบาลเอกชน สายการบิน บริษัทประกันภัย สถาบันฝึกอบรม โรงเรียน และอื่นๆ แล้วยังสามารถนำมาใช้กับหน่วยงานราชการ และรัฐวิสาหกิจเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน (ประชาสรรค์ แสนภักดี, 2552)

นอกเหนือจากนั้นยังมีการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลที่ดำเนินการโดย Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 ที่ผู้วิจัยเลือกมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ซึ่งได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาลภายในประเทศสหรัฐอเมริกา และต่อมาได้ดำเนินการรับรองคุณภาพไปทั่วโลก เพื่อการปรับปรุงคุณภาพความปลอดภัย และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง ทำให้เป็นที่ยอมรับกันอย่างทั่วโลก ซึ่งมีความหมาย และจุดประสงค์ของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ดังนี้

2.1 ความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล

JCAHO (2007) ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลว่า หมายถึง การเข้าถึงความต้องการของผู้รับบริการ สามารถจำแนกได้ และมีความเป็นกลางอย่างชัดเจนจากองค์การด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงองค์การทางด้านสุขภาพเพื่อเป็นการตัดสินใจการรับรองคุณภาพที่ได้มาตรฐานความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ โดยจะใช้วิธีการสมัครใจของโรงพยาบาลที่จะเข้ารับการรับรองคุณภาพด้วยความสมัครใจ ซึ่งมาตรฐานการรับรองคุณภาพนั้นต้องเป็นรูปธรรมและรับรองผลประโยชน์ การรับรองคุณภาพเป็นการดูแลด้านคุณภาพการบริการผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และการทำงานที่ต่อเนื่องเพื่อลดความเสี่ยงของผู้รับบริการและบุคลากร การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเป็นที่น่าสนใจไปทั่วโลก เนื่องจาก มีคุณภาพในด้านการประเมินคุณภาพ และการจัดการเครื่องมือ ตัวชี้วัดที่ดี และมีประสิทธิภาพ

2.2 จุดประสงค์และเป้าหมายของการริเริ่มของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

Joint Commission International Accreditation (JCIA) มีจุดประสงค์ของการรับรองคุณภาพ เพื่อเสนอแนะมาตรฐานในระดับสากลแก่สังคมที่มีกระบวนการของจุดมุ่งหมายสำหรับประเมินองค์การด้านสุขภาพ เป้าหมายของมาตรฐานคือกระตุ้น และสาธิตการชี้แจงไว้ซึ่งการปรับปรุงองค์การด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากมาตรฐานที่คนส่วนใหญ่ให้การยอมรับในระดับสากล โดยมีเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสากลและมีเครื่องชี้วัดที่สนับสนุนชัดเจน ในการพัฒนามาตรฐาน ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 นี้ JCIA ได้จัดมาตรฐานในการรับรองคุณภาพไว้สำหรับ ห้องปฏิบัติการ (Clinical laboratory) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (The care continuum-home care, assisted living, long term care, hospital care) องค์การการขนส่งยา (Medical transport organizations) และการดูแลด้านการเดินทางของผู้ป่วย (Ambulatory care) รวมไปถึงโปรแกรมด้านการเตรียมความพร้อมด้านโรคที่เฉพาะเจาะจง เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งการจัดโปรแกรมเพื่อการรับรองคุณภาพนั้น ได้ประยุกต์ให้อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดที่ได้มาตรฐานในระดับสากล ดังนี้

1. เป็นมาตรฐานที่ยอมรับในระดับสากล พัฒนาและควบคุมโดยคณะกรรมการในระดับสากลและรับรองจากผู้อำนวยการมาตรฐานสากลเป็นพื้นฐานของการรับรองคุณภาพ

2. นำปรัชญาและพื้นฐานหลักการมาตรฐานมาจาก การบริหารคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. กระบวนการรับรองคุณภาพถูกออกแบบมาให้ความเหมาะสมและถูกต้องตามกฎหมาย สอดคล้องกับศาสนา วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น ถึงแม้ว่ามาตรฐานความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจะถูกกำหนด แต่ก็ต้องพิจารณาตามลักษณะเฉพาะของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งมีความแตกต่างกันด้วย

4. ทีมสำรวจจะกำหนดการตรวจเยี่ยมได้ต้องขึ้นอยู่กับขนาดขององค์กรและระดับของการเตรียมการบริการ ยกตัวอย่างเช่น หากโรงพยาบาลมีขนาดใหญ่ จะดำเนินการสำรวจเป็นระยะเวลา 4 วัน โดยทีมสำรวจประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผู้บริหาร หากโรงพยาบาลมีขนาดเล็กจะใช้เวลา 2-3 วัน ปกติแล้วหากเป็นห้องปฏิบัติการจะใช้ผู้สำรวจเพียงคนเดียว สำรวจไม่เกิน 2 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนการเตรียมของที่ทดลองและการดำเนินการ

5. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลถูกออกแบบมาอย่างมีหลักการ มีเป้าหมาย และมีความน่าเชื่อถือ มีพื้นฐานการวิเคราะห์ของผลการสำรวจ และตัดสินใจผลสำรวจโดยคณะกรรมการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากล

2.3 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล

JCAHO (2008) กล่าวถึงแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลหรือ JCI ในฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (3rd edition) เป็นแนวคิดของการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้ถูกพัฒนาและควบคุมมาจากคณะกรรมการเฉพาะกิจที่ JCIHO จัดตั้งขึ้น และได้รับการรับรองจากองค์กรแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ให้เป็นหลักพื้นฐานในการรับรองคุณภาพได้ทั่วโลก ซึ่งแนวคิดนี้จะอยู่บนพื้นฐานแนวคิดของหลักการการบริหารคุณภาพ (Quality Management: QM) และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) ซึ่งกระบวนการการรับรองคุณภาพมีการออกแบบที่เหมาะสมถูกต้องตามกฎหมาย สอดคล้องกับศาสนา และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น แต่ยังคงรูปแบบของความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานสูงของ JCIHO ไว้ เช่นเดิม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดพื้นฐานของการบริหารคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่ JCI นำมาใช้ ดังนี้

การบริหารคุณภาพ

Crosby (1979) กล่าวว่า การบริหารคุณภาพไม่ได้เป็นสิ่งที่ง่ายแต่ก็ไม่ได้ยากเกินไป ปัญหาของการบริหารคุณภาพไม่ใช่ว่าทุกคนไม่รู้เกี่ยวกับการบริหารคุณภาพ หากคือทุกคนคิดว่ารู้แล้ว จึงทำให้ยากต่อที่ทุกคนจะพัฒนาให้ดีขึ้นทุกปีของการคงอยู่ในงานการบริหารคุณภาพ ซึ่งตามแนวคิดการบริหารคุณภาพของ Crosby มี ดังนี้

หลักการพื้นฐานที่สำคัญในการบริหารคุณภาพ

หลักการพื้นฐาน และวิธีการของ Crosby คือการป้องกัน ซึ่งได้อธิบายไว้ 6 ด้านคือ 1) การทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น 2) การไม่มีข้อบกพร่อง และวันแห่งการไม่มีข้อบกพร่อง 3) ความสมบูรณ์แบบด้านคุณภาพ 4 ประการ 4) ขั้นตอนการป้องกัน 5) วัดชี้้นคุณภาพ และ 6) หลักการ 6 Cs ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Suarez, 1992)

1. การทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น

วิธีการของ Crosby ได้เน้นไปที่การทำสิ่งต่างๆให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น ในปรัชญานั้นไม่มีระดับของความแตกต่างในด้านคุณภาพ หมายถึงสิ่งที่ไม่ดีไม่มีเหตุผลที่จะวางแผนกำหนดกลยุทธ์และลงทุนในสิ่งที่ไม่ตรงและไม่สอดคล้องกับความต้องการ ดำเนินการไปในทางที่ไม่ถูกต้อง และเน้นวิธีการบริหารจัดการคุณภาพคือ การป้องกันไม่ใช่การคอยตรวจสอบหรือทดสอบสินค้าใดที่มีคุณลักษณะตรงกับคุณลักษณะที่สินค้านั้นถูกออกแบบมาถือว่าเป็นสินค้าที่มีคุณภาพ

Crosby ได้กล่าวว่าความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องคุณภาพ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้จัดการมักคิดว่าความผิดพลาดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งนี้เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นได้ในวงการธุรกิจ และเป็นสิ่งที่จะต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องดังกล่าวด้วยการบริหารจัดการปัญหาเหล่านั้น และมีการให้รางวัลและการสนับสนุนองค์กร เพื่อป้องกันการผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น หากยึดติดในเรื่องของตารางการทำงานมากกว่าเรื่องของคุณภาพ ก็จะเป็นการเน้นไปที่ตัวงาน

2. การไม่มีข้อบกพร่อง และวันแห่งการไม่มีข้อบกพร่อง

เป้าหมายขั้นสูงสุดของกระบวนการพัฒนาคุณภาพของ Crosby นั้นคือ การไม่มีข้อบกพร่อง หรือสินค้าและบริการที่ไม่มีข้อบกพร่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับความเชื่อโดยทั่วไป การไม่มีข้อบกพร่องไม่ได้เป็นเพียงสโลแกนที่ชักจูงใจเท่านั้นแต่เป็นทัศนคติและข้อตกลงที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นผ่านการป้องกัน การไม่มีข้อบกพร่องไม่ได้หมายความว่าสินค้านั้นต้องสมบูรณ์แบบ แต่หมายความว่าทุกคนทุกหน่วยในองค์กรจะต้องพร้อมใจและร่วมใจกันในการทำตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ตั้งแต่ครั้งแรก และจะต้องไม่ยอมรับหรืออ่อนข้อให้กับสิ่งที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในการทำงานที่จะทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ ต้องเน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบความต้องการร่วมกัน เพื่อให้ทุกคนจะสามารถปฏิบัติตามที่ได้กำหนดไว้ วิธีการนี้ถือเป็นการกำหนดและสร้างเรื่องของวันแห่งการไม่มีข้อผิดพลาด โดยเป็นวันที่ทุกคนทั้งระดับผู้บริหารและลูกจ้างจะได้เข้ามายืนยันในสิ่งที่ตนได้ให้ไว้ในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพ

3. ความสมบูรณ์แบบด้านคุณภาพ 4 ประการ

การพัฒนาคุณภาพเริ่มต้นด้วยสิ่งที่ Crosby เรียกว่าความสมบูรณ์แบบด้านการจัดการคุณภาพ 4 ประการ ซึ่งมีแนวความคิดหลักดังต่อไปนี้

1. คุณภาพเป็นความสอดคล้องกันของความต้องการด้านต่างๆ การปฏิบัติต่างๆที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนองค์กรได้สร้างสินค้าและบริการ รวมไปถึงการติดต่อกับลูกค้านั้นจะต้องตรงกับความต้องการที่แท้จริง หากผู้บริหารต้องการให้คนในองค์กรทำสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่แรก ก็จำเป็นจะต้องสื่อสารให้ชัดเจนว่าความต้องการที่ปรารถนานั้นคืออะไร และทำอะไรจึงจะประสบผลหรือได้รับผลตามความต้องการนั้น โดยผ่านการ ฝึกอบรม ภาวะการเป็นผู้นำ และการสร้างบรรยากาศในการสร้างความร่วมมือที่ดี

2. ระบบของคุณภาพ คือการป้องกัน ซึ่งหมายถึงการกำจัดข้อผิดพลาดก่อนที่จะเกิดขึ้น โดยใช้วิธีการให้การฝึกอบรม การสร้างระเบียบวินัย การให้ตัวอย่าง และการสร้างภาวะผู้นำเป็นสิ่งที่สร้างการป้องกันให้เกิดขึ้น ซึ่งผู้บริหารจะต้องสร้างสิ่งเหล่านี้ให้เกิดขึ้นในบรรยากาศของการทำงาน

3. มาตรฐานของการปฏิบัติงานคือ จะต้องไม่มีข้อผิดพลาด หรือการทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก ทักษะคิดการทำให้ใกล้เคียงหรือเต็มที่สุดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้ในวิธีการของ Crosby ความผิดพลาดเป็นสิ่งที่มีความถี่ไม่อาจเพิกเฉยได้ ผู้นำจะต้องช่วยผู้อื่นในการจัดเตรียมสิ่งที่จำเป็นในการกำหนดรูปแบบความต้องการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเวลา และเครื่องมือต่างๆที่จำเป็นต่อพนักงานทุกคน

4. การจัดการด้านคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในเรื่องของเครื่องมือการจัดการในการวิเคราะห์ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร

ทั้ง 4 ด้านนี้มีส่วนช่วยในการจัดการที่เน้นไปในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพ ทั้งยังช่วยเปลี่ยนความคิดของสิ่งที่เรียกว่า Conventional Wisdom ซึ่งเป็นความคิดที่ว่า ถ้าคุณภาพเพิ่ม ค่าใช้จ่ายก็ต้องเพิ่ม ไปสู่ความคิดที่ว่า คุณภาพและค่าใช้จ่ายนั้นไม่ได้แข่งขันซึ่งกันและกัน ดังนั้นแสดงให้เห็นว่า คุณภาพเพิ่ม ค่าใช้จ่ายลดลง โดยเหตุผลนี้นำไปสู่วลีที่มีชื่อเสียงคือ “คุณภาพเป็นสิ่งที่ไม่ต้องเสียอะไร แต่ไม่ใช่ของขวัญ” เพื่อที่จะกำหนดใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพของ Crosby ได้ให้ภาพ 14 ขั้นตอนซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารระดับสูง และพนักงานทุกคน คือ 1) คำมั่นมั่นของฝ่ายบริหาร 2) ทีมปรับปรุงคุณภาพ 3) มาตรฐานคุณภาพ 4) ต้นทุนของการประเมินคุณภาพ 5) การตระหนักถึงคุณภาพ 6) คำเนิการแก้ไข 7) การจัดตั้งกรรมการเฉพาะกิจเรื่องโปรแกรมบกพร่องเป็นศูนย์ 8) การฝึกอบรมหัวหน้า 9) จัดวันบกพร่องเป็นศูนย์ 10) การตั้งเป้าหมาย 11) กำจัดเหตุของการผิดพลาด 12) ให้คำชม 13) ตั้งสภาคุณภาพ และ 14) ทำอย่างนี้ซ้ำแล้วซ้ำอีก (กิดดิวิตน์ สิริเกษมสุข และคณะ, 2552) โดยขั้นตอนทั้ง 14 ข้อนี้ได้แสดงให้เห็นถึงเทคนิคของ Crosby ในเรื่องของการจัดการพัฒนาคุณภาพ และการสื่อสารความสมบูรณ์แบบด้านคุณภาพ 4 ประการดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

4. กระบวนการป้องกัน

การป้องกันนั้นเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด การวางแผน การวิเคราะห์ในเรื่องของความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เพื่อจะนำไปปฏิบัติใช้เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น ปัญหาโดยส่วนใหญ่ันั้นเกิดจากความผิดพลาดและการขาดในเรื่องของความต้องการที่แท้จริงในเรื่องสินค้าและบริการ ซึ่งต้องเริ่มด้วยการหาความต้องการที่แท้จริงของสินค้าและบริการ การพัฒนาสินค้าและบริการ ซึ่งได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเปรียบเทียบกับความต้องการที่แท้จริง และนำไปปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องและตลอดไป

5. วัคซีนคุณภาพ

Crosby กล่าวว่าปัญหาเปรียบเสมือนเชื้อโรคที่มีต่อเครื่องมือการจัดการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับวัคซีนหรือการสร้างภูมิคุ้มกันในการที่จะป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น การสร้างวัคซีนนี้ซึ่งประกอบด้วยการจัดการ 3 ด้าน คือ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหานี้แท้จริง การให้ความรู้ การปฏิบัติในสิ่งที่ได้ตัดสินใจ ผู้บริการระดับสูงมีส่วนรับผิดชอบและบริหารจัดการในเรื่องเหล่านี้ให้เกิดขึ้นอยู่เสมอ การวิเคราะห์สาเหตุได้แสดงให้เห็นโดยการที่ผู้บริหารเห็นความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงบางอย่างให้ตรงกับความต้องการ และสิ่งนั้นจำเป็นที่จะต้องอาศัยการจัดการจากฝ่ายบริหาร การให้ความรู้เป็นขั้นตอนพื้นฐานที่จะต้องเตรียมให้กับพนักงานทุกคนให้เข้าใจถึงบทบาทของตนในขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ ทั้งยังช่วยพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นด้วย และสุดท้ายคือ การนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะประกอบด้วยการพัฒนาแผนงาน การกระจายงาน จัดสรรทรัพยากร และการสนับสนุนอันจะเกี่ยวข้องกับปรัชญาในการพัฒนาคุณภาพที่ว่า ผู้บริหารจะต้องเป็นตัวอย่าง และให้การศึกษาความรู้อย่างต่อเนื่อง

6. ขั้นตอน 6 Cs

การให้การศึกษาความรู้เป็นกระบวนการที่มีหลายขั้นตอนที่ทุกองค์การจะต้องผ่านมันไปให้ได้ ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า ขั้นตอน 6 Cs ประกอบด้วย

ความเข้าใจแบบมีคุณภาพ (Comprehension) ซึ่งจะต้องเริ่มจากผู้บริหารระดับสูง เรื่อยมาจนถึงพนักงานทุกคน หากปราศจากความเข้าใจแล้วการพัฒนาคุณภาพก็จะไม่เกิดขึ้น

ข้อตกลง (Commitment) ซึ่งจะต้องเริ่มจากผู้บริหารระดับสูง และนำเสนอสิ่งซึ่งผู้จัดการทั้งหลายได้กำหนดเป็นนโยบายออกมา

ศักยภาพและความสามารถ (Competence) เป็นการพัฒนาด้านการศึกษาและการฝึกอบรม ในช่วงขั้นตอนนี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อการปฏิบัติตามขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ

การติดต่อสื่อสาร (Communication) สิ่งที่ได้พยายามดำเนินการทุกอย่างควรจะต้องมีการเก็บบันทึกไว้เป็นเอกสาร เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างเต็มที่ในเรื่องของคุณภาพให้กับทุกคนในองค์การ

การแก้ไข (Correction) ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การป้องกัน และการปฏิบัติงาน

การสร้างความต่อเนื่อง (Continuance) ที่มุ่งเน้นไปสู่วิธีการที่จะกลายมาเป็นวิถีชีวิตและวัฒนธรรมขององค์กรในที่สุด ซึ่งการสร้างความต่อเนื่องนั้นมีพื้นฐานอยู่บนความจริงที่ว่า การทำสิ่งใดไม่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายและเวลาที่มากกว่าเสมอ ดังนั้นการสร้างคุณภาพขึ้นมาจะต้องดำเนินการทุกวัน

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ การสร้างคุณภาพจะต้องดำเนินการโดยการป้องกันข้อผิดพลาดและการกำหนดรูปแบบความต้องการต่างๆ ที่ชัดเจนขึ้นมาซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากทุกฝ่าย รวมถึงจะต้องรู้วิธีการที่จะทำให้ความต้องการเหล่านั้นสำเร็จผล ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินนั้นเป็นสิ่งที่เน้นในเรื่องของมาตรการ การวัดผลต่างๆ และสร้างสิ่งที่จะช่วยผู้จัดการในการติดตามตรวจสอบค่าใช้จ่ายเหล่านี้ ที่เป็นการวัดผลอย่างต่อเนื่องในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองกับค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่าในการทำอะไรให้ถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก ซึ่งเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน กิจกรรมที่ผู้บริหารและพนักงานทุกคนต้องตระหนักและตกลงร่วมกันอยู่เสมอในเรื่องของคุณภาพ โครงการการฝึกอบรมจะเน้นไปที่การพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นเรื่องคุณภาพ เป้าหมายสูงสุดคือ การที่ต้องมีสินค้าและบริการที่ไม่มีข้อผิดพลาดและข้อบกพร่องต่อลูกค้า

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

Juran (1988) ได้เสนอวิธีการเชิงกลยุทธ์และโครงสร้างที่จะสามารถได้รับความสำเร็จด้านคุณภาพ แนวคิดที่เขาได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยหลักการ 5 ประการ คือ 1) กระบวนการแบบขดหอย ในเรื่องคุณภาพ 2) การค้นพบ 3) วิธีการแบบโครงการต่อโครงการ 4) โตรภาคของ Juran 5) หลักการของสิ่งเล็กน้อยแต่สำคัญ และสิ่งมากมายที่ไม่สำคัญ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Suarez, 1992)

1. กระบวนการแบบขดหอย ในเรื่องคุณภาพ

ไม่ว่าองค์กรใดก็ตามควรที่จะผลิตและจัดจำหน่ายสินค้าผ่านกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงซึ่งจัดการโดยแผนกและหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษ กิจกรรมเหล่านี้เป็นภาพของกระบวนการแบบขดหอยในด้านคุณภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติที่มีความจำเป็นก่อนหน้าทีสินค้าและบริการจะออกสู่ตลาด ในแต่ละแผนกของรูปแบบขดหอย ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายบริการลูกค้า ฝ่ายการตลาด ฝ่ายจัดซื้อนั้นจะต้องรับผิดชอบในการดำเนินงานตามหน้าที่พิเศษที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วง นอกจากนั้นยังถูกได้รับมอบหมายให้แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในหน้าที่บางอย่างขององค์กรอีกด้วย เช่น ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ฝ่ายการเงิน และฝ่ายคุณภาพคุณภาพได้แสดงผลจากความสัมพันธ์ของทุกหน่วยงาน ภายในโครงสร้างขดหอยนี้ กิจกรรมต่างๆ ที่ทำผ่านแผนกต่างๆ ภายใต้โครงสร้างแบบขดหอยนั้นเรียกว่า แผนกใดประสบความสำเร็จในด้านคุณภาพ โครงการต่างๆ ด้านการพัฒนาคุณภาพถูกดำเนินการทั่วทั้งองค์กร ได้แก่ 1) การชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมให้มันตรงตามวัตถุประสงค์ขององค์กรในเรื่องของความเหมาะสมในการนำไปใช้ 2) การมอบหมายกิจกรรมให้กับหน่วยงานและองค์กรที่หลากหลาย 3) การจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกและเครื่องมือที่จำเป็นต่อการดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ 4) การดำเนินกิจกรรมที่

ได้รับมอบหมายภายในหน่วยงานที่กำหนด 5) การทำให้มั่นใจว่ากิจกรรมเหล่านี้ดำเนินไปอย่างถูกต้องเหมาะสม และ 6) การประสานงานกิจกรรมของแต่ละแผนก

2. การค้นพบ

การค้นพบ ในฐานะที่เป็นการเคลื่อนไหวไปอย่างมีการตัดสินใจที่นำไปสู่การปฏิบัติงานแบบใหม่ในระดับที่สูงขึ้น การค้นพบสิ่งที่น่าจะเกิดขึ้นจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่จะแสดงผลของการพัฒนาในด้านคุณภาพและจะส่งออกมาสู่การปฏิบัติที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนซึ่งจะช่วยให้เกิดการเกิดสินค้าที่เป็นนวัตกรรมใหม่ขึ้นมา การค้นพบนี้จะสามารถนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการเป็นผู้นำด้านคุณภาพ อย่างไรก็ตามอุปสรรคบางประการที่มีผลต่อโอกาสในการค้นพบ คือสิ่งนี้อาจถูกต่อต้านจากผู้ที่ยึดติดกับระเบียบปฏิบัติเดิมๆตามที่เคยมา และยังคงรักษารูปแบบการปฏิบัติงานเช่นเดิมไว้ เช่นในเรื่องของการแก้ไขปัญหา การเน้นบางอย่างในระยะสั้น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นจะต้องยึดถือไว้ แต่จะไม่ได้นำไปสู่การพัฒนาและนวัตกรรมใหม่ ดังนั้นการค้นพบรูปแบบกิจกรรมใหม่จำเป็นที่จะต้องมีการปฏิบัติงานและนวัตกรรมในระดับที่สูงกว่าเพื่อที่จะสร้างความพึงพอใจของลูกค้าให้มากยิ่งขึ้น ทั้งการพัฒนาก้าวไปข้างหน้า และการปฏิบัติตามแบบเดิมเป็นส่วนหนึ่งของวงกลมแห่งการปฏิบัติงานที่ก้าวไปข้างหน้าอย่างรวดเร็วหรือเชิงซ้ำ ซึ่งกิจกรรมทั้งหลายที่ระดับผู้จัดการทำนั้นมีส่วนต่อการค้นพบสิ่งใหม่ หรือการอยู่กับที่ ซึ่งการค้นพบสิ่งใหม่ที่จะเกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นได้เมื่อผ่านขั้นตอนเหล่านี้

3. วิธีการแบบโครงการต่อโครงการ

วิธีการนี้ได้มีการกำหนดทีมขึ้นมา 2 ชุด ชุดหนึ่งจะเป็นทีมที่คอยกำหนดทิศทาง ส่วนอีกชุดจะเป็นทีมที่คอยวิเคราะห์ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น มีการจัดตั้งคณะกรรมการฝ่ายบริหารเพื่อที่จะเชิญชวนให้พนักงานทุกคนมีส่วนในการเสนอชื่อโครงการ และคณะกรรมการชุดนี้ยังต้องกำหนดและเลือกโครงการประจำปี และแต่งตั้งทีมในการดำเนินงานในแต่ละโครงการ โดยการกำหนดสมาชิกทีมนั้นจะขึ้นอยู่กับจำนวนโครงการที่กำหนดขึ้นมา วิธีการนั้นต้องการให้สมาชิกในทีมนั้นได้มีการพัฒนาทักษะในความเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วมในทีม และการได้รับความรู้เพื่อเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งพนักงานทุกคนยังต้องมีส่วนร่วมในขั้นตอนการพัฒนา และมีทักษะที่จำเป็นต่อการพัฒนาอีกด้วย

เป้าหมายหลักของทั้งสองทีมนี้คือจะต้องแก้ไขปัญหา แต่ความแตกต่างระหว่างการแก้ไขปัญหาเฉพาะจุดกับการขจัดสาเหตุของปัญหาทั้งหมดออกไป ซึ่งเรียกขั้นตอนนี้ว่าเป็นวิถีแห่งอาการไปสู่สาเหตุโดยการตรวจสอบอาการนั้นจะต้องเป็นจุดเริ่มต้นที่ทีมจะต้องปฏิบัติ อาการเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นว่ามีบางสิ่งบางอย่างผิดปกติ เมื่ออาการถูกตรวจพบและชี้ชัดแล้ว ขั้นตอนต่อไปทีมจะต้องคิดวิธีการแก้ปัญหา อย่างไรก็ตามสมาชิกทุกคนจะต้องค้นหาถึงสาเหตุเป็นอันดับแรก

วิธีที่จะอธิบายว่าทีมต่างๆนั้นจะต้องมีส่วนร่วมต่อกันและกันอย่างไรมี 2 วิธีคือวิธีการตรวจสอบอาการ ไปสู่สาเหตุ ที่เรียกว่าวิธีแห่งการตรวจสอบ และอีกวิธีหนึ่งคือการวิเคราะห์

จากสาเหตุไปสู่การแก้ไข ที่เรียกว่าขั้นตอนแห่งการแก้ไข ทั้งสองวิธีการนี้มีจุดประสงค์ที่ต่างกัน และต้องการทีมที่มาจากคนหลายๆฝ่าย หลายๆระดับและหลายๆแผนภายในองค์กรที่มีทักษะที่หลากหลาย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากทีมเหล่านี้จะต้องถูกบันทึกและนำเสนอต่อองค์กรในการตรวจสอบประจำปี และดำเนินการขั้นตอนเหล่านี้ในเรื่องการกำหนดโครงการสำหรับปีต่อไป เหมือนเช่นเดิม

4. ไตรภาคแห่ง Juran

สิ่งนี้ได้กำหนดวิธีการเชิงระบบเพื่อที่จะดำเนินวิธีการสำหรับการบริหารจัดการคุณภาพให้สำเร็จ แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญนั้นคือจะต้องได้รับการปฏิบัติมาจากผู้บริหารระดับสูง ในวิธีการไตรภาคแห่ง Juran นั้นกล่าวว่า การจัดการด้านคุณภาพนั้นจะต้องประกอบด้วย 3 สิ่งที่มีความสัมพันธ์กันนั้น คือการวางแผนคุณภาพ การควบคุมคุณภาพ และการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ โดยการวางแผนคุณภาพนั้นเกี่ยวข้องกับการสร้างขั้นตอนในการที่จะบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ผู้ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในขั้นตอนนี้จะต้องตระหนักในเรื่องของการวิเคราะห์ว่าใครคือลูกค้าและความต้องการและความคาดหวังของลูกค้านั้นคืออะไร การควบคุมคุณภาพนั้นจะเป็นเรื่องที่จะต้องพยายามรักษาประโยชน์ที่ได้รับเอาไว้และพยายามที่จะไม่ให้สิ่งที่ไม่ได้ประโยชน์นั้นเกิดขึ้น ทีมที่จะทำงานในฝ่ายนี้จะต้องคอยตรวจสอบถึงสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น สำหรับเรื่องของการพัฒนาคุณภาพนั้นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในด้านนี้จะต้องพยายามลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นและค่าใช้จ่ายสำหรับเรื่องของคุณภาพที่ไม่ได้มาตรฐานออกไป แต่สิ่งที่สำคัญคือจะต้องนำบทเรียนในเรื่องของการนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อที่จะบรรลุผลการปฏิบัติงานที่ดีกว่า ในขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน ในแต่ละขั้นตอนของไตรภาคนี้ คือ การวางแผน การควบคุม และการพัฒนาคุณภาพ เป็นสิ่งที่เป็นสากลปฏิบัติ กิจกรรมที่มีอยู่จะต้องชี้ให้เห็นในเรื่อง ลูกค้า มาตรการที่กำหนดไว้ และการวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งได้เปรียบเทียบให้เห็นหลักการกับหน่วยงานการเงินซึ่งนั่นก็คือ เมื่อเงินเปรียบเสมือนเครื่องมือในการจัดการในด้านการวางแผนก็เทียบได้กับการกำหนดงบประมาณ การควบคุมคุณภาพก็เปรียบเหมือนการควบคุมค่าใช้จ่าย และการพัฒนาคุณภาพนั้นก็เทียบได้กับการลดค่าใช้จ่าย

5. หลักการของสิ่งเล็กน้อยแต่สำคัญ และสิ่งมากมายที่ไม่สำคัญ

เนื่องจาก Juran เน้นถึงการลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะต้องแก้ไข โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับแผนภูมิของพาโลโต ซึ่งเป็นนักเศรษฐศาสตร์ชาวอิตาลี ที่ได้สร้างขึ้นในปี 1897 มาเป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาคุณภาพ โดยพาโลโตได้ศึกษาถึงเรื่องการกระจายความมั่งคั่ง ความมั่งคั่งโดยส่วนใหญ่ในสังคมเกิดขึ้นจากสัดส่วนของกลุ่มประชากรเพียงเล็กน้อย หากจะกล่าวอย่างทั่วไปก็คือ หลักการนี้ได้กล่าวว่ามีปัจจัยไม่กี่อย่างที่มีผลต่อประชากรส่วนใหญ่โดยรวม Juran ได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในโลกธุรกิจ ในการกำหนดปัญหาของเรื่องคุณภาพ กล่าวว่าการใช้จ่ายส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นกับสิ่งที่คุณภาพไม่ดีนั้น เราจะหาสาเหตุได้ไม่ยากนัก จึงเรียกว่าเล็กน้อยแต่สำคัญกับ

ข้อผิดพลาดอย่างอื่นที่เราสามารถจะมองข้ามไปได้บ้างในบางครั้ง ซึ่งอาจเรียกว่าสิ่งมากมายแต่ไม่สำคัญ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ วิธีการแบบโครงการต่อโครงการนั้นเป็นหัวใจของปรัชญา การใช้แนวความคิดในเรื่องกระบวนการแบบขดหอย และการค้นพบสิ่งที่จะเกิดขึ้นผู้จัดการทุกคนสามารถที่จะกำหนดเป้าหมายและพัฒนาในเรื่องที่เฉพาะเจาะจงลงไปได้ คุณภาพคือความเหมาะสมในการใช้งาน และความต้องการของลูกค้า ซึ่ง Crosby ได้กล่าวว่าค่าใช้จ่ายที่อยู่ในรูปของตัวเงินควรจะมุ่งเน้นไปที่เรื่องของมาตรการการต่างๆ อีกทั้งยังได้เน้นในเรื่องของเป้าหมายกว้างๆ ขององค์กร และการจัดการเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงด้วย จุดนี้มีเป้าหมายในเรื่องของการฝึกอบรม ในด้านการจัดการคุณภาพ และเทคนิคการแก้ไขปัญหา โดยวิธีการได้เน้นในเรื่องการวางแผน การควบคุม และการพัฒนาคุณภาพ ในฐานะที่เป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการคุณภาพ

มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (JCAHO, 2008) มีการพัฒนามาตรฐานมาอย่างต่อเนื่อง นับจากฉบับที่ 1 ในปี ค.ศ. 2000 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ปี ค.ศ. 2005 และ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ในปี ค.ศ. 2008 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ และการพยาบาลที่ก้าวหน้า และมีความทันสมัยตลอดเวลา ซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนี้ไม่เพียงแต่กำหนดมาตรฐานของโรงพยาบาลในภาพรวมเท่านั้น แต่ยังมีกรรับรองคุณภาพในหน่วยงานอีกด้วยโดยกำหนดมาตรฐานเฉพาะของแต่ละหน่วยงาน ดังตัวอย่าง เช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว ยังได้รับการรับรองคุณภาพของหน่วยงานในระดับสากลอีกด้วย สำหรับมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลฉบับปัจจุบัน มีการแบ่งเป็น 2 ตอนใหญ่ๆ คือโดยมีหลักการ 13 ข้อ ที่จะเป็แนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาล และสร้างความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและความปลอดภัยของบุคลากรขณะปฏิบัติงานซึ่งผู้วิจัยได้สนใจความสำคัญในแต่ละหัวข้อไว้ดังนี้

ตอนที่ 1 มาตรฐานการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

มาตรฐานการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยมาตรฐานหลัก 7 ข้อ คือ 1) การเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลและความต่อเนื่องของการดูแลรักษา 2) สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว 3) การประเมินผู้ป่วย 4) การพยาบาลผู้ป่วย 5) การวางยาสลบและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด 6) การใช้จ่ายและการบริหารยา และ 7) การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1. การเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลและความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (Access to Care Continuity: ACC) คือการที่ผู้ป่วยมีการเข้าถึงบริการการรักษาสุขภาพโดยขึ้นอยู่กับความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วย และหน่วยงานได้สร้างและดำเนินกระบวนการที่จะสร้างความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2. สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and Family Right: PFR) กระบวนการต่างๆ ซึ่งสนับสนุนสิทธิของผู้ป่วยและญาติในช่วงของการดูแลรักษา โดยจะต้องให้การรักษาพยาบาลภายใต้บรรทัดฐานทางกฎหมาย ชูธุรกิจ จริยธรรม เพื่อปกป้องสิทธิของผู้ป่วย

3. การประเมินผู้ป่วย (Assessment of Patient: AOP) ความจำเป็นในการรักษา โดยผ่านกระบวนการในการประเมินผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปตามมาตรฐานประจำท้องถิ่น และระดับชาติ ภายใต้ข้อกำหนดทางกฎหมายและวัฒนธรรม บุคลากรทุกฝ่ายทั้งแพทย์ พยาบาลและอื่นๆ จะต้องให้ความร่วมมือในการวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วย

4. การพยาบาลผู้ป่วย (Care of Patient: COP) กระบวนการในการบูรณาการให้เกิดการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ภายใต้นโยบาย กระบวนการ และข้อบังคับทางกฎหมาย รวมถึงการจัดการความเสี่ยง การจัดการกับความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

5. การวางยาสลบและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (Anesthesia and Surgical Care: ASC) การวางแผนการพยาบาลด้านการวางยาสลบ การประเมินผู้ป่วยหลังการวางยาสลบ การวางแผนการพยาบาลด้านการผ่าตัดและการบันทึกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในแฟ้มผู้ป่วย การส่งผู้ป่วยออกจากห้องพักรักษาตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ที่จำเป็นต้องมีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์และยาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการวางยาสลบหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจ

6. การใช้ยาและการบริหารยา (Medication Management and Use: MMU) คือการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ความเสี่ยงในการใช้ยา การดูแลรักษา รวมทั้งการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วย

7. การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and Family education: PFE) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษา โดยบุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรมมาเป็นอย่างดี ซึ่งจะต้องคำนึงถึงคุณค่า และความชอบของแต่ละบุคคล และอนุญาตให้มีการซักถามระหว่างผู้ป่วย ญาติและบุคลากรเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้

ตอนที่ 2 การบริหารองค์การด้านการดูแลสุขภาพ

การบริหารองค์การด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยมาตรฐานหลัก 6 ข้อ คือ 8) การพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย 9) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 10) การกำกับดูแล ภาวะผู้นำ และการกำหนดทิศทาง 11) ความปลอดภัยและการบริหารจัดการสิ่งอำนวยความสะดวก 12) คุณสมบัตินิสัยและการศึกษาของบุคลากร และ 13) การบริหารจัดการด้านข้อมูล ดังนี้

8. การพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย (Quality Improvement and Patient Safety: QPS) ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบและเป็นผู้นำในหน่วยงานมีหน้าที่ในการวางแผนและตรวจสอบการพัฒนาคุณภาพและโครงการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรแต่ละคนมีความรู้ทักษะประสบการณ์ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลในหน่วยงาน การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ประสบผลสำเร็จและมีความยั่งยืน

9. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Prevention and Control of Infection: PCI)

การสร้างโครงการและกลยุทธ์การให้ความร่วมมือเพื่อที่จะลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดย มีการเตรียมการให้ความรู้ในทางการปฏิบัติด้านการควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวผู้ป่วย

10. การกำกับดูแล ภาวะผู้นำ และการกำหนดทิศทาง (Governance, Leadership, and

Direction: GLD) การกำกับดูแล ด้านหน้าที่และความรับผิดชอบในหน่วยงานโดยผู้บริหาร หรือผู้อำนวยการมีหน้าที่ที่จะต้องดูแลการปฏิบัติการ และปฏิบัติตามกฎหมายหรือข้อบังคับที่มีอยู่ ซึ่งได้กำหนดไว้ในกฎหมาย นโยบาย และกระบวนการต่างๆ หรือในเอกสารซึ่งกำหนดหลักการในการปฏิบัติ ในเรื่องของการสร้างและกำหนดพันธกิจของหน่วยงาน มีส่วนช่วยสนับสนุนอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรทุกคน

11. ความปลอดภัยและการบริหารจัดการสิ่งอำนวยความสะดวก (Facility

Management and Safety: FMS) การปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับเกี่ยวกับการจัดการตรวจสอบสิ่งอำนวยความสะดวก การกำหนดแผนและประกาศใช้โครงการในการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในเรื่องความปลอดภัยจากอัคคีภัย มีการตอบสนองความจำเป็นเร่งด่วนของชุมชน การแพร่ระบาดของโรค รวมถึงภัยธรรมชาติต่างๆ บทบาทในการให้ความปลอดภัยและการใช้สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

12. คุณสมบัตินและการศึกษาของบุคลากร (Staff Qualification and Education: SQE)

ผู้นำหน่วยงานจะต้องกำหนดคุณสมบัติที่พึงประสงค์ของบุคลากรทุกคนในเรื่องของการศึกษา ความรู้ ทักษะความชำนาญ และอื่นๆ ผู้นำหน่วยงานจะต้องพัฒนาและดำเนินการในการเสาะหาประเมินผล และแต่งตั้งบุคลากรรวมถึงขั้นตอนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ระบุและกำหนดไว้โดยหน่วยงาน และมีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพสำหรับการมีส่วนร่วมของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในกิจกรรมการปรับปรุงคุณภาพของหน่วยงาน

13. การบริหารจัดการด้านข้อมูล (Management of Communication and

Information: MOI) การวางแผนและดำเนินงานตามขั้นตอนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลของบุคลากรให้บริการทางรักษาพยาบาล ผู้บริหาร และบุคลากรที่อยู่ภายนอกหน่วยงาน ที่ต้องการข้อมูลจากหน่วยงาน หน่วยงานจะต้องจัดเก็บและรักษาระบบบันทึกต่างๆ ของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามาทำการรักษาหรือรับการประเมิน การสรุปข้อมูลที่สนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงการบริหารจัดการองค์กร และการบริหารจัดการคุณภาพ

ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนั้นไม่เพียงแต่มีมาตรฐานที่โรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานที่ JCIA กำหนดไว้เท่านั้น ยังต้องมีการตามรอยคุณภาพ (Clinical tracer) และกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยระดับสากลของผู้ป่วย (International patient safety goals) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

การตามรอยคุณภาพ (Clinical tracer)

JCAHO (2008) ได้กล่าวถึงการตามรอยคุณภาพ ว่าเป็นการใช้สภาวะทางคลินิกเพื่อติดตามประเมินคุณภาพในแง่มุมต่างๆ ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient care process) กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement process) และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ ซึ่งสภาวะทางคลินิกที่ใช้ติดตามอาจจะเป็น โรค หัตถการ ปัญหาสุขภาพของผู้มารับบริการ หรือกลุ่มเป้าหมายก็ได้

การตามรอยคุณภาพ เปรียบได้กับเรื่องราวการปฏิบัติการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Clinical CQI story) ที่สะสมเรื่องราวจากอดีตถึงปัจจุบัน เป็นการบันทึกเรื่องราวเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ ที่สำคัญ ซึ่งช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้มองเห็นจุดแข็ง จุดอ่อนของตนเอง ช่วยให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพการดูแล ซึ่งอาจใกล้เคียงกับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) แต่จะมีรายละเอียดในวิธีการปฏิบัติกับผู้ป่วยน้อยกว่าโดยมุ่งเน้นการตอบคำถามว่าประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออะไร ทำให้ดีได้อย่างไร และทำให้ดีได้เพียงใด การตามรอยคุณภาพมุ่งเน้นการปรับปรุงและการเรียนรู้ (Learning and improvement) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบในขณะที่การจัดการผู้ป่วย (Case management) มุ่งเน้นการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ (Deployment /action) ซึ่งการตามรอยคุณภาพเป็นหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ในการดูแลสภาวะทางคลินิกนั้น อาจเรียกว่าเป็นทีมปรับปรุงคุณภาพ (Clinical QI team) หรือทีมดูแลผู้ป่วย (Patient care team) ซึ่งทีมผู้นำ (Clinical lead team) จะช่วยดูในภาพรวมของการตามรอยคุณภาพ (Tracer quality) ในสาขานั้น ใน โรงพยาบาลขนาดเล็ก อาจเป็นหน้าที่ของทีมผู้นำทางคลินิก /ทีมดูแลผู้ป่วย (ตามแต่ โรงพยาบาลจะเรียก) อาจจะเริ่มด้วยทีมที่ทำงานร่วมกัน หรือเลือกจากสภาวะทางคลินิกก่อนก็ได้ สภาวะทางคลินิกที่เลือกขึ้นมา ควรเป็นเรื่องที่ทีมมีความเข้าใจดี มีความสำคัญพอสมควร เป็นสิ่งที่ทีมทำได้ดี หรือ เป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงสูง หรือเป็นสิ่งที่มีโอกาสพัฒนาได้ เมื่อทำเสร็จแล้ว ให้ถามว่ามีเรื่องอะไรที่สำคัญกว่าเรื่องที่ทำไปแล้วอีกบ้าง เพื่อคัดเลือกเรื่องเหล่านั้นมาทำต่อ ถ้าไม่มีก็เลือกเรื่องที่มีความสำคัญรองลงมา จำนวนเรื่องเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาความสมดุลของประโยชน์ (ครอบคลุมผู้ป่วยและมุมมองคุณภาพ) กับภาระงาน โดยมีเป้าหมายและเครื่องชี้วัด เป็นการนำประเด็นสำคัญมากำหนดเป้าหมายของการดูแลสภาวะนี้ กำหนดเครื่องชี้วัดตามเป้าหมายและประเด็นสำคัญ เลือกเครื่องชี้วัดสำคัญในจำนวนที่เหมาะสม ทบทวนว่าเครื่องชี้วัดนี้พอเพียงสำหรับ การติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา การวัดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย พิจารณาคำจำกัดความของเครื่องชี้วัดและวิธีการเก็บข้อมูล พิจารณาแหล่งข้อมูลและการเก็บข้อมูลย้อนหลัง นำเสนอเพิ่มข้อมูล (Run chart) และเพิ่มควบคุม (Control chart) ถ้าทำได้ การตามรอยคุณภาพจะทำให้มองเห็นลักษณะคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบงานที่เกี่ยวข้อง และสามารถพิจารณาได้ว่าขั้นตอนใดที่มีความสำคัญสูงเป็นพิเศษในการดูแลสภาวะหรือโรคนั้น นอกจากนี้จะเป็นการทบทวนว่าทำอะไรเพื่อให้การดูแลในขั้นตอนนั้น เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ทบทวนว่าความสัมพันธ์ที่โยงใยกันนั้นมีประสิทธิภาพเพียงใด ทบทวนว่า

ผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การพิจารณาการพัฒนาที่ผ่านมาว่าเน้นที่จุดใดได้ผลสำเร็จอย่างไร พิจารณาว่าจะนำแนวทางการพัฒนาอื่นๆ เข้ามาเสริมให้สมบูรณ์ขึ้นได้อย่างไร พิจารณาว่าสถานะทางคลินิกที่ใช้เป็นตัวตามรอยนั้น เกี่ยวข้องกับระบบหรือองค์ประกอบสำคัญใด ทบทวนว่าจะทำให้ระบบหรือองค์ประกอบนั้นมาเกื้อหนุน และการดูแลสถานะหรือโรค นั้นให้มากขึ้นได้อย่างไร

ประโยชน์ของการตามรอยคุณภาพ

การตามรอยคุณภาพ เป็นการตามรอยของโรคหรือหัตถการต่างๆ ที่ช่วยให้ทีมงานสามารถมองเห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน สามารถเชิญชวนผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วม ซึ่งจากความชัดเจนกับสิ่งที่สัมพันธ์ในชีวิตการทำงานประจำวัน การตามรอยคุณภาพจึงเป็นการง่ายที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะเข้ามาร่วมพิจารณาทบทวนและเมื่อทบทวนแล้วทำให้มองเห็นโอกาสพัฒนา ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพด้านคลินิกได้โดยง่าย ทำให้การตามรอยคุณภาพได้ทุกองค์ประกอบ ซึ่งในสถานะทางคลินิกไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะสามารถตามรอยคุณภาพได้ในทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องคุณภาพ รวมทั้งกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และองค์ประกอบอื่นๆ ที่นำไปสู่ Clinical CQI ซึ่งเป็นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ สามารถทราบปัญหา สาเหตุของปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาคิดตรงประเด็น และยังทำให้แต่ละสถานะช่วยเสริมมุมมองที่แตกต่างกัน โดยเป้าหมายอาจแตกต่างกันไปสำหรับแต่ละสถานะทางคลินิก ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลายสถานะเข้ามาเสริมกันทำให้มองเห็นได้อย่างสมบูรณ์ขึ้น

เป้าหมายความปลอดภัยระดับสากลสำหรับผู้ป่วย (International patient safety goals)

JCAHO (2008) กล่าวถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษา และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งจะประกอบด้วย 6 เป้าหมาย คือ การจำแนกผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การปรับปรุงการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ ปรับปรุงความปลอดภัยด้านการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง การยืนยันในการผ่าตัด ลดความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อ และลดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 การจำแนกผู้ป่วยอย่างถูกต้อง (Identify patient correctly) โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการจำแนกผู้ป่วย โดยการสร้างรหัส ระบุเลขห้อง หรือวิธีการต่างๆ ที่ทำให้สามารถระบุผู้ป่วยบางคนมีชื่อที่ซ้ำกัน หรือแม้แต่นามสกุลที่คล้ายคลึงกันได้ เพื่อป้องกันความสับสน ในการดูแลของบุคลากร เพื่อป้องกันผลเสียแก่ผู้ป่วยในด้านการรักษาพยาบาลที่ผิดพลาด ไม่ว่าจะเป็นการให้ยา ให้เลือด การผ่าตัด และการวินิจฉัยโรค หรือในกรณีที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง เปลี่ยนห้อง หรือย้ายหอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลเพราะฉะนั้นจึงต้องมีการจำแนกผู้ป่วยอย่างชัดเจน แม่นยำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด ซึ่งต้องดำเนินการให้เป็นมาตรฐาน และประกาศเป็นนโยบายให้ใช้กันทั่วทั้งโรงพยาบาล ซึ่งกระบวนการที่ JCAHO ได้กล่าวไว้ คือ ต้องมีการจำแนกผู้ป่วยอย่างน้อย 2 วิธีไม่ว่า

จะเป็น ชื่อ เลขประจำตัว วันเกิด หรือการใช้แถบรหัส (Bar-coded) ส่วนการใช้เลขห้อง หรือสถานที่ไม่ควรนำมาใช้ เนื่องจากไม่สามารถจำแนกได้อย่างชัดเจน

เป้าหมายที่ 2 การปรับปรุงการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ (Improve effective communication) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย การทบทวนคำสั่งของแพทย์ พยาบาล ผู้รับคำสั่งแพทย์ต้องทวนคำสั่งซ้ำทุกครั้ง ในกรณีที่ได้รับคำสั่งด้วยวาจา หรือทางโทรศัพท์ และลงบันทึกทุกครั้ง พร้อมทั้งให้แพทย์ลงลายมือชื่อเมื่อแพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ หรือแม้แต่การเขียนคำสั่งลงในใบคำสั่งแพทย์ที่ไม่ชัดเจนหรือพยาบาลไม่สามารถอ่านลายมือแพทย์ออก ให้พยาบาลถามซ้ำแพทย์เพื่อความมั่นใจในการรักษาและไม่เกิดข้อผิดพลาดขึ้น และในกรณีที่เป็นการรักษาแบบฉุกเฉิน ไม่ว่าจะเป็นการฉุกเฉินและฉุกเฉิน หรือในหอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาแบบทันที ที่แพทย์ไม่สามารถเขียนคำสั่งแพทย์ได้ ให้พยาบาลทวนคำสั่งแพทย์ด้วยวาจาซ้ำเสมอ เพื่อเป็นการยืนยันคำสั่งและให้แพทย์ลงคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อสิ้นสุดการรักษาแล้ว ซึ่งการสื่อสารนี้สามารถทำได้ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ วาจา หรือการเขียน อาจก่อให้เกิดความผิดพลาดได้ทั้งสิ้น ดังนั้น โรงพยาบาลจึงต้องดำเนินการจัดเป็นมาตรฐาน และนโยบายสำหรับการรับคำสั่งด้วยวาจาทางโทรศัพท์

เป้าหมายที่ 3 ปรับปรุงความปลอดภัยด้านการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (Improve the safety of high-alert medications) เป็นการพัฒนาความปลอดภัยในการนำยาที่มีความเสี่ยงมาใช้ ยาที่ต้องผสมให้มีความเจือจางยาที่มีส่วนผสมของอิเล็กโทรไลต์ออกจากพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย เช่น โปแตสเซียมคลอไรด์ โปแตสเซียมฟอสเฟต โซเดียมคลอไรด์ เป็นต้น ซึ่งทางโรงพยาบาลต้องดำเนินการเป็นนโยบาย และมาตรฐานที่ให้หอผู้ป่วยมีพื้นที่ในการเก็บยาเหล่านี้ โดยจำแนกเป็นสัดส่วน สามารถหยิบใช้ได้อย่างแม่นยำ และไม่เกิดความผิดพลาดขึ้น ซึ่งผู้ที่เตรียมยาได้ต้องเป็นพยาบาล

เป้าหมายที่ 4 การยืนยันในการผ่าตัด (Ensure correct-site, Correct-procedure, Correct-patient surgery) ก่อนการผ่าตัดทุกครั้งต้องให้บุคลากรทุกคน มีการหยุดกิจกรรมทุกอย่างเพื่อตรวจสอบความแน่นอนและยืนยันในเรื่องของการผ่าตัดว่า ผ่าถูกคน ถูกข้าง ถูกหัตถการ และต้องมีการตรวจสอบขั้นสุดท้าย ทั้งเอกสาร ใบลงนามยินยอม ผลตรวจต่างๆ อุปกรณ์ ก่อนผ่าตัดเสมอ มีการทำเครื่องหมายในตำแหน่งผ่าตัดโดยแพทย์และผู้ป่วยต้องรับทราบเสมอ จึงดำเนินการผ่าตัดได้ ซึ่งจุดประสงค์หลักคือสามารถตรวจสอบการผ่าตัดได้ทั้งผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่งที่ผ่าตัด มีความแม่นยำในเรื่องของข้อมูล ภาพลักษณ์ การเตรียมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสามารถตรวจสอบและติดตามเพื่อการนำเสนอได้

เป้าหมายที่ 5 ลดความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพด้วยการป้องกันการติดเชื้อ (Reduce the risk of health care-associated infections) โดยต้องล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยเสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ผู้ป่วย และเป็นการป้องกันการเชื้อจากผู้ป่วยเข้าสู่บุคลากรด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติเนื่องจากบุคลากรเป็นพาหะที่นำพาเชื้อโรคได้ง่ายที่สุดเพราะบุคลากรต้องสัมผัส

ผู้ป่วยโดยตรงในการทำหัตถการ หรือกิจกรรมการดูแลรักษาต่างๆ รวมไปถึงการแนะนำญาติและผู้ป่วยให้หมั่นล้างมืออยู่เสมอ เพื่อเป็นการควบคุมการติดเชื้อด้วย

เป้าหมายที่ 6 ลดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Reduce the risk of patient harm resulting from falls) โดยต้องมีการประเมินความเสี่ยง ของผู้ป่วยอยู่เสมอ และประเมินซ้ำผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง หกล้ม หรือการได้รับอันตรายจากเหตุการณ์ที่คาดเดาไม่ถึง และอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งทางโรงพยาบาลต้องดำเนินนโยบายและจัดโปรแกรมให้มีพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

มาตรฐานต่างๆในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนั้น มีจุดเด่นที่การยึดหลักความปลอดภัย และคุณภาพการดูแลสุขภาพ ที่ได้มาตรฐานระดับสากล เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก จึงทำให้ประเทศไทย ที่กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพการรักษายาบาลทัดเทียมกับต่างชาติ และเป็นการเพิ่มฐานลูกค้าเป็นผู้ป่วยต่างชาติที่มีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆทุกปี อีกทั้งการแข่งขันทางด้านธุรกิจที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการเพิ่มมาตรฐานการรักษาและให้บริการที่เป็นสากล ดังนั้น โรงพยาบาลจึงต้องมีการสร้างความเชื่อมั่น เพิ่มศักยภาพการบริการ ดังนั้นการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนอกเหนือจากการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพียงในประเทศอย่างเดียว จึงเป็นหลักฐานที่จะรับประกันคุณภาพการรักษาที่เทียบเท่านานาชาติได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลถูกออกแบบมาเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างมีคุณภาพภายใต้การปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลจึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่างๆแก่โรงพยาบาล (JCAHO, 2008) ดังนี้

1. เป็นการปรับปรุงนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้นต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพเป็นมาตรฐานและนโยบายอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และโรงพยาบาลต้องปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีเครื่องชี้วัดชัดเจน เห็นถึงกระบวนการ ผลการปฏิบัติ ที่ต้องดำเนินการทั่วทั้งโรงพยาบาลให้เป็นในรูปแบบเดียวกัน

2. เป็นการเตรียมความพร้อมและการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้นักบุคลากรมีความพึงพอใจ ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติงานจะได้รับความปลอดภัยที่สูงไม่น้อยกว่าผู้ป่วยด้วยเช่นกัน และปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ มีการปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย เห็นผลชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงาน

3. สามารถจัดการแหล่งที่มาของค่าตอบแทนหรือเงินทุน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยด้วยข้อมูลที่มีการดูแลอย่างมีคุณภาพ โดยทางโรงพยาบาลสามารถจัดสรรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. เปิดโอกาสให้ญาติ และผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล
5. สร้างสรรค์วัฒนธรรมที่สามารถแก้ไขปัญหาได้เป็นการเปิดโอกาสให้เรียนรู้ได้จากประสบการณ์จริง หรือในเวลาที่มีเหตุร้ายและที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ถือได้ว่าเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน ชำรงรักษาบุคลากรไว้ได้อันเนื่องมาจากให้ผู้ปฏิบัติแสดงศักยภาพที่มีอยู่ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. สามารถดำเนินการเลือกผู้นำที่มีคุณสมบัติครบถ้วนให้ความร่วมมือกันสำหรับให้เป็นผู้นำทางด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

2.4 ความเหมือนและความแตกต่างของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับประเทศ กับระดับสากล

การเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

ความเหมือน และความแตกต่าง	HA	JCIA
ความเหมือน		
1. การตามรอยคุณภาพ	- ประเมินด้วยการตามรอยคุณภาพ - CQI	- ประเมินด้วยการตามรอบ คุณภาพ
2. แนวคิดพื้นฐาน		- CQI
ความแตกต่าง	-Deming's PDCA	
1. แนวคิดพื้นฐาน		-JCAHO ปรับปรุงจาก QM/ CQI
2. มาตรฐานการรับรองคุณภาพ	-เน้นภาพรวมของงานวิชาการ และ ผลดำเนินงานขององค์กร	-เน้นการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และงานวิชาการองค์กรด้าน สุขภาพที่ได้มาตรฐาน
3. เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย	-ยึดหลักการความปลอดภัยตาม บริบทของวัฒนธรรมไทย 8 ประการ	-ยึดหลักการความปลอดภัยแบบ สากล 6 ประการ
4. การประเมินคุณภาพเพื่อการรับรอง	-ประเมินซ้ำทุก 3 ปี	-ประเมินซ้ำทุก 3 ปี และเมื่อใดก็ได้แล้วแต่ JCAHO กำหนด

ที่มา: Joint Commission International Accreditation (2008) และมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (2551)

ความเหมือน และความแตกต่างของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

ความเหมือนของ HA และ JCIA คือ การตามรอยคุณภาพ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. การตามรอยคุณภาพ (Clinical tracer) ความเหมือนของ HA และ JCIA นั้น ข้อแรกคือ การตามรอยคุณภาพ คือ การใช้สภาวะทางคลินิกเพื่อติดตามประเมินคุณภาพในแง่มุมต่างๆ ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพ องค์ประกอบอื่นๆที่เกี่ยวกับคุณภาพ เช่น การพัฒนาบุคลากร ระบบสารสนเทศ เครื่องมือสิ่งแวดล้อม ระบบยา การทำงานกับชุมชน อาจเรียกได้ว่าสามารถตามรอยได้ในทุกองค์ประกอบของมาตรฐาน โรงพยาบาล ซึ่งในสภาวะทางคลินิกที่ใช้ติดตามอาจเป็น โรค หัตถการ ปัญหาสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย ซึ่ง HA และ JCIA ยึดหลักการตามรอยแห่งคุณภาพนี้เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สามารถทราบข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นว่าเกิดขึ้นในขั้นตอนใด และสามารถปรับปรุงคุณภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ประหยัดเวลา พลังงาน และทรัพยากร

2. แนวคิด การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ความเหมือนอีกข้อหนึ่ง คือแนวคิด CQI ซึ่ง HA และ JCIA ใช้แนวคิดพื้นฐานในเรื่องนี้เหมือนกัน อันเนื่องมาจากว่า CQI เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับโรงพยาบาล เป็นการยกระดับคุณภาพให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ นั่นคือการตรวจสอบสิ่งที่ทำได้กับเป้าหมายหรือความต้องการของลูกค้า ซึ่งจะนำมาสู่การปรับปรุง และลงท้ายด้วยการวางระบบหรือมาตรฐานการทำงานใหม่ที่ดีกว่าเดิม เพื่อจัดปัญหาให้ลดลงหรือเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน ได้มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง HA และ JCIA ใช้แนวคิดเดียวกันในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ส่วนความแตกต่างระหว่าง HA และ JCIA คือ แนวคิดพื้นฐาน มาตรฐานการรับรองคุณภาพ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพเพื่อการรับรอง ดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐาน แม้ว่า JCIA ใช้แนวคิดของ QM และ CQI เป็นแนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพ แต่ได้ปรับปรุงพัฒนามาตรฐานอย่างต่อเนื่องและทันสมัย โดยคณะกรรมการขององค์การ JCIA แล้วนำมาสร้างเป็นมาตรฐานที่ทั่วโลกให้การยอมรับ ส่วนแนวคิดพื้นฐาน HA คือ TQM และ CQI และใช้หลักการวงล้อ PDCA ของ Deming มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งทางพรพ. ได้ให้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพ และโรงพยาบาลเป็นผู้ศึกษาและนำแนวคิดไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลของตน

2. มาตรฐานการรับรองคุณภาพ มาตรฐานการรับรองคุณภาพของ HA จะมีทั้งหมด 4 ตอน ใหญ่ๆ ซึ่งประกอบด้วย ภาพรวมของการบริหารองค์การ 6 ข้อ ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลมีทั้งหมด 9 ข้อ กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีทั้งหมด 6 ข้อ และผลการดำเนินงานขององค์การมี 7 ข้อ ซึ่งมาตรฐานที่ HA ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบระบบที่เหมาะสม และใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ต้องใช้ควบคู่กับการพิจารณาบริบทขององค์การและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ การทำวงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose- Process-Performance) และแนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring guideline) ซึ่งจะต้องทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key

words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด โดยเน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริงในที่ทำงาน เช่น ที่ข้างเตียง ผู้ป่วย และเน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง และต้องประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับ หน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง และเน้นการทบทวน ประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

ส่วน JCI จะมีความมาตรฐานทั้งหมด 13 ข้อ ซึ่งพัฒนามาจากฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 และ 1 ซึ่งมี 12 ข้อ เพื่อใช้เป็นแนวทางที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอนใหญ่ๆ ได้แก่ ตอนที่ 1 มาตรฐานการ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered standards) แบ่งออกเป็น 7 ข้อย่อย และ ตอนที่ 2 มาตรฐานการ บริหารองค์การด้านการดูแลสุขภาพ (Health care organization management standards) มีทั้งหมด 6 ข้อ ซึ่งการ JCI ปรับปรุงพัฒนามาตรฐานมาอย่างต่อเนื่อง และคาดหวังว่าโรงพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามได้ ตามที่มาตรฐานได้กำหนดไว้ ควบคู่กับการดำเนินการตามรอยคุณภาพ และเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย อันเป็นที่ยอมรับกันอย่างทั่วโลก เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้มารับบริการเกิดความเชื่อมั่นและ มั่นใจในการบริการที่มีคุณภาพสูง และมีความปลอดภัยเป็นอย่างมาก

3. เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety goals) เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของ HA จะดำเนินการในความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นแบบของประเทศไทย ซึ่งใช้ชื่อว่า Thailand patient safety goals มีทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ 1) การจำแนกผู้ป่วย 2) ความปลอดภัยในการ ผ่าตัด 3) ความปลอดภัยในการใช้ยา 4) การป้องกันการติดเชื้อ 5) ความปลอดภัยของมารดาและทารก 6) ความไม่ล่าช้าของผลการรักษา 7) ความปลอดภัยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 8) การ ทบทวนการสื่อสาร คือ โดยจะปรับให้สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรมของคนไทย ส่วนเป้าหมาย ความปลอดภัยของ JCI จะเป็นแบบ International patient safety goal 6 goals คือเป้าหมายความปลอดภัย แบบสากล ได้แก่ 1) การจำแนกผู้ป่วย 2) การทบทวนคำสั่งแพทย์ซ้ำ 3) การนำสารละลายที่มีความเสี่ยง สูงออกจากห่อผู้ป่วย 4) การยืนยันก่อนผ่าตัด 5) การป้องกันการติดเชื้อ 6) การป้องกันผู้ป่วยหกล้ม ตกเตียง ซึ่งจะเป็นการกำหนดขึ้นมาเพื่อให้โรงพยาบาลทั่วโลกสามารถใช้ได้ และนำไปปรับใช้ให้ สอดคล้องกับวัฒนธรรม บริบทของแต่ละท้องถิ่น แต่ยังคงยึดหลักการดังกล่าวเป็นสำคัญ และต้อง ดำเนินการให้ได้ตามที่ JCI กำหนดไว้ด้วย

4. การประเมินคุณภาพเพื่อการรับรอง การประเมินคุณภาพของ HA นั้นจะประเมินซ้ำ ทุกๆ 3 ปี โดยที่คณะกรรมการดำเนินการตรวจใหม่ ส่วนของ JCI นั้นจะประเมินทุกๆ 3 ปี เช่นเดียวกัน แต่สามารถมาตรวจสอบก่อนหน้านั้นเมื่อไหร่ก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และเมื่อมีมาตรฐานที่ทาง JCIHO ปรับปรุงขึ้นมาใหม่จะส่งให้โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

มาตรฐานทราบ และปฏิบัติการปรับปรุงแก้ไขนั้น โดยทาง JCI สามารถตรวจสอบเมื่อไหร่ก็ได้ ก่อน 3 ปี

กล่าวสรุปได้ถึงความเหมือนและความแตกต่างระหว่าง HA และ JCI ว่า HA เป็นมาตรฐานที่จะเห็นได้ว่าการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล JCI นั้นอาจมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของแนวคิดที่ยึดหลักแนวคิดเดียวกัน คือ การนำแนวคิด QM และ CQI มาใช้แต่ JCI นั้นจะนำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นพื้นฐานเท่านั้นและทำการต่อยอดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการขององค์การ JCAHO เอง ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับบริบทใหม่ๆของโรงพยาบาล ที่ทั่วโลกให้การยอมรับ และยังมีการพัฒนามาตรฐานอยู่เสมอ ส่วน HA นั้นจะยึดหลักแนวคิด TQM และ CQI ก็จะยึดหลักการ ขั้นตอน และวงล้อของ Deming's (PDSA) มาพัฒนาให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลของตนเอง

2.5 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

กว่า 75 ปี ที่ JCAHO ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาโดยตลอดและเป็นองค์การที่มีการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการทางสุขภาพ มีโปรแกรมการสำรวจคุณภาพกว่า 18,000 โปรแกรม JCAHO เป็นองค์การอิสระ ไม่ขึ้นตรงต่อรัฐบาลหรือหน่วยงานใดๆ ซึ่งโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเป็นโรงพยาบาลแรกของประเทศไทย และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คือ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากลครั้งแรกเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2545 และได้รับการรับรองคุณภาพซ้ำเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2548 ต่อมาได้พัฒนาให้มีการรับรองคุณภาพเฉพาะหน่วยงาน ได้แก่ การรับรองคุณภาพโรคหลอดเลือดในสมองตีบในระดับสากล (DCSC: Certification Program – Primary Stroke Program) และการรับรองคุณภาพกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (DCSC Certification Program - Acute Myocardial Infarction with ST Segment Elevation) ได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากล เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2549 ส่วนโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2550 หลังจากนั้น โรงพยาบาลกรุงเทพ ได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากลเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2550 และ โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2550 (JCAHO, 2009)

การได้มาซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในโรงพยาบาล โดยแต่ละคนแต่ละหน่วยงานต่างมีหน้าที่แตกต่างกันไป แต่จะต้องทำงานโดยอาศัยหลักมาตรฐานของความปลอดภัยของผู้ป่วยและการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากที่สุด และดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์จะได้เกิดแก่ตัวผู้ป่วย ญาติเกิดความพึงพอใจ รวมทั้งบุคลากรได้มีการพัฒนา ความรู้ ทักษะความสามารถของตนเองให้มีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอีกด้วย โดยอาศัยหลักการบริหารคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพอย่าง

ต่อเนื่องเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพ และการยึดหลักมาตรฐานของ JCI ทั้ง 13 ข้อ นำมาปรับปรุงแก้ไขภายในหน่วยงาน ซึ่งการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองคุณภาพระดับสากลนั้น นอกจากจะอาศัยมาตรฐานตามที่ JCAHO กำหนดแล้ว ยังต้องมีการใช้หลักการเป้าหมายความปลอดภัยสากล ซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้าน และการตามรอยคุณภาพ คือระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อีกด้วย

การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามที่ JCI กำหนดไว้ นั้น สิ่งที่สำคัญอันดับแรก คือต้องทราบว่าโรงพยาบาลของตนเองมีจุดมุ่งหมาย พันธกิจ วิสัยทัศน์หรือเข็มมุ่งอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาไปสู่เป้าหมายได้อย่างชัดเจน เมื่อผู้บริหาร โรงพยาบาล และบุคลากร มีความต้องการที่จะปรับปรุง พัฒนาโรงพยาบาลของตนให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว จึงเริ่มด้วยการศึกษามาตรฐานการตามรอยคุณภาพ การป้องกันความปลอดภัยสากล และรายละเอียดต่างๆ ของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลว่ามีอะไรบ้างและนำไปปรับปรุง พัฒนาในหน่วยงานตามแนวทางที่ JCAHO กำหนดไว้ พร้อมทั้งศึกษาข้อมูล การสำรวจต่างๆ ให้ชัดเจนและแม่นยำ โดยการระดมสมองของทุกคนในหน่วยงาน ทุกคนมีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนและต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกคนทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นระดับไหนก็ตามเนื่องจากว่า JCAHO จะลงรายละเอียดทุกอย่าง แบ่งงานกันทำ มีการลงพื้นที่จริง สำรวจการทำงานของบุคลากรทุกหน่วยงานว่ามีมาตรฐานตามที่กำหนดหรือไม่ และมีการประเมินผลเพื่อสร้างเป็นมาตรฐานของงานที่ทั่วโลกยอมรับควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเทียบเท่าระดับสากล เมื่อทางโรงพยาบาลมีการประเมินความพร้อมทั้งด้านคุณภาพ บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ หรืออื่นๆ ตามมาตรฐานของ JCI

เมื่อบุคลากรทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติงาน และปรับปรุงพัฒนางานของตนเองแล้ว ก็ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และเตรียมการ คือเตรียมความพร้อมในการจะให้ JCAHO มาตรวจสอบในระยะเวลาที่ทาง JCAHO จะให้เวลาทางโรงพยาบาล 12-24 เดือน หลังจากนั้นจึงมีการแจ้งให้กับทาง JCAHO ทราบเพื่อกำหนดวันในการมาสำรวจในกระบวนการนี้จะใช้เวลาประมาณ 6-9 เดือน ซึ่งก่อนที่จะมาตรวจจริงนั้น จะมีบุคลากรของ JCAHO มาสำรวจก่อน เพื่อตรวจสอบล่วงหน้าว่าโรงพยาบาลมีข้อผิดพลาดอะไรบ้าง และนำประเด็นปัญหาดังกล่าวมาแก้ไข ปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และ ให้คะแนนคร่าวๆแก่ทางโรงพยาบาล จะใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน หลังจากนั้นอีก 2 เดือนทาง JCAHO จะกำหนดวันที่จะมาสำรวจจริงและแจ้งให้กับโรงพยาบาลทราบ แล้วจึงดำเนินการสำรวจตามวันที่กำหนดไว้ ภายใน 2 เดือนหลังจากการสำรวจ JCAHO จะแจ้งผลการสำรวจและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลมาให้กับทางโรงพยาบาล หรืออาจจะทราบคร่าวๆในวันที่ JCAHO มาสำรวจแล้ว และแจ้งปัญหาหรือประเด็นที่ทางโรงพยาบาลต้องปรับปรุงแก้ไขหรือข้อที่ตกไปหรือได้คะแนนน้อยเพื่อให้โรงพยาบาลแก้ไขแล้วส่งเรื่องเสนอสิ่งที่ปรับปรุงแล้วไปยัง JCAHO หากโรงพยาบาลใดมีข้อผิดพลาดมากๆ ทาง JCAHO จะดำเนินการมา

สำรวจอีกครั้ง ในระยะเวลา 6-9 เดือน และทำการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเป็นระยะเวลา 3 ปี และหลังจากนั้นก็ดำเนินการอบรม ปรับปรุง พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

เทคนิคที่สำคัญในการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (JCAHO, 2008) คือการวางแผน การตรวจสอบการพัฒนาคุณภาพ และโครงการดูแลความปลอดภัยของผู้รับบริการ ที่ต้องเป็นแผนงานที่ใช้ในหน่วยงานและถูกบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ต้องเป็นโครงการที่ประกอบด้วย การตรวจสอบคุณภาพ กิจกรรมการควบคุม และการบริหารจัดการความเสี่ยง ผู้นำควรจัดหาเทคโนโลยีที่จำเป็นมาใช้ในการจัดการข้อมูล จัดฝึกอบรมบุคลากร การมอบหมายงาน และการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ การจัดสรรงบประมาณที่จำเป็นและเหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และมีความสอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เช่น การสร้างมาตรฐานการปฏิบัติ (Evidence based practice) ที่เป็นแนวทางของโรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ภายในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดำเนินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล การมีระบบพยาบาลที่เสี่ยง การบริหารการลงทุนในกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ซึ่ง JCAHO ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ดังนี้

1. ผู้บริหาร/ผู้อำนวยการ CEO (Chief Executive Officer) หรือประธานเจ้าหน้าที่บริหาร หัวหน้าหน่วยงานขององค์กรต้องมีภาวะผู้นำ ให้การยอมรับในการตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ มีการจัดกรอบเวลาที่แน่นอนสำหรับการเตรียมความพร้อมในการเยี่ยมชมสำรวจเป็นระยะเวลา 18-24 เดือน จัดให้มีที่ปรึกษา ผู้ช่วยที่ปรึกษา ผู้สอน การจัดการอบรมที่คำนึงถึงความเหมาะสมขององค์กร ผู้บริหาร ผู้อำนวยการ CEO หัวหน้าหน่วยงานขององค์กร ศึกษามาตรฐานการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลในระดับสากล (3rd edition standard hospital) กระบวนการสำรวจ รายละเอียดต่างๆทางสื่ออินเทอร์เน็ตที่ JCIA ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้อย่างละเอียด แจ่มใ้บุคลากรทุกหน่วยงานทราบเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ทั้งทางสื่อสิ่งพิมพ์ และอิเล็กทรอนิกส์ โดยทาง JCI จะดำเนินการสำรวจในเดือนมิถุนายนของทุกปี ซึ่งผู้บริหารของ JCI จะสรุปความสำคัญเกี่ยวกับการดำเนินงานที่เหมาะสมกับองค์กร

2. องค์กรต้องดำเนินการสร้างหลักการ วิธีการรับรองคุณภาพ ปรับปรุงคุณภาพและใช้กลยุทธ์ลดความเสี่ยง ทำการทบทวนมาตรฐาน ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรับรองคุณภาพ อภิปรายกระบวนการสำรวจและสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้

3. การดำเนินการประเมินภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักเกณฑ์การประเมินตามรายละเอียดพื้นฐานของ JCIA และปัจจัยสำคัญขององค์กรที่ยึดถือหรือตั้งเป้าหมายไว้ คุณสมบัติของผู้ประเมินภายในองค์กรต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีความน่าเชื่อถือ และสามารถลงพื้นที่ปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้ผู้ประเมินต้องกำหนดจุดประสงค์หรือเป้าหมายของแต่ละหน่วยงานไว้

โดยการกำหนดระดับคะแนนกำหนดตามที่ JCI กำหนดไว้ ได้แก่ พบปัญหา (Met) 0 คะแนน เกือบพบปัญหา (Partially met) 5 คะแนน หรือ ไม่พบปัญหา (Not met) 10 คะแนน และชมเชยพิเศษ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพต่อไป มุ่งเน้นมาตรฐานที่มีความเด่นชัด สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดขององค์กร เช่น ความผิดพลาดในการใช้ยา อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล การใช้ยาปฏิชีวนะ การผ่าตัด เป็นต้น การกำหนดระบบสำหรับการรวบรวมข้อมูลเพื่อจำแนกปัญหา และความก้าวหน้าของการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพกระทำได้โดยการนำผลการประเมินมาเป็นปัจจัยพื้นฐานในการวางแผนพัฒนารายละเอียดของโครงการต่างๆ ดำเนินการจัดส่งตามกำหนดเวลาให้กับผู้บริหารของหน่วยงาน และจัดเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย เพื่อเสนอให้ผู้นำ และผู้ควบคุมรายงานแก่ผู้บริหาร เพื่อดำเนินการวางแผน จัดสรรทีมปฏิบัติต่อไป โดยจะพิจารณาความผิดพลาดของแต่ละบทของมาตรฐานอย่างละเอียด คัดเลือกบุคลากรให้เข้ามาจำแนกวิเคราะห์ และดำเนินการตามกระบวนการ ที่มีคุณสมบัติในการเป็นผู้มีทักษะดี มีทักษะการบริหาร และมีทักษะที่สอดคล้องกับการทำงาน โรงพยาบาลต้องดำเนินการเตรียมปรับเปลี่ยนผู้ที่มีคุณสมบัติให้ปฏิบัติแทนผู้ที่ไม่มีความรู้เพียงพอ เพื่อเป็นกำลังในการปฏิบัติงานระหว่างการดำเนินกลยุทธ์ต่างๆ ให้มีความก้าวหน้าตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพ และประเมินอย่างต่อเนื่องระหว่างการดำเนินงาน ผู้บริหารต้องมีการปรับตัว ยอมรับข้อบกพร่องที่เป็นจริง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในองค์กร จัดการรวบรวมผู้ปฏิบัติงานให้มากกว่าที่จะทำได้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน

4. การดำเนินกลยุทธ์ต่างๆ ผู้บริหารต้องทำความเข้าใจต่อพนักงานในเรื่องความสำคัญของการปฏิบัติกระบวนการรับรองคุณภาพ ที่ต้องดำเนินการตามกรอบแนวคิดและกระบวนการมาตรฐานการรับรองคุณภาพให้บรรลุเป้าหมาย ให้บริการที่มีคุณภาพสูงและมีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ทำให้หน่วยงานมีความมั่นใจในการรับรองคุณภาพเป็นสิ่งกระตุ้นในการพัฒนาและเป็นรางวัลในการพัฒนาที่ดี นับว่าเป็นการเรียนรู้จากผู้อื่นที่มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และพนักงานสามารถปรับตัวให้มีความต้องการที่จะรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลในองค์กรของตน

5. ผู้บริหารสามารถชักถามไปยังองค์กรของ JCI สำหรับการรับความช่วยเหลือในด้านการดำเนินการตามมาตรฐานเพื่อให้สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และต้องรักษาผลประโยชน์ของผลการปฏิบัติงานตามการรับรองคุณภาพให้ดีเพื่อใช้ในการวางแผนงานในองค์กรต่อไป

6. ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญกับทุกหน่วยงานในองค์กร และไม่ควรคิดว่าการรับรองคุณภาพเป็นสิ่งพิเศษกว่างานที่ปฏิบัติอยู่แต่ควรให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า อย่าพยายามทำโทษมากกว่าการให้รางวัล ไม่ลงโทษหรือจับผิดมากกว่าการกระตุ้นให้พนักงานปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ

7. คณะกรรมการของ JCI จะดำเนินการสำรวจก่อนการสำรวจจริงซึ่งเรียกว่า Mock survey องค์กรต้องวางแผนสำหรับการสำรวจภายใน 4-6 เดือนโดยข้อมูลที่ได้นั้นต้องเป็นข้อเท็จจริง ซึ่ง

ให้ผู้ประเมินภายในองค์กรประเมินร่วม พร้อมทั้งบอกจุดมุ่งหมาย ความต้องการที่คณะกรรมการ JCI กำหนดไว้ และวางแผนแก้ไขข้อผิดพลาด เพื่อให้้องค์กรปรับปรุงคุณภาพก่อนการสำรวจจริง

8. การเยี่ยมสำรวจจริง เมื่อมีความพร้อมในการเยี่ยมสำรวจจริง ฝ่ายศูนย์พัฒนาคุณภาพ จะต้องแจ้งความจำเป็นในการสมัครไปยังองค์กร JCI ภายในเวลา 6 เดือน คณะกรรมการของ JCI จะแจ้งกำหนดการ วันและเวลาในการสำรวจมายังองค์กร ทีมสำรวจจะแจ้งกำหนดการและแผนงานมายังองค์กรเพื่อมิให้หน่วยงานปฏิบัติงานด้วยความวิตกกังวล และให้เห็นว่า การสำรวจมีความยุติธรรม เมื่อการสำรวจเสร็จสิ้นแล้ว จะได้รับผลการสำรวจ หากองค์กรได้รับการรับรองคุณภาพต้องจัดส่งเอกสารทั้งหมดในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพไปยังองค์กร JCI และดำเนินการควบคุมดูแลคุณภาพอยู่เสมอ และต่อเนื่อง ซึ่งทางคณะกรรมการของ JCI จะดำเนินการรับรองคุณภาพให้ 3 ปีและต้องดำเนินการสำรวจใหม่ทุก 3 ปี

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าคณะกรรมการขององค์กร JCI ได้ให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพในระดับสากลแล้ว แต่ว่าการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการศึกษาการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลที่ได้จากการบอกเล่าในการดำเนินการนำไปสู่การรับรองคุณภาพ ซึ่งอาจมีข้อมูลรายละเอียดปลีกย่อยที่องค์กร JCAHO ไม่ได้กล่าวถึงไว้ในหลักการมาตรฐานพัฒนาคุณภาพระดับสากลเนื่องจากการพัฒนานี้เป็นการดำเนินการตามบริบทสังคม และวัฒนธรรมไทยที่จะนำไปสู่การเป็นสากล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมบทบาททั่วไปของโรงพยาบาลเอกชนไว้ดังนี้

บทบาทของโรงพยาบาลเอกชน

การก่อตั้งโรงพยาบาลเอกชนในระยะแรกนั้นมีเป้าหมายสำคัญ คือต้องการช่วยเหลือประชาชนผู้เจ็บป่วยที่โรงพยาบาลของรัฐไม่สามารถให้การรักษาได้ทั่วถึง ส่วนใหญ่ดำเนินการในรูปแบบมูลนิธิไม่แสวงผลกำไร ต่อมาโรงพยาบาลเอกชนพัฒนาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มมากขึ้นของประชากร และความไม่เพียงพอด้านสาธารณสุขที่รัฐจัดไว้ให้ รวมทั้งการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและการศึกษาเป็นปัจจัยสนับสนุนการเติบโตของโรงพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของธุรกิจเพื่อแสวงหาผลกำไร ประกอบกับในปี พ.ศ. 2515 รัฐบาลได้ส่งเสริมการลงทุนแก่โรงพยาบาลเอกชน โดยยกเว้นภาษีในระยะ 5 ปีแรก จึงมีผู้สนใจลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น การดำเนินธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเพื่อแสวงหากำไรจึงพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 เป็นต้นมา ลักษณะการให้บริการเริ่มมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลของรัฐบาล โดยเฉพาะการพัฒนาด้านการบริการที่เพิ่มความสะดวก และรวดเร็วในบริการรวมถึงมีสิ่งแวดลอมในห้องพักผู้ป่วยที่น่าพักอาศัย (วารกรณ์ ศิริเมธา, 2542)

เนื่องจากจำนวนเตียงของโรงพยาบาลรัฐขยายตัวช้ากว่าของภาคเอกชน ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขเน้นการบริการในส่วนภูมิภาคมากกว่าในกรุงเทพมหานคร จึงทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร รัฐบาลมีนโยบายชัดเจนในการ

กระตุ้นให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการเสริมภาครัฐ เช่น การส่งเสริมการลงทุนผ่าน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน การยกเว้นภาษีศุลกากรนำเข้าสินค้า หรือ งบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นให้ทันกับความต้องการของประชาชน นโยบายของรัฐบาล ดังกล่าวย่อมมีผลให้การสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยปริยาย (สุพัตรา มะปรางหวาน, 2546) นอกจากนี้จะช่วยลดภาระของรัฐในการดูแลรักษาแล้ว ยังช่วยให้คุณภาพชีวิตประชาชนที่พอมีความสามารถจ่ายได้ให้มีความสะดวกสบายดีขึ้น อย่างไรก็ตามความอยู่รอดของโรงพยาบาลเอกชนจะเกิดขึ้นได้ต้องได้รับการบริหารจัดการที่สร้างผลกำไรเพื่อนำมาหล่อเลี้ยงองค์กร โรงพยาบาลเอกชนที่เปิดบริการรักษาโรคทั่วไปที่มีขนาดใหญ่ มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล และมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอจะมีศักยภาพในการพัฒนาบุคลากรของตนให้พร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องทั้งด้านคุณภาพการบริการ และคุณภาพด้านการรักษาพยาบาล การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง ตื่นตัว แข่งขันกัน เพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ซึ่งแสดงถึงคุณภาพของการให้บริการและมีผลทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและมั่นใจในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ วิธีการดำเนินงานให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อมภายนอก รวมทั้งต้องมีการเรียนรู้ที่จะเสริมสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน และสร้างสรรค์กระบวนการในการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานนำไปสู่ความเป็นเลิศขององค์กร (มณฑุทัย แก้วกิริยา, 2546)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทในการช่วยลดภาระปริมาณผู้ป่วยจากโรงพยาบาลของรัฐ การแข่งขันทางด้านธุรกิจทำให้เป็นแรงกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งผลดีต่อผู้ป่วย และผู้มารับบริการ ทำให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งการพัฒนาคุณภาพต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการปฏิบัติ

การทำงานเป็นทีมของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน

การทำงานเป็นทีม มีความสำคัญต่อทุกองค์กร เพราะงานส่วนใหญ่ในองค์กรไม่สามารถดำเนินการให้สำเร็จได้โดยบุคคลเพียงคนเดียว ต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกทั้งด้านทักษะ ความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล รวมถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกคนในทีม เพื่อให้ผลงานบรรลุเป้าหมายขององค์กร การทำงานเป็นทีมเป็นแนวทางที่ผู้บริหารให้ความสนใจมาทุกยุคทุกสมัย เนื่องจากการปฏิบัติงานในองค์กรต้องเกี่ยวข้องกับความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่ง Heller (1998 อ้างใน บังอร ยูวทยาพานิช, 2547) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมเป็นพื้นฐานสำคัญในการบริหารจัดการองค์กรของผู้บริหาร และการส่งเสริมให้การทำงานทีมให้เกิดประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถของผู้บริหารทุกคน

การทำงานเป็นทีมไม่เพียงแต่จะช่วยให้วัตถุประสงค์ของการทำงานบรรลุเป้าหมายเท่านั้น ยังเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อบรรยากาศการทำงานของหน่วยงานนั้นอีกด้วย หน่วยงานมีความจำเป็นต้องสร้างทีมงานด้วยเหตุผลที่ว่างานบางอย่างไม่สามารถทำสำเร็จด้วยคนเพียงคนเดียว ต้องอาศัยความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญจากหลายฝ่าย ต้องการความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อแสวงหาแนวทางวิธีการและเป้าหมายใหม่ๆ นอกจากนี้งานบางอย่างเป็นงานที่มีหลายหน่วยงานรับผิดชอบ ต้องการความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง บางครั้งหน่วยงานมีงานเร่งด่วนที่ต้องการระดมบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานให้เสร็จทันเวลาที่กำหนด และทุกหน่วยงานล้วนต้องการสร้างบรรยากาศของความสามัคคีให้เกิดขึ้นในหน่วยงาน (สุนันทา เลานันท์, 2544) การทำงานเป็นทีมของบุคลากรในโรงพยาบาลทำให้การพัฒนาคุณภาพดำเนินไปอย่างบรรลุวัตถุประสงค์ และเป็นพื้นฐานสำคัญของผู้บริหารรวมไปถึงผู้บริหารขององค์การพยาบาล ซึ่งผู้บริหารการพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก และพยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่ง (อุบล ตันตระกูล ปราโมทย์, 2551) เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาล และมีหน้าที่ดูแลให้การพยาบาลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด เป็นศูนย์กลางในการประสานงานของสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพทั้งด้านการปฏิบัติงาน ด้านวิชาการ และด้านการบริหาร เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพมีประสิทธิภาพ และดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับการรับรองและรักษาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลไว้ได้อย่างต่อเนื่อง

บทบาทองค์การพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพระดับสากล

องค์การพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับทั้งระดับผู้บริหาร ระดับปฏิบัติการ และบุคลากรอื่นๆ มารวมกันดำเนินการและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อผู้บริการ องค์การพยาบาลมีชื่อเรียกแตกต่างกันตามความนิยมหรือความเหมาะสมของโรงพยาบาลหรือสถาบันบริการสุขภาพ บางแห่งเรียกกองการพยาบาล หรืองานพยาบาล (มลฤทัย แก้วกิริยา, 2546) องค์การพยาบาลเป็นระบบสังคมเปิดมีระบบงานที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน มีแผนกการพยาบาลต่างๆ ประกอบด้วยบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล มีลักษณะการทำงานเป็นกลุ่มที่ต้องอาศัยการติดต่อประสานงานระหว่างกัน ดังนั้นการจัดองค์การพยาบาลต้องคำนึงถึงเป้าหมายขององค์การ ลิงแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกและภายในองค์การ กำหนดระเบียบการปฏิบัติงาน มาตรฐานการปฏิบัติงาน มีการแบ่งงานกันทำ กำหนดอำนาจหน้าที่ให้สอดคล้องกับบุคคลแต่ละตำแหน่ง มีการปรับเปลี่ยนระบบงาน โครงสร้างองค์การให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ รวมถึงการพัฒนาสนับสนุนบุคลากรให้ประสบความสำเร็จในทิศทางของตนเอง และองค์การรวมกัน (ยุพดี โสคติพันธ์, 2539 อ้างใน มลฤทัย แก้วกิริยา, 2546) ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลไว้ ดังนี้

2.6 บทบาทพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

JCAHO (2007) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติงาน พยาบาลมีบทบาทในการดูแลให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล ให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการและสมาชิกในครอบครัวในด้านการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม ครบถ้วน และต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลการรักษาพยาบาลเมื่อผู้รับบริการทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน และดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องในสถานพยาบาลใกล้เคียง ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ ดำเนินการตามนโยบาย แนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน และข้อบังคับทางกฎหมายในการให้การพยาบาล บูรณาการด้านการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับผู้รับบริการแต่ละราย บันทึกข้อมูล กระบวนการรักษาพยาบาลไว้ในแฟ้มประวัติผู้รับบริการอย่างชัดเจน ครบถ้วน ทบทวนแผนการพยาบาลเมื่อผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลง พัฒนาคุณภาพบริการ และควบคุมการติดเชื้อ

2. ด้านวิชาการ พยาบาลจะต้องมีการจัดกิจกรรมการอบรม เข้าร่วมการอบรม ตามโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัย ศึกษาหาความรู้ด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในด้านความเสี่ยง อุบัติการณ์ การควบคุมป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ญาติ และบุคลากร เพื่อการศึกษา การพัฒนาคุณภาพ ประเมินผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และแสดงให้เห็นว่าการพัฒนามีความยั่งยืน พยาบาลแต่ละคนมีความรู้ ทักษะประสบการณ์ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมกับกระบวนการที่ตรงตามความต้องการของหน่วยงานได้อย่างละเอียดในกรณีที่มีเหตุการณ์ไม่คาดคิดเกิดขึ้น โดยมีทั้งการเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่น และมาตรฐานทางวิทยาศาสตร์ ใช้เครื่องมือทางสถิติและเทคนิคที่เหมาะสม และสามารถใช้ข้อมูลนี้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพต่อไป

3. ด้านบริหาร พยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดและวางแผนชนิดการให้บริการต่างๆ ที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ ดูแลการปฏิบัติงานของหน่วยงาน รับผิดชอบเรื่องการสร้างและกำหนดพันธกิจของหน่วยงานรวมทั้งการปฏิบัติตามพันธกิจ ดำเนินการตรวจสอบโครงการ กระบวนการ และผลที่ได้ของการพยาบาล โดยระบุตัวชี้วัดอย่างชัดเจน จัดการบริหารความเสี่ยง บริหารด้านความคาดหวัง ความพึงพอใจของบุคลากร ผู้รับบริการ และญาติ บริหารจัดสรรทั้งด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเหมาะสมในหน่วยงาน มอบหมายงาน ให้การสนับสนุน และส่งเสริมการพัฒนา ปรับปรุงคุณภาพ และงานด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ บุคลากร และญาติ ช่วยสนับสนุนบุคลากรหรือพยาบาลอื่นในเรื่องการสื่อสาร โครงสร้างองค์การ จรรยาบรรณวิชาชีพ การศึกษาของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และพัฒนานโยบายต่างของโรงพยาบาลและหน่วยงาน

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพระดับสากลมีทั้งด้านการปฏิบัติงาน คือการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้มารับบริการให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี และมีความปลอดภัย ด้านวิชาการ คือการอบรมวิชาการ และการนำข้อมูลใหม่ๆมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และด้านบริหาร คือการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสาร และการพัฒนานโยบายของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุม และครบถ้วน พัฒนาคุณภาพการพยาบาลควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรหน่วยงานอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังนี้

3.1 ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นแนวทางการวิจัย โดยจะกล่าวถึง ประวัติความเป็นมาของการวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิด/กระบวนการทัศนในการวิจัยเชิงคุณภาพ ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังนี้

3.1.1 ประวัติความเป็นมาการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีรากฐานมาจากหลายสาขาของสาขาสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขามานุษยวิทยา และสาขาวิชาสังคมวิทยา ซึ่ง Bogdan and Biklen (1992 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพถือกำเนิด และได้รับการพัฒนาขึ้นมาเป็นวิธีการหนึ่งในการแสวงหาความรู้ในสาขามานุษยวิทยา ตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 Holloway and Wheeler (1996) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพถูกนำมาใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ ในราวปี ค.ศ. 1970 โดยนำมาจากสาขามานุษยวิทยา และสังคมวิทยา สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูล และหลักฐานแน่ชัดว่า การวิจัยเชิงคุณภาพ ถูกนำมาใช้เป็นระเบียบวิธีวิจัย ตั้งแต่เมื่อใด อารีย์วรรณ อ่วมธานี (2549) กล่าวว่า บทความเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพที่เขียนโดยนักวิจัย/นักวิชาการไทย และทำการศึกษาวิจัยในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ส่วนบทความวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์ นั้นมีปรากฏในวารสารระดับนานาชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544

3.1.2 แนวคิด/กระบวนการทัศนในการวิจัยเชิงคุณภาพ

นิสา ชูโต (2545) กล่าวว่า กระบวนการทัศนการวิจัย หมายถึง วิธีการที่นักวิจัยใช้ เพื่อแสวงหาความจริงในศาสตร์นั้น ๆ การนำกระบวนการทัศนมาใช้นั้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) สาขาวิทยาศาสตร์ กายภาพและสังคมศาสตร์ ซึ่งเน้นกรอบแนวคิดและหลักฐานที่เป็นรูปธรรม เรียกแนวคิดนี้ว่า ปฏิฐานนิยม (Positivism) เป็นวิธีการอธิบายความจริงด้วยกระบวนการเชิงสาเหตุ ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก จากหลักฐานข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ (Empirical evidence) เพื่อสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและหาคำตอบความสัมพันธ์เพื่อมุ่งทำนายผล ส่วนกลุ่มที่สอง คือ กลุ่มผู้ทำวิจัยทางการศึกษา ที่มาจากหลายสาขา เช่น สาขาจิตวิทยา พฤติกรรมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ที่มีความเชื่อว่ากระบวนการค้นหาความเป็นจริง เป็นเรื่องความเข้าใจของแต่ละบุคคลต่อสังคมมนุษย์ด้วยตัวของมนุษย์เอง กระบวนการนี้เรียกว่า ปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ซึ่งเป็นการแสวงหาข้อมูลเชิงคุณภาพและการตีความหมาย เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์นั้นอย่างแท้จริง อารีขัวรรณ อ่วมธานี (2549) กล่าวว่า แนวคิดปรากฏการณ์นิยม มีความเชื่อว่า ความรู้ที่มนุษย์ได้รับจากการถ่ายทอดมาจากผู้อื่นและจากสังคมนั้นอาจผิดพลาดได้ การรับรู้อาจเกิดจากการถูกบังคับ หรือยัดเยียด มนุษย์จึงควรศึกษาโลกและสังคมด้วยตัวของตัวเอง และสร้างระบบความรู้ที่เป็นส่วนตัวขึ้นมา โดยการสัมผัสกับโลกโดยตรง พฤติกรรมมนุษย์จึงเป็นผลมาจากวิธีการที่มนุษย์ให้ความหมายต่อโลก นั่นคือนักวิจัยต้องการทำความเข้าใจว่าทำไมบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมเช่นนั้น บุคคลนั้นให้ความหมายกับการกระทำนั้นๆ ของตนเองอย่างไร วิธีการที่ได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านี้ จะต้องใช้วิธีการพูดคุย สอบถามหรือการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูล วิธีการนี้เรียกว่าเป็นการใช้อัตถวิสัย (Subjectivity) เข้ามาเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย และตัวนักวิจัยเองต้องเข้ามาเป็นเครื่องมือสำคัญในการถ่วงถักข้อมูลที่ต้องการศึกษาในปรากฏการณ์นั้น

3.1.3 ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ มีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมตามความจริงในทุกมิติเพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น ใช้วิธีการศึกษาและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย แต่เครื่องมือที่สำคัญในการเก็บข้อมูล คือ ตัวนักวิจัยเอง การวิจัยแบบนี้มีการออกแบบที่ยืดหยุ่น ดำเนินการศึกษาและทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย คือไม่ด่วนตั้งสมมติฐานก่อนลงมือเก็บข้อมูลในภาคสนาม การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นกระบวนการที่สามารถดำเนินไปพร้อมกันได้ในสนาม การวิเคราะห์เริ่มจากการพินิจพิเคราะห์ข้อมูล เชิงประจักษ์อย่างละเอียด จนมองเห็นแนวคิดที่มีความหมายจากข้อมูลและเห็นความเชื่อมโยงของแนวคิดเหล่านั้น จนนักวิจัยสามารถสรุปเป็นคำอธิบาย แนวคิด หรือทฤษฎีเบื้องต้นได้ การวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งตีความเพื่อทำความเข้าใจความหมายของพฤติกรรม หรืออธิบายปรากฏการณ์ในทัศนะของผู้ที่ถูกศึกษา โดยมีจุดยืนอยู่บนบริบทของปรากฏการณ์หรือของคนที่ถูกศึกษาเหล่านั้น (สุภางค์ จันทวานิช, 2543; นิศา ชูโต, 2545; ชาย โพธิสิตา, 2547; และศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548

Patton (1990) และ LeCompte and Schensul (1999) อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2547) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพมีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ (Natural setting) เป็นสถานการณ์ที่ไม่มีการดัดแปลงหรือไม่มีการจัดกระทำ โดยนักวิจัย เป็นสถานการณ์ที่เป็นอยู่และดำเนินไปตามธรรมชาติ

2. ใช้ตรรกะแบบอุปนัยเป็นหลัก (Inductive approach) การทำวิจัยแบบอุปนัย (Inductive review) คือการทำวิจัยที่เริ่มต้นจาก “สิ่งที่จำเพาะเจาะจง” ไปสู่ “สิ่งที่ทั่วไป” (From the particular to the general) สิ่งที่จำเพาะเจาะจงในที่นี้คือ ข้อมูลซึ่งได้มาจากผู้ให้ข้อมูลที่เลือกมา โดยเฉพาะจำนวนหนึ่ง คือข้อสรุปในรูปของคำอธิบายหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั่วไปกับผู้ให้ข้อมูลและสถานการณ์ในวงกว้างมากกว่าที่ถูกเลือกมาเพื่อการวิจัยนั้น การเริ่มต้นจากข้อมูลไปสู่การหาข้อสรุปทั่วไปเช่นนี้เป็นรูปแบบของการทำวิจัยเชิงคุณภาพขนานแท้ ในการดำเนินการแบบอุปนัยนักวิจัยอาศัยเพียงคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจนเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลในสนาม จากนั้นเมื่อได้ข้อมูลมาพอสมควรแล้วจึงตั้งสมมติฐาน เพื่อ “คลำทาง” ทิศทางในการหาคำตอบสำหรับคำถามในการวิจัยหรือหาคำอธิบาย โดยการพิสูจน์และปรับสมมติฐานซ้ำแล้วซ้ำอีกกับข้อมูลที่เก็บมาในกระบวนการทำงานภาคสนาม จนกระทั่งสมมติฐาน “อยู่ตัว” คือ “ไม่ถูกท้าทาย” โดยข้อมูลที่รวบรวมมาใหม่อีกต่อไป ถึงจุดนี้นักวิจัยก็พร้อมที่จะสรุปหรือตีความ เพื่อหาคำอธิบายเชิงแนวคิดหรือทฤษฎีทั่วไปที่จะได้ใช้กับประชากรหรือบริบทที่คล้ายกันนอกเหนือจากที่นำมาศึกษา

3. เน้นการทำความเข้าใจแบบเป็นองค์รวม (Holistic perspective) องค์รวม หมายถึง การที่ส่วนต่างๆ ของระบบมีความสัมพันธ์กันแบบหลายมิติต่อกันภายในบริบทที่ระบบนั้นเป็นอยู่ การทำความเข้าใจองค์รวมโดยสาระสำคัญก็คือการค้นหาว่ามีส่วนประกอบอะไรบ้างภายในระบบนั้น และส่วนต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กันอย่างไร การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการรวบรวมข้อมูลหลายมิติของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์และเกิดความเข้าใจรอบด้าน ในทางปฏิบัตินักวิจัยต้องถือว่าแต่ละส่วน แต่ละกรณี แต่ละเหตุการณ์ ภายในระบบที่ศึกษานั้นไม่เพียงแต่มีความหมายในตัวเองเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีความหมายกับส่วนอื่นๆ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้

4. ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก (Qualitative data) โดยทั่วไปข้อมูลเชิงคุณภาพ หมายถึง ข้อมูลทุกรูปแบบที่เป็นข้อความ (Text) อยู่ในรูปของคำพูด หรือที่ไม่ได้อยู่ในรูปของตัวเลข ยังรวมถึงข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในรูปอื่นด้วย เช่น เครื่องบันทึกเสียง (บทสัมภาษณ์ เพลงดนตรี) และเครื่องบันทึกภาพ (ภาพยนตร์ วิดีทัศน์) ที่สื่อข้อมูลอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งนักวิจัยสามารถใช้ประโยชน์ในการศึกษาได้ ที่มาของข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การทำงานในภาคสนาม (Fieldwork) ซึ่งนักวิจัยมีการติดต่อโดยตรงกับผู้ให้ข้อมูลเป็นเวลานาน ทำการรวบรวมข้อมูลจากสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ

5. มีการติดต่อโดยตรงของนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย (Direct contact with participants) ภารกิจสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การเข้าไปอยู่ในสนามและเรียนรู้สิ่งที่ต้องการศึกษาโดยตรง การเข้าไปมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ให้ข้อมูลของการวิจัย เป็นโอกาสที่ดีที่สุดที่นักวิจัยจะได้สัมผัสกับเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่ศึกษาด้วยตนเอง ในขณะที่สิ่งเหล่านั้นกำลังเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติภายในบริบทของสิ่งที่ศึกษาอย่างแท้จริง

6. ให้ความสำคัญแก่พลวัตของสิ่งที่ศึกษา (Dynamic perspective) การวิจัยเชิงคุณภาพมองปรากฏการณ์ที่ศึกษาว่าเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง แต่เคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งนักวิจัยสามารถทำได้เฉพาะช่วงเวลาที่การวิจัยครอบคลุมถึงเท่านั้น ด้านนอกกรอบเวลาที่ทำการศึกษาออกไปสิ่งที่นักวิจัยจะทำได้อาจเป็นเพียงการเสนอแบบแผนพลวัตของปรากฏการณ์เท่านั้น ทั้งนี้เพราะสถานการณ์ที่ศึกษาเปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา

7. ให้ความสำคัญแก่การศึกษาเฉพาะกรณี (Unique case orientation) การวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งทำความเข้าใจในทางลึกมากกว่าทางกว้าง ซึ่งนักวิจัยจำเป็นต้องเก็บรายละเอียดของข้อมูลอย่างรอบด้านมีความจำเป็นที่จะต้อง “เฝ้าสังเกตการณ์” สิ่งที่ศึกษาอยู่เป็นเวลานาน (Extended fieldwork) และนักวิจัยต้องให้ความสำคัญแก่การศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การได้ความรู้ความเข้าใจในทางลึก และอย่างเป็นองค์รวมเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา ความละเอียดกลุ่มลึกของการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นได้มาจากการศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจงจำนวนน้อยมากกว่าที่จะมาจากการศึกษากรณีจำนวนมากๆ

8. ให้ความสำคัญแก่บริบทของสิ่งที่ศึกษา (Context sensitivity) การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยที่เน้นการเข้าถึงความหมายของผู้กระทำ (Actor's meaning) เรียกว่า Emic หรือความหมายในทัศนะของผู้กระทำ จะมีความหมายที่ดีที่สุดก็เฉพาะในบริบทที่ศึกษา หรือสิ่งแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่เท่านั้น การให้ความสำคัญแก่บริบทที่ศึกษานักวิจัยต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทอย่างเพียงพอ เพื่อประกอบการตีความข้อค้นพบและข้อเสนอของนักวิจัยเอง บริบทอาจเป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ และขนบธรรมเนียม (Etho)

9. มีความยืดหยุ่นในการออกแบบการวิจัย (Design flexibility) การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพไม่ใช่สิ่งกำหนดไว้ตายตัว แต่สามารถยืดหยุ่นได้ ตามความจำเป็นตรงเท่าที่การยืดหยุ่นนั้นเป็นไปเพื่อการเข้าถึงข้อมูลที่ดีและน่าเชื่อถือได้มากกว่า และตรงเท่าที่ไม่ได้ทำให้วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการวิจัยเปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง

10. ใช้เครื่องมือหลายอย่างในการเก็บข้อมูล แต่นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด (Researcher as an important research instrument) การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาในแนวลึกมากกว่าแนวกว้าง จำเป็นที่นักวิจัยต้องได้ข้อมูลหลายชนิดและได้รายละเอียดเพียงพอเกี่ยวกับประเด็นการศึกษา นักวิจัยจึงมักจะใช้หลายวิธีเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การ

สังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการรวบรวมข้อมูลเอกสาร มีจุดมุ่งหมายเพื่อการเข้าถึงข้อมูลหลายชนิดและเพื่อลงลึกในประเด็นที่ต้องการศึกษา

การใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการแสวงหาความรู้ความจริงทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์และสังคม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก โลกทัศน์ ความหมาย การตีความ การเรียนรู้ของมนุษย์ในบริบทของวัฒนธรรม ฯลฯ ซึ่งมีความสลับซับซ้อนและเป็นพลวัต มนุษย์เท่านั้นที่จะเข้าใจกันเองถ้าเข้าไปใกล้ชิดอยู่กับสภาพการณ์นั้นๆ นานเพียงพอ และเกิดการเรียนรู้เข้าใจได้ด้วยวิธีการสังเกต สัมภาษณ์ สนทนา ค้นหาความจริงจากบุคคลและจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีคำหลายคำที่หมายถึงการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา การวิจัยเชิงมานุษยวิทยา การวิจัยเชิงธรรมชาติ การวิจัยภาคสนาม การวิจัยเชิงศึกษาชีวิตประวัติบุคคล การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยศึกษาแบบเฉพาะกรณี การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม แต่ที่นิยมกันทั่วไปคือ การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา (อารีย์วรณ อ่วมธานี, 2549) ชื่อเหล่านี้แม้จะแตกต่างกัน และรายละเอียดของการดำเนินการที่ต่างกันไปบ้าง แต่ในแง่ของแนวทาง และวิธีดำเนินการหลักๆ แล้วไม่แตกต่างกันมากนัก และทั้งหมดอยู่ในกลุ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ (นิตา ชูโต, 2545; ชาย โพธิธิตา, 2547)

3.1.4 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ จะใช้เทคนิคการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่ง Morse (1991, 2000) กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ มักจะนิยมเรียกว่า ผู้ให้ข้อมูลมากกว่า ผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมในการร่วมวิจัยปรากฏการณ์ใด ก็ต้องมีประสบการณ์หรืออยู่ในปรากฏการณ์นั้น ไม่ใช่แค่เพียงแค่มิข้อมูลโดยตรงประเด็นเท่านั้น แต่ยังต้องให้ข้อมูลที่มีคุณภาพด้วย การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบไม่เฉพาะเจาะจงนั้นจะดำเนินไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล กล่าวคือเมื่อได้ข้อมูลมา ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์แล้วเกิดข้อสงสัยว่าจะมีความคิดเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวในแง่มุมอื่นอีกหรือไม่ ผู้วิจัยก็จะตามไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่สามารให้ข้อมูลนั้นได้ หรือผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวอ้างถึงหรือพาดพิงถึงคนอื่นที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ผู้วิจัยก็ต้องไปสัมภาษณ์ผู้ที่ถูกกล่าวถึงนั้นด้วย เพื่อให้เกิดความกระจ่างและความชัดเจนในเนื้อหาสาระที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลและจากการสัมภาษณ์ ดังนั้นการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามทฤษฎี จะไม่มีการวางแผนหรือคาดการณ์ผู้ให้ข้อมูลไว้ก่อนที่จะศึกษา แต่จะพัฒนาตามความคืบหน้าของการศึกษา นั่นคือ ผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลบนพื้นฐานของแก่นสาระที่ได้จากการบอกเล่าประสบการณ์ตามประเด็นของทฤษฎีที่กำลังดำเนินการศึกษาอยู่ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะ

เกิดขึ้นเรื่อยๆ ไปจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ทราบจำนวนของผู้ให้สัมภาษณ์ในการศึกษา (Streubert & Capenter, 1999) เนื่องจากจำนวนผู้ให้ข้อมูลจะถูกกำหนดด้วยข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล อย่างไรก็ตาม Morse (2001) กล่าวว่า แม้ว่าผู้วิจัยจะไม่สามารถกำหนดผู้ให้ข้อมูลที่แน่นอนได้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการพิทักษ์สิทธิผู้ปวยตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการจนกระทั่งนำเสนอผลงาน ในการขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลโดยให้ข้อมูลและแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่ปิดบัง พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับลักษณะการสนทนาแบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา สถานที่ในการสนทนา การรักษาความลับด้วยการลบข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเฉพาะในการเสนอเชิงวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อ พร้อมกับย้ำให้มั่นใจว่าการสัมภาษณ์ไม่มีผลใดๆ กับการปฏิบัติงาน หากอยู่ในระหว่างการสัมภาษณ์เมื่อมีคำถามใดที่ไม่สะดวกใจที่จะตอบ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบ รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยและสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ในการติดต่อขอสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนมีความกระจ่างชัด และมีเวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้สัมภาษณ์ด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยจะทำการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์เชิงการวิจัยที่เกิดขึ้นในบริบทการเก็บข้อมูลของการพิทักษ์สิทธิ์และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดจนกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงโรงพยาบาลที่เลือกศึกษา
2. หลังจากได้รับอนุญาตแล้วดำเนินการขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยเริ่มจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลรายแรก เมื่อผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวอ้างถึงบุคคลใด ผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์กับบุคคลนั้นไปเรื่อยๆ
3. ภายหลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทบทวนการบันทึกภาคสนาม เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหาย ซึ่งประกอบด้วย การอธิบายจาก บรรยายาก ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และปัญหาอุปสรรคที่พบ ถอดเทปสัมภาษณ์คำต่อคำ เพื่อเตรียมข้อมูลให้พร้อมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพมีหลากหลายวิธีแต่การวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Strauss and Corbin (1998) ดังนี้

(1) การให้รหัสแบบเปิดกว้าง (Open coding)

เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1-2 ราย และมีการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยเริ่มอ่านคำให้สัมภาษณ์ เพื่อค้นหาและแยกย่อยข้อมูล จากคำต่อคำ ตรวจสอบและเปรียบเทียบข้อมูล เพื่อให้ได้ความคิดรวบยอด แล้วตั้งชื่อหรือให้รหัสข้อมูลเหล่านั้น ซึ่งขั้นตอนนี้ดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจากว่าผู้วิจัยไม่สามารถที่จะเปิดเผยข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ได้ จึงต้องมีการใส่รหัสเพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการติดต่อสื่อสารสามารถดำเนินการไปได้อย่างเต็มที่ ทราบถึงเหตุการณ์ว่าเกิดอะไรขึ้น เปิดเผยการกระทำ มีความคิดเหมือนกับธรรมชาติที่เป็นอยู่ หรือรวบรวมกลุ่มที่มีความหมายเหมือนกันให้เป็นกลุ่ม หรือหมวดหมู่เดียวกัน หรือเรียกว่า “Category” การจัดหมวดหมู่ของข้อมูลให้เป็น หมวดหมู่เดียวกัน (Category) มีความสำคัญมาก เพราะทำให้ข้อมูลที่มีความหมายเดียวกันถูกจัดเก็บไว้ในที่เดียวกัน เป็นการลดทอนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาเก็บไว้ในที่เดียวกัน การกำหนดชื่อหมวดหมู่แต่ละหมวดหมู่นั้นจะขึ้นอยู่กับเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลที่มุ่งไปถึงงานวิจัย ที่มีความสำคัญมากเพราะแสดงถึงการอธิบายงานวิจัยด้วย สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการตั้งชื่อ Category คือใช้คำย่อ สั้นกระชับได้ใจความ ในหนึ่ง Category นั้นสามารถแบ่งแยกย่อยออกเป็นหลายๆชื่อ หลายๆความหมาย หลายๆเหตุการณ์ได้อีกด้วย เรียกว่า หมวดหมู่ย่อย หรือ Subcategories

(2) การให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (Axial coding) เป็นขั้นตอนในการกำหนดคุณสมบัติและมิติ ที่มีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ (Category) ซึ่งหมวดหมู่นี้จะแทนปรากฏการณ์ (Phenomenon) ที่เกิดขึ้นในหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อย (Subcategories) การวิเคราะห์ Axial coding เป็นการเริ่มต้นของกระบวนการรวบรวมข้อมูลใหม่ๆ ที่แยกออกมาจาก Open coding ใน Axial coding นั้นจะมี หมวดหมู่ย่อยที่มีความเชื่อมโยงกับหมวดหมู่ใหญ่ที่ทำให้การอธิบายถึงปรากฏการณ์มีความละเอียด ลึกซึ้งและสมบูรณ์มากขึ้น นอกจากนี้ในขั้นตอนนี้ยังต้องอาศัย วิธีการเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง (Constant comparative method) เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลใหม่ที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลถูกกำหนดชื่อหรือให้รหัสได้สอดคล้องกับเนื้อหาสาระที่ได้จากข้อมูลดิบ และได้รับการพิจารณาและเปรียบเทียบกับการให้รหัสกับข้อมูลเดิมแล้วว่าเป็นเรื่องที่ซ้ำข้อมูลเดิมหรือเป็นข้อมูลที่แปลกใหม่ไปจากเดิม ถ้าเป็นสาระที่ซ้ำเดิมจะถูกกำหนดรหัสเดิม แต่ถ้าไม่ซ้ำจะถูกกำหนดรหัสใหม่ หลังจากนั้นนำรหัสดังกล่าวมาพิจารณาว่าควรเป็นหมวดหมู่ใหญ่ หรือหมวดหมู่ย่อย ภายใต้หมวดหมู่ใหญ่ใด

(3) การให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding) เป็นการบูรณาการหมวดหมู่ใหญ่ และหมวดหมู่ย่อย เพื่อพิจารณาหาหมวดหมู่หลักที่มีความสัมพันธ์กับหมวดหมู่อื่น ๆ ที่รองลงมาอย่างเป็นระบบ โดยมีการตรวจสอบความสัมพันธ์และเสริมสร้างหมวดหมู่ที่ต้องการชัดเจนและพัฒนาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เชื่อมโยงเรื่องราวที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องราวเดียวกัน

3.4 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดย Guba and Lincoln (1985, 1989) ได้กล่าวถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัย

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาอย่างแท้จริง คือ เป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารในฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก พนักงาน และบุคลากรในหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

1.2 การสร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement) โดยหลังจากผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองที่หน่วยปฏิบัติงานแล้ว ผู้วิจัยหาโอกาสแวะไปเยี่ยมเยียนผู้ให้ข้อมูลขณะปฏิบัติงาน โทรศัพท์พูดคุยงานและเรื่องทั่วไป

1.3 การควบคุมสถานการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง โดยให้ผู้ให้ข้อมูลกำหนด วัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและสบายใจ ก่อนการสัมภาษณ์จะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามจนมีความกระจ่างพอที่จะได้รับความไว้วางใจ แล้วจึงเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน เพื่อให้ยืนยันว่าข้อมูลตรงกับความเป็นจริง

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ผลการวิจัยนำไปอ้างอิงในกรณีที่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนผู้ให้ข้อมูลเท่านั้นคือเป็นบุคลากรที่มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลของโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานครจะไม่นำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่นๆ

3. การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยอย่างมีขั้นตอนประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุม ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการได้ ประเด็นหลักและรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการตรวจสอบโดยอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirm ability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยสามารถตรวจสอบได้ (Audit trial) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน โดยการฟังเทปซ้ำ มีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ณิชกมล มะลิตอง (2542) ศึกษาการให้บริการบุคลากรในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร)

จากโรงพยาบาล 6 โรง จำนวน 54 คน และกลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 360 คน พบว่า ลักษณะการให้บริการของแพทย์ ได้แก่เตรียมตัวด้านวิชาการก่อนทำการตรวจ รักษาผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง แต่งกายสุภาพ สะอาด พร้อมบัตรแสดงชื่อในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ พุดจาสุภาพ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติอย่างตั้งใจ อธิบายแนวทางการรักษา บอกราคาและผลเสียในการรักษาในแต่ละวิธีการกลับมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษา และเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ลักษณะการให้บริการของพยาบาล ได้แก่ เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย แต่งกายตามระเบียบ ต้อนรับผู้ป่วยทุกคนอย่างเป็นกันเอง ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอทุกคน รับฟังข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ อำนวยความสะดวก สอนและฝึกปฏิบัติให้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง เตือนกำหนดนัดแพทย์ ประสานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามระบบการส่งต่อ ลักษณะการให้บริการของเภสัชกร ได้แก่ เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ และยา รวมทั้งสถานที่ที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย มีขั้นตอนและระบบจ่ายยา การแต่งกายสุภาพถูกระเบียบ ให้บริการโดยเน้นความเสมอภาค เภสัชกรจ่ายยาให้ผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการใช้ยาทุกครั้ง มีการบันทึกประวัติการใช้ยาและการแพ้ยา ให้คำแนะนำและติดตามผลที่ไม่พึงประสงค์ในการใช้ยา ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องการใช้ยาแก่บุคคลทั่วไปที่โรงพยาบาลหรือทางโทรศัพท์

ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) ศึกษาการเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 289 คน พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย มีการบริหารความเสี่ยงด้านอัตรากำลังดีกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอบรมด้านความปลอดภัย

นิภาวรรณ ศิริประเสริฐ (2543) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลพญาไท 3 ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2543 จำนวน 100 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลร้อยละ 73 โดยจำนวนของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เบื้องต้นที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรงพยาบาลคุณภาพ และความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับมาตรฐานของหน่วยงาน ร้อยละ 67 และร้อยละ 78 ตามลำดับ

กมลเนตร ฉิมแก้ว (2544) ศึกษาเรื่องความสำเร็จการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 577 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่งด้วยตนเอง ได้รับแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 530 ฉบับ พบว่าการจูงใจ การทำงานเป็นทีม และความผูกพันและการยอมรับ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรความสำเร็จในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราชได้ร้อยละ 49.1

รวีวรรณ อัมชาสัย (2545) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารการพยาบาลกับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการจำนวน 295 คน ในโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น ผลการวิจัยพบว่า การใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงสามารถร่วมกันพยากรณ์การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จิตกิตมณี อัครชาติศรี (2548) ได้ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จำนวน 32 คน พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะเตรียมการ ซึ่งประกอบด้วย การร่วมโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง การถ่ายทอดแนวคิด HA การยอมรับแนวคิด HA การเรียนรู้แนวคิด HA การปฏิเสธแนวคิด HA และการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด QA 2. ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย การหาโอกาสในการพัฒนา การดำเนินการพัฒนา การเกิดแรงจูงใจ การเรียนรู้เพื่อเข้าใจแนวคิด HA การขยายผล/การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการบูรณาการแนวคิดคุณภาพ 3. ระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การเยี่ยมชมสำรวจภายในโรงพยาบาลและดำเนินการแก้ไข การรับการประเมินจาก สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และดำเนินการแก้ไข ผู้บริหารประกาศรับนโยบาย HA ชัดเจน การส่งรายงานให้ สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ภัทรชนก ชีระกาญจน์ (2548) ศึกษาประสบการณ์มีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการดำเนินการเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 15 ราย พบว่า พยาบาลวิชาชีพให้ความหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพว่าเป็นเรื่องของยอมรับคุณภาพทางสังคมและเป็นการทำงานที่ต้องอาศัยระบบและร่วมกันเป็นทีม และประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยเป็นแกนนำในการปฏิบัติการ ติดตามความก้าวหน้า ซึ่งผลการศึกษาแสดงอย่างชัดเจนว่าพยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรที่สำคัญในการดำเนินการเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเนื่องจากมีจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาลและมีกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากที่สุด

สุเมธา เสงประเสริฐ (2548) ศึกษาตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 692 คน พบว่า ตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ความมุ่งมั่นของผู้บริหารในการบริหารความปลอดภัย การปรับปรุงการจัดการด้านความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาความรู้ด้านความปลอดภัย

การใส่ใจด้านความปลอดภัย การบริหารความเสี่ยง โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 69.46

อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2548) ศึกษาเรื่องการใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล โดยใช้การวิจัยแบบ Soft Systems Methodology ซึ่งเป็นระบบการเรียนรู้ที่อาศัยการสร้างแบบจำลองขึ้นมาเป็นเครื่องมือ ซึ่งแบบจำลองมาจากความรู้และข้อกำหนดที่มีอยู่ก่อนแล้ว ได้แก่ กระบวนการ HA มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข และเอกสารขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรปเรื่อง Putting HPH policy into action แล้วนำแบบจำลองนี้ไปศึกษาโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว จำนวน 8 แห่ง พบว่า กระบวนการ HA มีบางส่วนทับซ้อนกับ HP ยังไม่มีโรงพยาบาลใดใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังสับสนในเรื่องควรมีบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างไร กระบวนการ HA มีเครื่องมือเพื่อใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ PDCA แต่มีการใช้จริงน้อย และกระบวนการ HA ได้ให้หลักการเรื่องการทำงานเป็นระบบ แต่การดำเนินการเรื่อง HP ยังอยู่ในรูปแบบกิจกรรมเป็นเรื่องๆที่ไม่เกี่ยวเนื่องกัน ยังไม่พบความพยายามที่จะทำให้เป็นระบบ

สมสมัย สุธีรสานต์ (2549) ศึกษาการพัฒนาและการทดสอบรูปแบบการวัดการคงอยู่ของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ 13 แห่ง จำนวน 2565 คน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ คือ การศึกษาการฝึกอบรม ภาวะผู้นำ แรงขับเคลื่อน วัฒนธรรมการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ปฏิสัมพันธ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคลากร การสนับสนุนและการยอมรับจากองค์การร่วมมือและการมีส่วนร่วมของบุคลากร และการติดตามผลลัพธ์สามารถอธิบายความแปรปรวนในโมเดล การคงอยู่ของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ร้อยละ 53.27

Maurice (2005) ศึกษาเรื่องกลยุทธ์ที่พิจารณาในข้อผิดพลาดของระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ในสหรัฐอเมริกา เพื่อวิเคราะห์และอภิปรายการปรับปรุงโครงสร้างของกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในเรื่องกรอบแนวคิดของผู้อำนวยความสะดวก พนักงาน และผู้ตรวจการ ซึ่ง HA และการรับรองคุณภาพหมายถึงการเป็นศูนย์กลางของการบริการรักษาพยาบาลที่พบว่ามีความต้องการการดูแลที่มีคุณภาพในเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลสามารถเลือกใช้หน่วยงานที่รับรองคุณภาพอันใดอันหนึ่งก็ได้ ผลการวิจัยพบว่า ประมาณ 80% ขององค์การเลือกองค์การ JCAHO ในการรับรองคุณภาพ

Keenan Patricia (2006) ศึกษาเรื่องการประเมินผลการสำรวจของกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อเป็นตัวอย่างในการเตรียมตัวตอบคำถามของผู้เยี่ยมชมสำรวจ พบว่าโรงพยาบาลควรเตรียมตัวในเรื่องของการสื่อสาร การปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาล สามารถตอบ

คำถามและดำเนินการตามมาตรฐานในส่วนที่มีความสำคัญ ซึ่งผู้สำรวจของ JCIA ต้องการช่วยให้ทางโรงพยาบาลดำเนินการได้จริง โดยให้ผู้นำเตรียมตัวให้พร้อมเนื่องจากผู้สำรวจจะมุ่งจุดสนใจไปที่ผู้นำซึ่งต้องรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และการสำรวจคร่าวๆ อย่างบ่อยครั้งจะทำให้ผู้นำรับมือกับการสำรวจได้และสามารถเตรียมตัวได้ดี

Feng -Ching Tsai (2007) ศึกษาเรื่องความรู้ของพยาบาลฉุกเฉินมีผลต่อการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ในประเทศไทยได้หวั่นซึ่งทำการศึกษากลุ่มพยาบาลจำนวน 249 คนใน 9 โรงพยาบาล พบว่าพยาบาลมีระดับความรู้โดยเฉลี่ย 49.2 % ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 4.8-89.2% โดยอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพมากที่สุด คือการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวดนอกเหนือจากการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินตามปกติ ซึ่งความรู้ในการจัดการนั้นมีผลกับความสัมพันธ์ที่ไม่ดีจะเป็นอุปสรรคต่อการจัดการความเจ็บปวด และความสัมพันธ์ที่ดีในการมีประสบการณ์ในการปฏิบัติมีความสำคัญกว่าการศึกษาการจัดการความเจ็บปวดซึ่งความรู้และการรับรู้เป็นอุปสรรคที่มีความแตกต่างกันตามระดับขั้นของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเริ่มตั้งแต่การพัฒนาในระดับชาติไปถึงระดับสากล ทำให้มีการพัฒนาการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลไทยให้เทียบเท่ากับระดับนานาชาติ ส่งผลดีต่อ ผู้ป่วย และผู้มารับบริการ ที่จะได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ และส่งผลดีต่อบุคลากรในการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ซึ่งการพัฒนานั้นต้องอาศัยการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับผู้บริหารไปจนถึงระดับปฏิบัติการ โดยใช้หลักการบริหารต่างๆ เข้ามาช่วยในองค์กร และพบว่าวรรณกรรมต่างๆ ที่มีอยู่ศึกษามีเพียงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขององค์กรในประเทศไทยเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาถึงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่เกิดขึ้นสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการจัดการคุณภาพ และการลงมือปฏิบัติของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้รับความรู้ และข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เป็นตัวอย่างและแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาองค์กรให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์จากผู้ที่มีการประสบการณ์ตรงในเรื่องของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เนื่องจากในประเทศไทยกำลังให้ความสำคัญกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

บริบทพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2522 มีเตียงรองรับผู้ป่วย 270 เตียง ให้บริการตรวจรักษาโรคทุกสาขา เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวช กุมารเวชกรรมศาสตร์ คลินิกหู ตา คอ จมูก รวมทั้งคลินิกพิเศษต่างๆ เช่น โรคไต โรคตับ wellness, pulmonary center เป็นต้น ได้รับการรับรองเป็น “โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก” จากองค์การอนามัยโลก (WHO) และ องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) รางวัลผู้ประกอบการดีเด่นด้านธุรกิจบริการสาขาโรงพยาบาล (Prime Minister Award 2004) และใบประกาศรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไทย (Hospital Accreditation, HA) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2546 ได้ขยายสาขาโรงพยาบาลออกไปทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด ปัจจุบันได้จดทะเบียนเป็นบริษัทมหาชน

นโยบายคุณภาพของโรงพยาบาล คือ มุ่งมั่นที่จะพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บริการสุขภาพสูงสุดตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยยึดถือสิทธิประโยชน์ ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล คือ มุ่งมั่นที่จะเป็นผู้นำของโรงพยาบาลระดับแนวหน้าของประเทศไทยที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ครบวงจร ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและจริยธรรม เพื่อเป็นที่ยอมรับ และเกิดความพึงพอใจสูงสุดของผู้มารับบริการ แพทย์ บุคลากร ผู้ถือหุ้น และชุมชน

พันธกิจของโรงพยาบาล เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่ได้ตั้งไว้ นโยบายและแนวทางการปฏิบัติ คือ 1) ให้โรงพยาบาลมีบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ และมาตรฐานระดับสากลแบบครบวงจรในสาขาที่กำหนด 2) ให้บริการที่มีคุณภาพสูงด้วยราคาที่เหมาะสมเพื่อความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ 3) เป็นศูนย์กลางในการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีจริยธรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของชุมชนในระดับกลุ่มที่กำหนด ทั้งใน

ประเทศ และต่างประเทศ 4) มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องในทุกสาขา เพื่อคงไว้ซึ่งบริการที่มีคุณภาพและบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลได้กำหนดคุณค่าในการดำเนินกิจการสู่วิสัยทัศน์ และพันธกิจ ดังนี้ 1) เพื่อคุณค่าของการดำเนินชีวิตด้วยสุขภาพที่ดีของผู้มารับบริการ โดยโรงพยาบาลให้การดูแลสุขอนามัย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ 2) เคารพ ให้เกียรติ และรักษาความลับของผู้มารับบริการ โดยคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้มาใช้บริการเป็นสำคัญ 3) ตระหนักถึงความสำคัญและยอมรับในบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา รวมทั้งให้การสนับสนุนในการทำแผนปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร 4) ศึกษาความต้องการของชุมชน ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลและสุขภาพอนามัยอันเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี และแหล่งที่มาของการให้บริการสาธารณสุข โดยนำมากำหนดวางแผนเพื่อให้บริการที่สอดคล้องต่อความต้องการของชุมชน 5) ตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดให้มีบริการ ทั้งทางด้านการรักษา และดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด โดยการเสนอคุณค่าบริการด้วยบุคลากรที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูง

ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารในฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน พยาบาลปฏิบัติการ รวมไปถึงบุคลากรและพนักงานอื่นๆ ของโรงพยาบาล ที่มีความยินดีและเต็มใจในการให้ข้อมูลครั้งนี้

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังที่กล่าวไว้แล้ว โดยเริ่มต้นจากการที่ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลระดับผู้บริหารที่เป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นผู้ให้ข้อมูลถึงประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เมื่อบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลคนแรกอ้างอิงถึงผู้วิจัยจึงได้ติดต่อ ทาบตามให้เป็นผู้ให้ข้อมูลคนต่อไปเรื่อยๆ ขณะเดียวกันเลขานุการฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้ประสานงานทำหนังสือแจ้งให้บุคลากรในโรงพยาบาลทราบว่าผู้วิจัยเข้าไปสัมภาษณ์เกี่ยวกับการทำวิจัย และผู้วิจัยทำการติดต่อประสานงานด้วยตนเองซึ่งประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารในฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนกกายภาพ หัวหน้าเภสัชกร หัวหน้าสารสนเทศ พยาบาลปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย และผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีให้ข้อมูลในการเล่าประสบการณ์ของตนเองในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลจนกระทั่งข้อมูลอิมตัว จำนวน 13 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

Strauss & Corbin (1998) กล่าวว่า เครื่องมือวิจัยที่สำคัญคือ ผู้วิจัย เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการใช้บุคคลไปสัมผัสกับบุคคลอื่นโดยตรง ด้วยการพูดคุย สัมภาษณ์ สังเกตและการปฏิบัติตนเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมที่เชื่อถือได้ แต่นักวิจัยจะต้องไม่นำความรู้สึกของตนเองเข้าไปมีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ ไม่นำประสบการณ์ของตนเองไปวิเคราะห์ข้อมูล หรือคิดผลลัพธ์ของการสัมภาษณ์ไว้ก่อนโดยยึดหลักการ แนวคิด หรือทฤษฎีเดิมที่มีอยู่ก่อนแล้ว การสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยต้องมีลักษณะท่าทาง แวดตาที่สื่อถึงความต้องการข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์ และควรคิดคำถามไว้ล่วงหน้าในใจก่อน พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลไปด้วย โดยการเขียนบันทึกสั้นๆ (Memo) พร้อมกับการเขียนโครงร่าง (Diagram) เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจและสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้องและตรงไปตรงมา โดยไม่เบี่ยงเบนข้อมูล (Data bias)

เครื่องมือช่วยในการวิจัย

เนื่องจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ใช้การสัมภาษณ์ เป็นวิธีเก็บข้อมูลหลัก ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทั้งข้อความที่เป็นภาษาพูด คือ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และภาษาลับสัญลักษณ์ คือ กริยาท่าทางขณะให้สัมภาษณ์ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงมีเครื่องช่วยในการวิจัย ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สำหรับบันทึก อายุ เพศ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ข้อมูลดังกล่าวไม่มีภาระระบุชื่อจริง แต่จะกำหนดเป็นหมายเลขของผู้ให้ข้อมูลแทน

2. แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกการสังเกต และบันทึกการสัมภาษณ์ ซึ่งการบันทึกการสังเกต ได้แก่ การบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในสนามศึกษา เป็นการบรรยายภาพเพื่อให้ผู้อ่านได้มองเห็นภาพเช่นเดียวกับที่นักวิจัยได้เห็น และการบันทึกความรู้สึกส่วนตัวของนักวิจัยที่เป็นการเขียนเพื่อทบทวนความรู้สึกของตนเอง ส่วนการบันทึกการสัมภาษณ์ คือ จดบันทึกคำให้สัมภาษณ์การบรรยายกริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล

3. เครื่องบันทึกเสียง 1 เครื่อง โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงชนิดที่สามารถถอดข้อความผ่านคอมพิวเตอร์ได้ เพื่อง่าย สะดวก และได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจะกล่าวถึงขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลในทิศทางเดียวกัน แต่จะแตกต่างกันในบริบทของแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบอยู่ ซึ่งหน่วยงานจะปรับการทำงานให้สอดคล้องกับมาตรฐาน JCI ที่กำหนดไว้ ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์เชิงลึกที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับภาระงานที่ปฏิบัติอยู่ในขณะสัมภาษณ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย เลือกสถานที่ทำงานเป็นสถานที่ในการสัมภาษณ์ ทำให้มีบุคลากรคนอื่นเข้ามารบกวนบ้าง และมีผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ไม่ยินยอมให้บันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์

ผู้วิจัยจึงใช้การบันทึกภาคสนามแทน ผู้ให้ข้อมูล 1 รายให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เนื่องจากไม่สะดวกจะให้สัมภาษณ์โดยตรงได้ แต่ผู้วิจัยได้ขอบันทึกเสียงทางโทรศัพท์ไว้ ผู้ให้ข้อมูล 1 รายเลือกสถานที่ให้สัมภาษณ์เป็นร้านอาหารที่ไม่มีเสียงดัง ทำให้สามารถบันทึกประสบการณ์การพัฒนาคูณภาพได้อย่างละเอียด และชัดเจน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

หลังจากการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล กระบวนการสัมภาษณ์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งยืนยันว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะทำการทำลายเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์ เมื่อการสัมภาษณ์สิ้นสุดลง การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ถ้าไม่สะดวกใจหรือบอกละทิ้งการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา หากมีข้อสงสัยที่เกิดจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างปลอดภัย

ในระหว่างการสนทนาผู้วิจัยจะสังเกตสีหน้า ท่าทาง การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลเป็นการอ่านใจผู้ให้ข้อมูลทำให้ทราบความนึกที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้บอกออกมาอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่การตีความ และการถามคำถามต่อเนื่องเพื่อให้เข้าถึงกระบวนการที่แท้จริง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะแสดงให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ที่ผู้วิจัยสนใจ ตั้งใจฟัง และกำลังติดตามการสนทนาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการพยักหน้า สบตา ทำเสียงตอบรับ “คะ” เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีกำลังใจในการสนทนาอย่างเต็มใจและยาวนาน รวมถึงการนัดหมายสถานที่ในการสัมภาษณ์ที่ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน มีความสงบ ผู้ให้ข้อมูลไม่อยู่ในระหว่างปฏิบัติงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดมีสิ่งรบกวน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตนเอง ใช้แนวทางคำถามหลักเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

การสัมภาษณ์

1. ดำเนินเรื่องขออนุญาตเข้าร่วมการวิจัยด้วยการสัมภาษณ์บุคลากรในโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยนำส่งหนังสือขออนุญาตเข้าร่วมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จากนั้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเรื่องให้ผู้ว่าการฝ่ายการพยาบาล เลขานุการผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลดำเนินการเรื่องแจ้งขอความร่วมมือให้การสัมภาษณ์

กับบุคลากรแต่ละหน่วยงาน

2. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ โดยเริ่มจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในเป็นพยาบาลรุ่นพี่ที่จบปริญญาโทสาขาการบริหารการพยาบาลจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ผู้วิจัยรู้จักก่อน จากนั้นเมื่อผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวอ้างถึงบุคคลใด ผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์กับบุคคลนั้นไปเรื่อยๆ โดยแจ้งให้เลขานุการผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลทราบก่อน และดำเนินการนัดหมายให้ผู้วิจัยไม่สามารถนัดหมายได้เอง เนื่องจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เป็นเรื่องภายในโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลได้พัฒนาขึ้น จึงต้องได้รับการยืนยันจากบุคลากรที่น่าเชื่อถือในโรงพยาบาลอีกครั้งนอกจากหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยผู้ให้ข้อมูลจึงสามารถให้ผู้สัมภาษณ์ได้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เมื่อระบุผู้ให้ข้อมูลหลักได้แล้ว ผู้วิจัยติดต่อ นัดหมายวัน เวลา สถานที่ ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อถึงวันสัมภาษณ์จริง ผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นเตรียมการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเตรียมแนวคำถามลักษณะเปิดกว้างไว้ล่วงหน้า โดยมีตัวอย่างคำถามหลายๆคำถามไว้สับเปลี่ยนการถามตามความเหมาะสม เตรียมอุปกรณ์จดบันทึกและการบันทึกเสียง

2.2 ขั้นเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยให้ความสำคัญและยกย่องผู้ถูกสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล สร้างบรรยากาศให้รู้สึกเป็นกันเอง โดยการสนทนา ทักทายด้วยอภัยยศอันดี บอกถึงวัตถุประสงค์ในการมาสัมภาษณ์พร้อมให้ความเชื่อมั่นว่าจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ จากนั้นแจ้งกับผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบันทึกเสียง และการจดบันทึกเป็นการขออนุญาตทำการบันทึกเสียง หากผู้ให้ข้อมูลไม่ยินยอมให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยจะไม่ทำการบันทึก แต่จะใช้การจดบันทึกแทน ทำการพูดคุยอุ่นเครื่องก่อนจะเริ่มการสัมภาษณ์จริง

2.3 ขั้นสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้คำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้าเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ เป็นนักฟังที่ตั้งใจฟัง และติดตาม ป้อนคำถามให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และโอกาส ใช้ภาษาสุภาพเข้าใจง่าย ชัดเจน ไม่ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สับสน ทำให้ผู้สัมภาษณ์รู้สึกว่าเรื่องที่จะเปิดเผยระหว่างการสัมภาษณ์เป็นเรื่องพิเศษเฉพาะตัว เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเต็มใจที่จะให้ข้อเท็จจริงต่างๆ ไม่ก่อให้เกิดข้อมูลที่ไม่เป็นจริง

2.4 ขั้นบันทึกข้อมูลและสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการจดบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง และใจความสำคัญ ทำการบันทึกการสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นลง กล่าวอำลาและขอบคุณผู้ให้ข้อมูล และบอกกล่าวนัดหมายในการขอสัมภาษณ์ครั้งต่อไป หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

3. ภายหลังจากสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทบทวนการบันทึกภาคสนาม เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหาย ซึ่งประกอบด้วย การอธิบายฉาก บรรยากาศ ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และปัญหาอุปสรรคที่พบ ถอดเทปสัมภาษณ์คำต่อคำ เพื่อเตรียมข้อมูลให้พร้อมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 2 รายแรก ได้ดำเนินการถอดเทปสัมภาษณ์คำต่อคำ และแยกหมวดหมู่ย่อยพร้อมทั้งให้รหัส จากนั้นดำเนินการวางแผนภูมิกระบวนการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลขึ้นมา เพื่อใช้ประกอบเป็นข้อมูลในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป เมื่อได้ข้อมูลใหม่ๆจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเขียนเป็นแผนภูมิต่อยอดไปเรื่อยๆจนได้แผนภูมิของกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลที่มีความชัดเจนที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในลักษณะข้อความที่ถอดเทปแล้ว ผู้วิจัยนำวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. อ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทปโดยอ่านทั้งหมดหนึ่งรอบ เพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล
2. อ่านข้อความที่ถอดเทปอย่างละเอียดพร้อมทั้งพิจารณากระบวนการให้รหัสตามวิธีการของ Strauss & Corbin (1998) โดยเริ่มจากการพิจารณาคำให้สัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม การบันทึกช่วยจำ และเอกสารอื่นๆ (หากได้จากผู้ให้ข้อมูล) โดยผ่านกระบวนการให้รหัส คือ การให้เปิดรหัสแบบเปิดกว้าง (Open coding) การให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (Axial coding) การใช้การเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง (Constant comparative method) และการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding)
3. ดำเนินการตามข้อ 1 และ 2 เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป ผู้วิจัยจะนำมาเข้ากระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลดังที่กล่าวมาแล้ว จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาหาความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน

จากการวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1-2 ราย ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปสัมภาษณ์แล้วอ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทปโดยอ่านทั้งหมดหนึ่งรอบเพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดของคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้อ่านข้อความที่ถอดเทปอย่างละเอียดพร้อมทั้งพิจารณากระบวนการให้รหัสตามวิธีการของ Strauss & Corbin (1998) โดยเริ่มจากการพิจารณาคำให้สัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม การบันทึกช่วยจำโดยผ่านกระบวนการให้รหัส คือ การให้เปิดรหัสแบบเปิดกว้าง (Open coding) เพื่อค้นหาและแยกย่อยข้อมูล จากคำต่อคำ ตรวจสอบและเปรียบเทียบข้อมูล เพื่อให้ได้ความคิดรวบยอด แล้วตั้งชื่อหรือให้รหัสข้อมูลเหล่านั้น ซึ่งขั้นตอนนี้ดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจากว่าผู้วิจัยไม่สามารถที่จะเปิดเผย

ข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ได้ จึงต้องมีการใส่รหัสเพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการติดต่อสื่อสารสามารถดำเนินไปได้อย่างเต็มที่ ทราบถึงเหตุการณ์ว่าเกิดอะไรขึ้น เปิดเผยการกระทำที่มีความคิดเหมือนกับธรรมชาติที่เป็นอยู่ หรือรวบรวมกลุ่มที่มีความหมายเหมือนกันให้เป็นกลุ่มหรือหมวดหมู่เดียวกัน หรือเรียกว่า “Category” ทำให้ข้อมูลที่มีความหมายเดียวกันถูกจัดเก็บไว้ในที่เดียวกัน เป็นการลดทอนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาเก็บไว้ในที่เดียวกัน โดยผู้วิจัยใช้คำย่อ สั้นกระชับได้ใจความ ซึ่งในหนึ่ง Category ที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลมานั้น สามารถแบ่งแยกย่อยออกเป็นหลายๆชื่อ หลายๆความหมาย หลายๆเหตุการณ์ เป็นหมวดหมู่ย่อย หรือ Subcategories หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (Axial coding) ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติและมิติ ที่มีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ (category) ซึ่งหมวดหมู่นี้จะแทนปรากฏการณ์ (Phenomenon) ที่เกิดขึ้นในหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อย (Subcategories) ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์กระบวนการรวบรวมข้อมูลใหม่ๆที่แยกออกมาจาก open coding ซึ่งผู้วิจัยจะได้หมวดหมู่ย่อยที่มีความเชื่อมโยงกับ หมวดหมู่ใหญ่ที่ทำให้การอธิบายถึงปรากฏการณ์มีความละเอียด ลึกซึ้งและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยต้องอาศัย วิธีการเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง (Constant comparative method) เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลใหม่ที่ได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลถูกกำหนดชื่อหรือให้รหัสได้สอดคล้องกับเนื้อหาสาระที่ได้จากข้อมูลดิบ และได้รับการพิจารณาและเปรียบเทียบกับการให้รหัสกับข้อมูลเดิมแล้วว่าเป็นเรื่องที่ซ้ำข้อมูลเดิมหรือเป็นข้อมูลที่แปลกใหม่ไปจากเดิม ถ้าเป็นสาระที่ซ้ำเดิมจะถูกกำหนดรหัสเดิม แต่ถ้าไม่ซ้ำจะถูกกำหนดรหัสใหม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำรหัสดังกล่าวมาพิจารณาว่าควรเป็นหมวดหมู่ใหญ่ หรือหมวดหมู่ย่อย ภายใต้หมวดหมู่ใหญ่ใด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding) โดยการบูรณาการหมวดหมู่ใหญ่และหมวดหมู่ย่อย เพื่อหาความสัมพันธ์เป็นเรื่องราวที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษาแล้วนำมาเขียนเป็นผลการศึกษาในบทที่ 4

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1981 cited in Rosalina 2003) ซึ่งกล่าวว่า ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเป็นการแนะนำให้กับผู้วิจัยใช้ในการตรวจสอบและทดลอง เพื่อนำมาอธิบายสิ่งที่ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยมาทั้งหมดจากการวิเคราะห์ทุกๆขั้นตอนของการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล การให้รหัสข้อมูล โดยการให้รหัสข้อมูลนั้นเป็นผลทำให้เกิดรูปแบบที่เป็นต้นฉบับ สามารถก่อให้เกิดทฤษฎีใหม่ๆที่มีความแตกต่างกันเกิดขึ้น และใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานของคำถามได้

2. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัยด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง (Constant comparative method) และการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective

coding) กล่าวคือ ข้อมูลที่เป็นจริงจะพบว่ามีข้อมูลมาสนับสนุนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหมายถึงข้อมูลและรหัสจะได้รับการตรวจสอบโดยปริยายจากระเบียบวิธีการวิจัยที่มีลักษณะเป็นการเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

3. ในระหว่างการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องและความแตกต่างกับผลการค้นพบของผู้วิจัย รวมทั้งนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. ผู้วิจัยพิจารณาตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึก ความพร้อมของตนเองต่อกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทำการปรับแก้ไขและพัฒนา และจะทำการเขียนปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงความคิดที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การวิจัยให้ผู้อ่านรายงานการวิจัยได้ใช้ประกอบการพิจารณาความเชื่อถือของการศึกษา

ปัญหาและอุปสรรค

จากการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประสบปัญหาเรื่องผู้ให้ข้อมูลบางรายนัดหมายสถานที่ในบริเวณที่ทำงาน ทำให้มีสิ่งรบกวนจากเพื่อนร่วมงานที่เข้ามาสอบถามเรื่องงาน การรับโทรศัพท์ระหว่างการให้สัมภาษณ์ และเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องเพิ่มเสียงให้ดังมากขึ้น อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลบางราย เช่น แพทย์ และผู้บริหาร ที่ผู้ให้ข้อมูลอ้างอิงถึงไม่สามารถนัดหมาย และขอสัมภาษณ์ได้ เนื่องจากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ว่าง บางรายติดประชุม และปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการนัดสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายอื่นจากการอ้างอิงถึงของผู้ให้ข้อมูลที่สามารถนัดหมายได้แทน

อุปสรรคอีกข้อหนึ่ง คือ ปัญหาของตัวผู้วิจัยเอง ซึ่งผู้วิจัยไม่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยมาก่อน การวิจัยเล่มนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องแรกที่นิสิตฝึกหัดดำเนินการวิจัยจริงตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้ศึกษาในชั้นเรียน เมื่อลงภาคสนามจริงทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่างานวิจัยเชิงคุณภาพไม่ใช่เรื่องง่ายต้องอาศัยการฝึกฝน การสัมภาษณ์เชิงลึกให้ลึกจริงๆ จึงจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วน การสังเกตที่ต้องอาศัยทักษะการมอง การได้ยิน และการจดบันทึก การวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องเชื่อมโยงเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์เข้าด้วยกัน ซึ่งต้องอาศัยทักษะการคิด การวิเคราะห์ นอกจากนี้การบรรยายเรื่องให้มีชีวิตชีวาก็ต้องใช้ทักษะการเขียนอย่างมาก ซึ่งผู้วิจัยยังขาดทักษะในการเขียนเพื่อบรรยายให้ผู้อ่านให้สามารถมองเห็นภาพเดียวกับที่ผู้วิจัยมองเห็นในการลงภาคสนาม การได้อ่านงานเขียนของคนอื่นที่บรรยายเนื้อหาของงานวิจัยเชิงคุณภาพได้อย่างมีอรรถรส ชวนติดตามให้อ่าน ทำให้ผู้วิจัยรู้สึกถึงคุณค่าของงานวิจัยเชิงคุณภาพว่าเป็นงานที่สนุก และอยากเรียนรู้ต่อไป

บทที่ 4

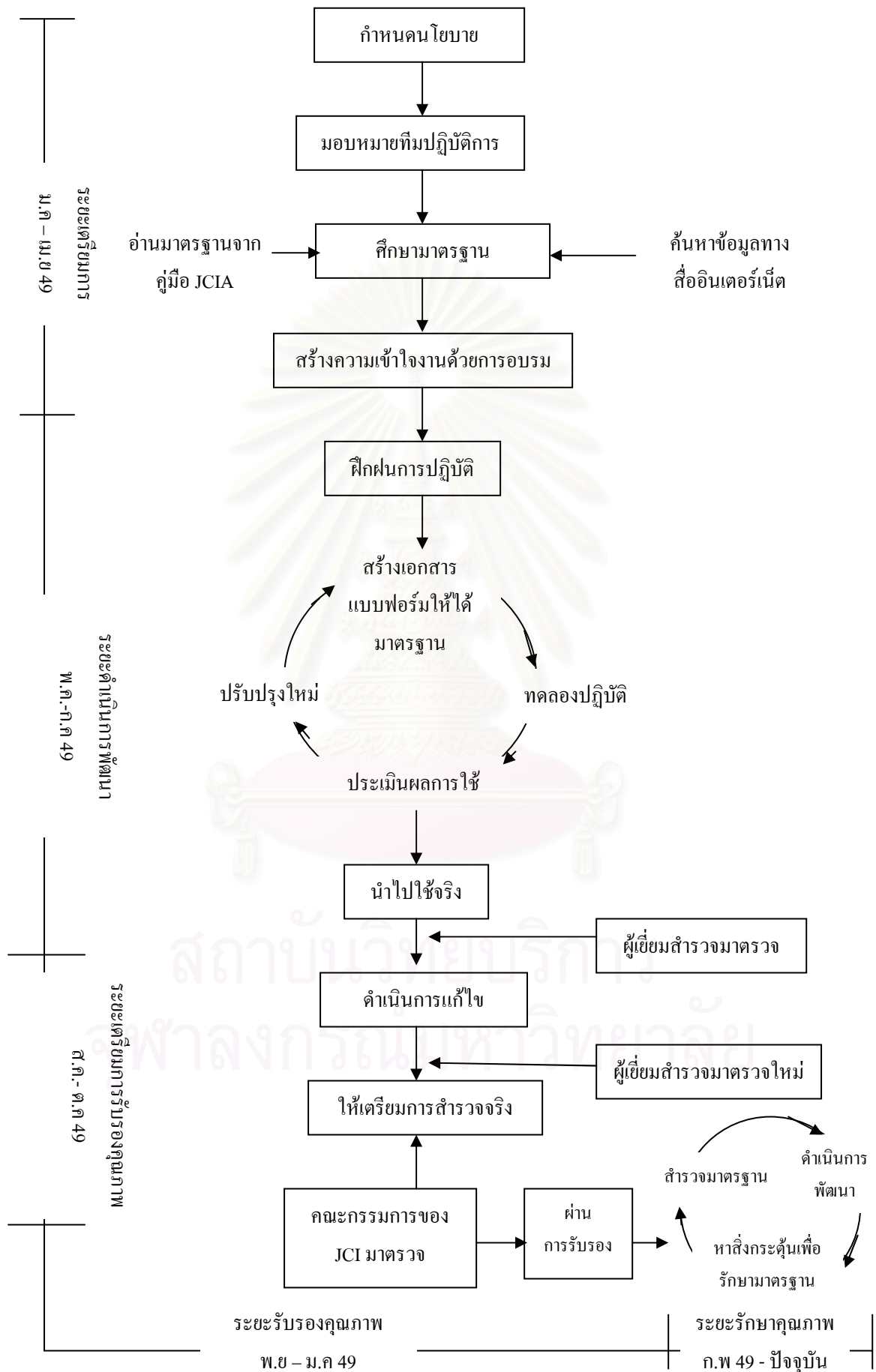
ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้บริหารบุคลากรในฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก พนักงานและบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 13 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจนกระทั่งโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก และการสังเกตการประชุมวิชาการร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนมีนาคม – สิงหาคม 2551 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการให้รหัสและเปรียบเทียบข้อมูล ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็นแผนภูมิที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพระดับสากล ซึ่งแบ่งเป็นเป็น 5 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการพัฒนา ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ ระยะรับรองคุณภาพ และระยะรักษาคุณภาพ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล



จากแผนภูมิที่ 1 แสดงได้ถึงกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ เป็นระยะที่โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล พร้อมทั้งแต่งตั้งทีมปฏิบัติการของโรงพยาบาล (Functional term) เพื่อเป็นทีมหลักในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน JCI หลังจากนั้นทีมปฏิบัติการ และทุกหน่วยงานศึกษามาตรฐานจากการอ่านหนังสือคู่มือของ JCI และระบบสื่อสารทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และเพื่อให้ทุกคนเข้าใจงานตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพของ JCI ทีมปฏิบัติการจึงมีการอบรมมาตรฐานของ JCI แล้วนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับหน่วยงานของตนเอง

2. ระยะดำเนินการพัฒนา เป็นระยะที่หน่วยงานมีการฝึกฝนการปฏิบัติงาน โดยผ่านกระบวนการสร้างเอกสาร นำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน หลังจากนั้นประเมินผลการใช้ หากใช้เอกสารดังกล่าวแล้วมีปัญหาจะมีการปรับปรุงใหม่ให้สอดคล้องกับมาตรฐานของ JCI เมื่อได้เอกสาร และแบบฟอร์มที่ได้มาตรฐานแล้วก็นำไปใช้จริง

3. ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ เป็นระยะที่หลังจากโรงพยาบาลสมัครขอการรับรองคุณภาพระดับสากลไปยัง JCAHO และโรงพยาบาลขอการสำรวจของทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ ซึ่งเป็นการสำรวจของคณะกรรมการจาก JCI ที่มีคณะกรรมการที่มาสำรวจจริง เพื่อทำหน้าที่เสนอแนะข้อบกพร่องของโรงพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม มีมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตรงตามมาตรฐานของ JCI สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้จริง หลังจากนั้นทีมผู้บริหาร และทีมปฏิบัติการสำรวจตามหน่วยงานเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องหรือปัญหาต่างๆ ต่อมาทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ มาเยี่ยมชมสำรวจใหม่เป็นครั้งที่ 2 เพื่อการประเมินความพร้อมในการสำรวจจริง ก่อนการสำรวจจริง โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร เพื่อให้เกิดความเข้าใจมาตรฐานของ JCI ตรงกันในระยะที่ผู้บริหาร โรงพยาบาลหากกลยุทธ์ให้บุคลากรสามารถจดจำหลักสำคัญของมาตรฐานดังกล่าวได้โดยการสื่อสารให้จำมาตรฐานได้ง่าย ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้บริหารพบบุคลากรเพื่อสรุปประเด็นสำคัญๆ ให้บุคลากรฟัง พร้อมทั้งให้กำลังใจ และเมื่อใครตอบคำถามเกี่ยวกับมาตรฐานได้ก็จะให้รางวัล เพื่อเป็นการกระตุ้นหรือรันทันในการเรียนรู้

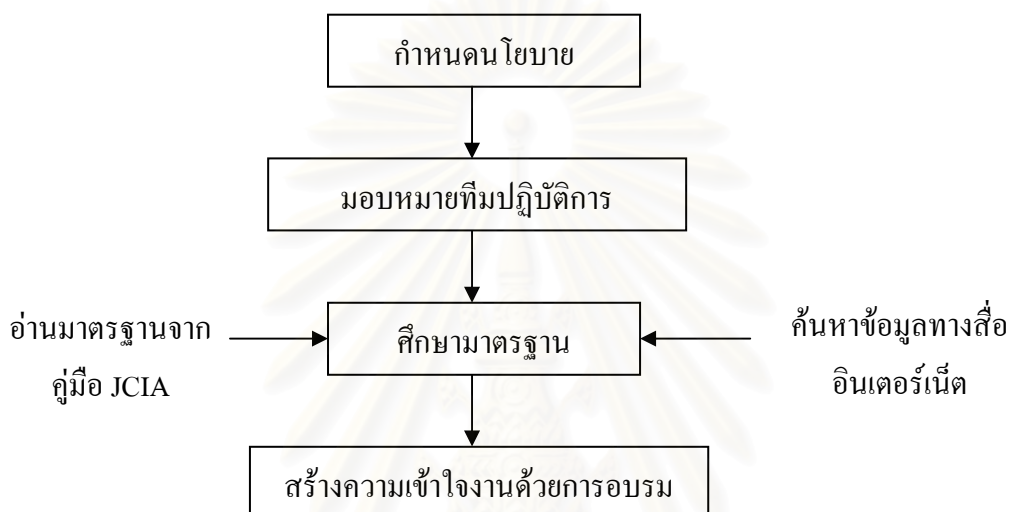
4. ระยะรับรองคุณภาพ เป็นระยะที่ทีมคณะกรรมการของ JCI มาตรวจจริง และผลการสำรวจคือ ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

5. ระยะการรักษาคุณภาพ เป็นระยะที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมาตรฐาน JCI มีการปรับปรุงตลอดเวลา และทีม JCI สามารถมาสำรวจเมื่อใดก็ได้ ทำให้โรงพยาบาลต้องมีการรักษาคุณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสำรวจมาตรฐาน หากไม่เป็นไปตามมาตรฐานก็จะมีผลการดำเนินการพัฒนา และหาสิ่งกระตุ้นต่างๆ ให้บุคลากรตระหนักถึงการรักษาคุณภาพต่อไป

สำหรับรายละเอียดของแต่ละระยะของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลระดับสากล ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดไว้ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

ในระยะเตรียมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลระดับสากลนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1.1) กำหนดนโยบาย (1.2) มอบหมายทีมปฏิบัติการ (1.3) ศึกษามาตรฐาน และ (1.4) สร้างความเข้าใจงานด้วยการอบรม ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 ระยะเตรียมการ

1.1 กำหนดนโยบาย

หลังจากที่โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เนื่องจากต้องการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับฐานลูกค้าที่เป็นชาวต่างชาติ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังรับนโยบายจากรัฐบาลในการเป็นศูนย์กลางการแพทย์ (Medical hub) ด้วยเหตุผลนี้โรงพยาบาลจึงต้องพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยชาวต่างประเทศได้อย่างมีคุณภาพเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือ และทำให้บริษัทประกันสุขภาพไว้วางใจในการบริการหากกลุ่มลูกค้าของตนเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาล ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ขั้นแรกเลยต้องรู้นโยบายของทางโรงพยาบาลก่อนว่าทำ JCI เพื่อวัตถุประสงค์อะไร ส่วนใหญ่ก็ต้องการลูกค้าต่างชาติใช่ไหม เพราะ JCI เป็นของสากล ของอเมริกา ต้องการเสริมแบรนด์ขององค์กรให้แข็งแรง พวกบริษัทประกันต่างชาติ เช่น SOS เขารู้ เขามั่นใจใจว่าถ้าเค้าส่งคนไข้มา ส่งลูกค้าเข้ามา รักษาจะมีกระบวนการ วิธีการรักษาที่มีคุณภาพ ของไทยก็จะเป็นพวก AIA ส่วนหนึ่งที่ทางโรงพยาบาลได้ก็จากการเคสล้มไป แล้วคนไข้ที่เดินทางมาประเทศไทย เขาก็จะซื้อประกันสุขภาพ ถ้าเค้าเข้ามาแล้วเค้าเห็นว่าโรงพยาบาลไหนเนี่ยได้ standard หรือได้ quality เนี่ยคนไข้เค้าก็จะเยอะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน)

“โรงพยาบาลเอกชนเนี่ยคนไข้พอใหม่ คือเรามีหลายโรงคนไข้ไทยที่ระดับ class B+ ไม่พอ ทุกโรงก็คิดว่าถ้าเรามีมาตรฐานสากล (international standard) เราสามารถที่จะหาลูกค้าต่างประเทศได้ สมมติเราลงทุนไป post surgery ต้องมีคนมาใช้บริการ 100 คน แต่คนไทยมีให้เรา 50 อะ แล้วอีก 50 เราเอาจากไหนล่ะ เราก็ต้องไปเอามาจากต่างประเทศ พอเรารู้ว่าเราต้องไปเอามาจากต่างประเทศ ไม่ใช่เราหรือบริษัททำ vision มา เค้าก็บอกว่าอันนี้ซึ่งจะทำให้คนรับรองคุณภาพก็คือ International standard ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดี ใครเป็นคนจ่ายละ ในคนไข้ต่างประเทศ ประกัน ประกันต่างประเทศเค้าเป็นคนจ่าย เพราะฉะนั้นประกันต่างประเทศเค้าก็ต้องเลือกโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ เพราะเค้าต้องจ่ายตังค์ ถ้าได้รับประกันคุณภาพแล้วเป็นไง การดูแลก็ต้องดี เค้าก็จ่ายน้อย คนที่ทำประกันกับเค้า เค้าก็ต้องบอกว่าถ้าทำประกันกัน ชั้นไปป่วยที่เมืองไทย ชั้นส่งโรงพยาบาลเนี่ยๆๆ ที่มันมีอยู่ใน list ยังเจียะ อันนั้นก็อันนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, พยาบาลฝ่ายวิชาการ)

“อย่างชาวต่างชาติที่ออกนอกประเทศทั้งหลายจะ cover ทั้งบริษัท ประกันอย่างเจียะ จะยึด standard อันนี้ถ้าโรงพยาบาลไหนที่ผ่านมาตรฐานนี้ ก็ถือว่าใช้ได้ ในเรื่องคุณภาพ การดูแลรักษา ทั่วโลกก็หันมาใช้แล้ว บางอันเนี่ยเค้าจะไม่เจาะลึกเท่านี้ อย่างของยุโรปก็สอดคล้องกับกฎหมายทางยุโรปไป ของไทยก็จะมี tool ที่สอดคล้องกับบริบทของไทย และที่เนี่ยก็จะมีกลุ่มลูกค้าอีกกลุ่มนึงจะมาในแนวที่สอดคล้องกับในตอนนั้น medical hub เพราะประเทศไทยขึ้นชื่อว่าหมอเก่งที่สุดเหมือนกัน แต่ค่ารักษาพยาบาลเนี่ยจะถูก ไม่แพง การ

บริการที่ดีอันเนื่องมาจาก *culture* ของคนไทยเนี่ยเค้าอยากจะมาเมืองไทยเยอะ เพราะฉะนั้นเนี่ยเราก็จะแสดงศักยภาพของเราว่าเราก็เป็นสากลเหมือนกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

1.2 มอบหมายทีมปฏิบัติการ

เมื่อโรงพยาบาลประกาศนโยบายพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระดับสากลออกมาแล้วผู้บริหารได้จัดตั้งทีมปฏิบัติการ (Functional team) ขึ้นมาเป็นการเฉพาะกิจ ประกอบด้วย 12 ทีม ตามมาตรฐานของ JCI ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ที่มี 11 มาตรฐาน และ 1 เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ละทีมประกอบด้วย แพทย์เป็นประธานของทีม พยาบาลเป็นเลขานุการและกรรมการบุคลากรอื่นๆ เช่นเภสัชกร นักกายภาพ เจ้าหน้าที่รังสีวิทยา หรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานสารสนเทศ เป็นสมาชิกทีม เฉพาะที่เกี่ยวกับหน่วยงานของตนเองทีมทั้งหมดเป็นตัวแทนรับผิดชอบศึกษาแต่ละมาตรฐานเพื่อให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรต่อไป ดังนั้นแต่ละทีมต้องไปศึกษามาตรฐานของ JCI ตามที่ได้รับมอบหมาย พร้อมทั้งจัดทำเอกสารเป็นภาษาไทย เพื่อให้อ่านและเข้าใจได้ง่ายขึ้น บางทีมทำกิจกรรมกลุ่ม และเตรียมเอกสารประกอบการอบรมต่างๆ ให้แก่บุคลากรทุกคนของโรงพยาบาล เพื่อนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้ตรงตามมาตรฐานของ JCI เมื่อดำเนินการอบรมบุคลากรทั้งโรงพยาบาลแล้ว ทีมนี้มีหน้าที่ประเมินหน้างานของแต่ละหน่วยงาน หากพบข้อบกพร่องจะดำเนินการแก้ไขและแจ้งให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการแก้ไขต่อไป ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“พอแบ่งแล้ว 12 ทีมฝ่ายการพยาบาลทุกคนต้องเป็นเลขาคทีมหมดเลย ส่วนแพทย์ก็เป็นหัวหน้าทีม เค้าเรียกว่า *champion term* ทำ *policy* ออกมาแล้วก็ไปสอน เพราะฉะนั้นเราก็ต้องมาลงตารางกันว่าใครทำอะไร เป็น *map* ก็จะมีว่าแผนกนี้เรียนอะไรบ้าง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, พยาบาลฝ่ายวิชาการ)

“ก็จะแบ่งงานกันเป็นทีม มีคณะกรรมการเพราะพยาบาลทำงานคนเดียวไม่ได้ เพราะเป็นเรื่องการทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพเพราะฉะนั้นทุกกรรมการ แบ่งเป็นกลุ่มๆตามมาตรฐานที่เค้ากำหนด และก็จะมีการกรรมการกลุ่มที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัช กายภาพ x-ray ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เราก็ต้องดูว่าในแต่ละข้อมันเกี่ยวข้องกับอะไรบางอย่างข้อที่เกี่ยวกับ

IT ก็จะมีฝ่ายสารสนเทศ เวชระเบียน เราก็จะเรียกว่า Responnder team (ทีมปฏิบัติการ) แบ่งออกไปเลยตามหมวดต่างๆและก็ไปศึกษานะคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

“พอประชุมเสร็จทุกคนมีหน้าที่ทำงานของตัวเองก็สามารถทำไปได้
Manager ที่นี้ OK เป็นผู้ใหญ่นำหน้าที่ของตนเอง คือทุกคนกระจายส่งต่อข้อมูลที่
ตัวเองรับผิดชอบให้ได้สูงที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13, หัวหน้าเภสัชกร)

1.3 ศึกษามาตรฐาน

หลังจากที่โรงพยาบาลได้จัดตั้งทีมปฏิบัติการแล้ว บุคลากรทุกคนศึกษามาตรฐานของ JCI โดยเฉพาะทีมปฏิบัติการเป็นทีมที่ศึกษามาตรฐานอย่างละเอียดและให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เพื่อนำมาตรฐานมาอบรมให้แก่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลได้รับทราบ การศึกษามาตรฐานนั้นประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ การอ่านมาตรฐานจากคู่มือ JCIA และค้นหาข้อมูลทางสื่ออินเทอร์เน็ต ดังนี้



แผนภูมิที่ 3 ศึกษามาตรฐาน

ประเด็นย่อยที่ 1 อ่านมาตรฐานจากคู่มือ JCIA

เมื่อบุคลากรของโรงพยาบาลรับนโยบายจากผู้บริหารในการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว ผู้บริหารได้มอบหนังสือมาตรฐาน JCIA เป็นภาษาอังกฤษให้แก่แต่ละหน่วยงาน และทีมปฏิบัติการ นำไปศึกษารายละเอียดวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการศึกษามาตรฐานคือการอ่าน ซึ่งในการศึกษามาตรฐานด้วยการอ่านนี้ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีแบ่งกันอ่านแล้วแปลเป็นภาษาไทยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานของตน เพื่อนำมาใช้พัฒนางานต่อไป

“เราก็ใช้วิธีว่านายซื้อหนังสือมาให้ ก็จะเป็นหนังสือมาตรฐาน JCI เรา
ก็ก๊อปปี้แจกจ่ายน้องๆนะคะ และเราก็แปล เพราะยังไ้ก็ตามอ่านแต่เฉพาะ

ภาษาอังกฤษเราคงไม่ไหว และเราก็สื่อสารไปถ่ายทอดให้กับน้อง เพราะงานนี้มันค่อนข้างจะเยอะ และเราก็แปลกกันทำด้วยกัน เตรียมด้วยกัน เพราะในมาตรฐานเค้าจะมีบอกไว้หมดแล้ว

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

“ส่วนของกายภาพเนี่ย วิชาชีพใครวิชาชีพมันก็ไปศึกษากันเอง แต่ว่าทางโรงพยาบาลก็จะให้สมุดเป็นหนังสือข้อกำหนดมา ทุกคนก็ไปอ่านมาตามข้อกำหนด Apply ใช้ แต่เค้าค่อนข้างละเอียดมากหัวข้อนี้ต้องการอะไร เค้าใช้คำว่า *measurement* เมื่อไหร่ข้อไหนที่ควรตระหนักอย่างเนี่ย เราก็มาปฏิบัติ ส่วนไหนที่ไม่เกี่ยวกับเราก็ไม่ใช่ เราก็พยายามดูและก็ให้คิดถึงงานเราให้สอดคล้องกับข้อกำหนดเค้า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด)

“พอได้หนังสือมาต้องยอมรับว่าเก๊สซั่มม่น้อยส่วนใหญ่ของการทำผมจะเป็นคนอ่าน ในเล่มนั้นภาษาอังกฤษผมจะอ่าน อ่านอย่างรวดเร็วที่ต้องคิดว่าต้องใช้ๆ แต่ข้อดีของเล่มนั้นของ JCLAHO ก็ว่ามันจะมี *dimension* บางอย่างที่บอกเราเหมือน *detail* ว่ามันน่าจะพัฒนาประมาณนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12, หัวหน้าสารสนเทศ)

ประเด็นย่อยที่ 2 ค้นหาข้อมูลทางสื่ออินเทอร์เน็ต

นอกจากศึกษาจากหนังสือแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังค้นหาข้อมูลทางสื่ออินเทอร์เน็ตด้วย เนื่องจากมีบางส่วนของมาตรฐานที่อ่านจากหนังสือแล้วยังไม่เข้าใจชัดเจน หรือเกิดข้อสงสัยบางประการ เนื่องจากมาตรฐานจากหนังสือจะเขียนไว้สั้น ขาดรายละเอียด ซึ่งบางมาตรฐานจะยากแก่การเข้าใจ ผู้ให้ข้อมูลจึงค้นหาข้อมูลจากสื่ออินเทอร์เน็ตเพื่อศึกษารายละเอียดว่าองค์การในประเทศสหรัฐอเมริกาเขาทำอย่างไร บางคนหาหรือ หรือสอบถามจากเพื่อน หรือคนรู้จักที่เคยผ่านการดำเนินพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานเพื่อการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลมาก่อน เพื่อขอคำอธิบายรายละเอียดที่สามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

“ตัวที่เองก็เป็นคนหา *search* ใน *internet* เพราะในองค์กรในอเมริกา เค้าจะทำแบบเนี่ยะ เราจะได้รูปแบบของการทำต่างๆ เรื่องของ *protocol wrong*

types wrong procedure จริงๆ.พี่เป็นคนชอบ search อ่านหนังสือหาความรู้ทาง internet ด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, หัวหน้าหอผู้ป่วยใน)

“ก็หาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตด้วย ในหน่วยงานเราก็ช่วยกันเขียนรวบรวมมา และก็ให้ CEO คุณเค้ก็ ok ก็อนุมัติมาเลยในระยะเวลาอันสั้น ส่วนใหญ่ที่เราทำก็จะเป็น ข้อมูลคนไข้ เพิ่มเวชระเบียนต่างๆในรูปแบบของ electronic”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12, หัวหน้าสารสนเทศ)

“ถ้ามอง standard ที่เค้าให้มาบางที่เราอ่านๆดูก็เอ๊ะ เค้าใช้ให้เราทำอะไรมันจะไม่ค่อยมี detail มันจะค่อนข้างหยาบ กล่าวไว้แค่นั้น มันจะกว้างมาก นอกจาก focus แล้วเค้าจะเน้นตรงไหน ผมก็ search internet เยอะมากเลย หรือกับเพื่อนที่อเมริกา เพราะเค้าเคยทำมา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13, หัวหน้าเภสัชกร)

1.4 สร้างความเข้าใจงานด้วยการอบรม

เมื่อบุคลากรทุกคน และทีมปฏิบัติการศึกษามาตรฐานของ JCI อย่างละเอียด ทีมปฏิบัติการจะดำเนินการอบรมบุคลากรทุกคนให้เข้าใจหลักการรายละเอียดแต่ละมาตรฐานของ JCI และสามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง วิธีการอบรมขึ้นอยู่กับเทคนิคของแต่ละทีมปฏิบัติการ บางทีมใช้อบรมเชิงปฏิบัติการหรือให้ความรู้เรื่องมาตรฐานที่ JCI กำหนดไว้เฉพาะส่วนที่บุคลากรต้องปฏิบัติ ในการจัดการอบรมแต่ละครั้งนั้นหัวหน้าหน่วยงานต้องจัดบุคลากรเข้ารับการอบรมหมุนเวียนกันไปจนครบทุกคน โดยเฉพาะหัวข้อเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety goal) แต่บางการอบรมอาจไม่ครบร้อยเปอร์เซ็นต์ หากหัวข้อที่อบรมไม่ได้เกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติอยู่ สำหรับการอบรมครั้งแรก หัวหน้าหน่วยงานเข้าร่วมอบรมพร้อมกับบุคลากรของตนด้วย

“ถ้ามันหลาย class นะพี่จะใช้วิธีการสอน Empowerment พี่จะสอนให้ดูครั้งแรกก่อน บอกหัวหน้าว่าเราจะจัด training ให้น้อง 5 วันนะ เธอไปจัดเจ้าหน้าที่ พยาบาลมา 100 % class แรกพี่จะสอนให้ดูก่อน ให้หัวหน้ามาฟังด้วย แล้วก็ให้มันสอนทำตารางให้เสร็จเลยนะ กระจายกันสอน นี่ก็คือวิธีการสร้างให้

เค้าได้เรียนรู้ด้วยรูปะ เพราะแรกๆพวกนี้เค้าจะขาดความรู้ พอเค้าทำๆ ไปนะเค้า จะมีความรู้ นี่คือวิธีการสร้างคนของพี่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, หัวหน้าหอผู้ป่วยใน)

“เค้าเรียกว่า *champion term* (ทีมปฏิบัติการ) ทำ *policy* ออกมาแล้วก็ไป สอน เพราะฉะนั้นเราก็ต้องมาลงตารางกันว่าใครทำอะไร เป็น *map* ก็จะมีว่า แผนกนี้เรียนอะไรบ้าง สมมติว่ามี 20 แผนก แล้วทั้ง 20 แผนกต้องเรียนทั้ง 12 ข้อเลยรีเปลา แผนกนี้ต้องเรียนกับแผนกนี้ ไอ้หัวหน้าก็ส่งรายชื่อไปเรียนกับ *champion* ทีมนี้ๆๆ นี่ไงมันถึง *work* ใจ คือหน่วยงานไหนที่เกี่ยวข้องกับ มาตรฐานไหนก็ไปเรียนกับทีมนั้น แต่ว่า *patient safety goal* ต้องไปทุกแผนก เจียะ เราก็ต้องมา *list* แผนกของเราทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง”

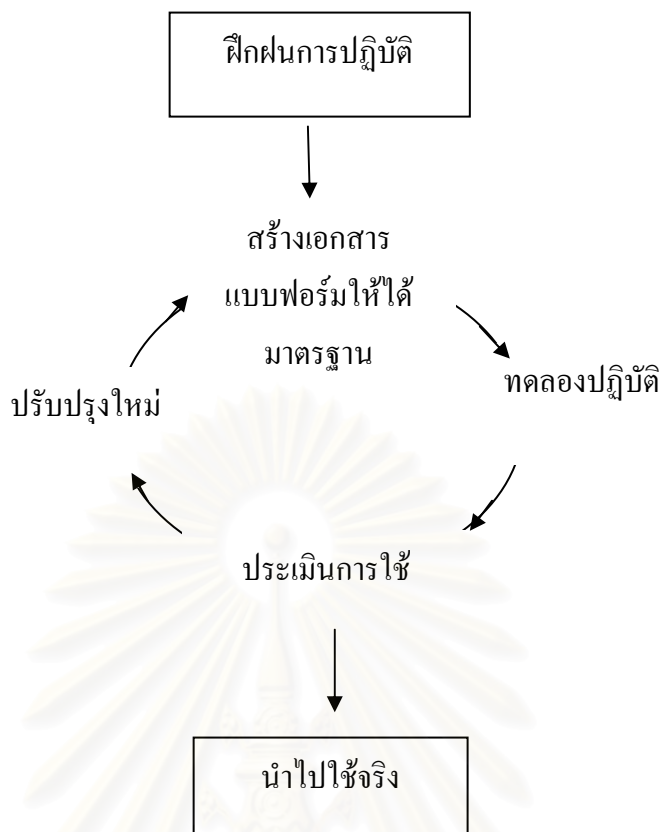
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, พยาบาลฝ่ายวิชาการ)

“เราจะมี *training cost* ในเรื่องการศึกษาอย่างต่อเนื่องเค้าก็จะบรรจุ *course* นี้เข้าไปเป็น *enroll course* เพราะมันเป็นภาคบังคับว่าผ่านอยู่แล้ว 100% ต้องรู้ครั้งแรกเลยจะต้องรู้ *standard* ต้องลง *detail* ของแต่ละ *functional* ด้วยพี่ก็จะนัดต่างหากอย่างวันนี้ *AOP* ให้ส่งตัวแทนไปกลุ่มพวกนี้อาจจะไม่ 100% อาจจะมี *key success person* มา *AOP* จัด 2 รุ่นอะไรอย่างนี้ก็เป็น การ สอนนั้นแหละจะเป็นบางอัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยนอก)

2. ระยะดำเนินการพัฒนา

ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนี้ เป็นระยะของการคิดและปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย คือ (2.1) ฝึกฝนการปฏิบัติ และ (2.2) นำไปใช้จริง



แผนภูมิที่ 4 ระยะดำเนินการพัฒนา

2.1 ฝึกฝนการปฏิบัติ

การฝึกฝนการปฏิบัติเป็นการฝึกปฏิบัติงานที่ปฏิบัติอยู่เดิมให้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานของ JCI บางมาตรฐานเมื่อปฏิบัติแล้วเกิดความยุ่งยากไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานทำให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานหลายครั้งจนสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ โดยอาศัยการปฏิบัติงานของทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมมือกัน การฝึกฝนการปฏิบัติประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย คือ สร้างเอกสาร แบบฟอร์มให้ได้มาตรฐาน ทดลองปฏิบัติ ประเมินการใช้ และปรับปรุงใหม่

“ฝึกฝนกันไปเรื่อยๆ...เราก็พยายามที่จะทำๆให้ได้ตามมาตรฐานทั้งหมดค่ะ แต่ว่าพอทำแล้วก็จะเกิดความยุ่งยากว่าไม่เหมาะสมกับงานกับหน่วยงานเรารึเปล่า ซึ่งตอนนั้นก็มีการปรับ และอีกอย่างนึง JCI เนี่ยมันจะเป็นเรื่องของทีมเลย ทีมก็หมายถึง แพทย์ พยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ช่วงแรกๆเลยของเราก็คือมันยังไม่ประสานทีมได้เต็มที่ แต่พอทุกคนเข้าใจและพร้อมที่จะมาช่วยกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, รองหัวหน้าหอผู้ป่วย)

“บางอย่างเราอาจจะไม่ได้ทำในมาตรฐานบางส่วนนะคะ เราก็เอา JCIA มาเพิ่มเข้าไปเหมือนกับว่าเราต้องทำตรงนี้เพิ่ม เราต้องเขียนให้มันสอดคล้องกับมาตรฐาน อันไหนที่เราไม่มีเราก็เขียนเพิ่มเข้าไปแล้วให้น้องปฏิบัติตาม เราก็ monitor ตามหน้างาน ถ้าทำได้ก็ ok ถ้าทำไม่ได้เราก็ต้องดูว่าไม่ได้เพราะอะไร ก็มาคุยเป็นประเด็นๆ ไปว่าไม่ได้เพราะอะไร แต่ถามว่ามันจะสำเร็จไหมก็ยัง เหมือนกับปรับกันไปก่อนแล้วมาคุยว่ามัน ok ไหม ถ้าไม่ได้ก็เปลี่ยนวิธี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7, เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค)

“ก็มา implement กับน้อง ตอนนั้นก็ประชุมกันบ่อยมาก พอเริ่มงานกัน และก็ก่อนหน้านั้นเรื่องฟอร์มต่างๆ ก็ต้องคุยกันตกลงกันว่าทุกคนต้องทำ...พอเรา ok ละก็เอาไปให้อาจารย์...อู พออาจารย์ ok ละเอาเนี่ยละใช้ ขนาดที่ว่าใช้ คราวหลังยัง โคนเปลี่ยนอีกหนะ สองถึงสามครั้ง เพราะฉะนั้นฟอร์มที่ 1 จะไม่ค่อยเหมือนกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, หัวหน้าแผนกกายภาพ)

ประเด็นย่อยที่ 1 สร้างเอกสาร แบบฟอร์มให้ได้มาตรฐาน

การสร้างเอกสารเป็นขั้นตอนแรกของการฝึกฝนการปฏิบัติ ซึ่งเอกสารบางส่วนเป็นเอกสารที่มีอยู่เดิมจากการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล และมีความสอดคล้องตรงกับมาตรฐานของ JCI ก็สามารถใช้เอกสารนั้นเป็นการต่อยอดขึ้นไปได้ หากมาตรฐานใดที่โรงพยาบาล หรือหน่วยงานยังไม่มีการจัดทำเอกสาร ศูนย์พัฒนาคุณภาพ และหัวหน้าแผนกต่างๆ ร่วมกันดำเนินการสร้างเอกสารขึ้นมาใหม่ โดยเริ่มต้นด้วยการประชุม เพื่อหารายละเอียดของแต่ละมาตรฐานว่าต้องทำอะไรบ้าง จะปรับเอกสารให้ตรงกับมาตรฐาน และบุคลากรในหน่วยงานสามารถปฏิบัติได้เพื่อใช้ในการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล ความเจ็บปวด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การป้องกันความเสี่ยงต่างๆ เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน และสามารถตรวจสอบการปฏิบัติงานคุณภาพได้อีกด้วย

“หลังจากศึกษาเสร็จก็จะดูว่าแต่ละมาตรฐานต้องทำอะไรบ้าง เช่น เอกสาร check list หรือว่ามาตรฐาน document ต่างๆ ที่เป็นของเรา ดูว่ามาตรฐานไหนมีแล้วหรือว่ายังไม่มี ถ้าเอกสารไหนที่ไม่มีก็ทำขึ้นมาใหม่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, พยาบาลฝ่ายควบคุมคุณภาพ)

“ใช้เราทำของเรา เราก็อ้างอิงเค้า แล้วก็เขียนเป็น Policy ขึ้นมา policy บางอย่างเป็นภาษาไทย บางอย่างเป็นภาษาอังกฤษ เช่นระบบยา การบริหารยา เป็นภาษาอังกฤษ ส่วนย่อยๆ ไปก็เป็นภาษาไทย แล้วก็ตั้งระบบ มีการติดตามระบบให้มันเกิด competency ขึ้นมา และพอ set ระบบมาก็มีการ implement training ตอนนั้นก็มีการ training พนักงาน staff เยอะมาก และก็เดินนิเทศงาน เดินกำกับติดตามหน้างานอย่างเดียว ช่วยกันเดิน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน)

นอกจากการสร้างเอกสารภายในหน่วยงานแล้ว ยังมีการสร้างเอกสารร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อีกด้วย โดยพยาบาลเป็นศูนย์กลางในการร่วมสร้างเอกสาร เนื่องจากพยาบาลเกี่ยวข้องกับทุกมาตรฐานของ JCI ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ประสานงานในการสร้างเอกสารที่เกี่ยวกับการให้ความรู้ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปในแต่ละหน่วยงาน ซึ่งหน่วยงานต่างๆ ร่วมประชุมจัดทำเอกสารขึ้นมา ไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อมูลและเอกสารที่มีอยู่เดิม สำหรับใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

“งานที่จะเกิดเนี่ยก็คือพยาบาล เพราะว่ามันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับ document เค้าดูแลการรักษาของแพทย์ เค้าคิดว่าพยาบาลให้ education ใหม่มันมีมาตรฐานของมันทุกข้อเลย เค้าตรวจทุกข้อเลย 14 ข้อเนี่ย แล้วพยาบาลก็มีทุกข้อเลย. มันจะเขียนใน document เราต้องมี เราเป็นคนผลิต document ของฝ่ายการมันก็มีงานเยอะ ทั้ง paper ทั้งอะไร แต่จริงๆ แล้วฝ่ายการพยาบาลก็ต้องส่งทำ เราก็เปรียบเป็นศูนย์กลาง ทุกคนก็ต้องมาประสานงานไม่ว่าจะหน่วยงานอื่น อย่างเภสัชก็มาประสานงานกับเรา กายภาพเยอะๆ ไรเยอะ ประสานกับเราหมดทุกกะ เราเป็นเหมือนศูนย์กลางที่เค้าประสานงานที่เนี่ย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, พยาบาลฝ่ายวิชาการ)

“ที่นี้งานใน detail มันค่อนข้างจะเยอะ เราต้องทำอีกเยอะมากตามมาตรฐานที่เค้ากำหนดเอาไว้ document เยอะมาก บอกได้เลยว่าสาหัสพอสมควร...อย่างเวชระเบียนเนี่ยถ้าเราเคยผ่าน HA มาจะเห็นว่าความละเอียดจะแตกต่างกัน JCI จะเยอะกว่าแบบฟอร์มเนี่ยจะมี 2-3 หน้ากระดาษ จะเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด เราก็จะไล่จาก Document ที่มันมีอยู่ HA กับ JCI เราก็จะหมวดเข้าใช้ด้วยกัน เอา JCI เป็นหลักเพราะรายละเอียดจะเยอะกว่า มาตรฐานจะเยอะกว่า JCI จะสอนให้เรามองทีละ step มองที่ผู้ป่วยเป็นหลัก มองว่าเปลี่ยน

จาก location 1 ไปอีก location หนึ่ง มันสำคัญมันต้องส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน ต้องมีการบันทึกทุกอย่าง อย่างจะส่งคนไข้ไปไอซียูเนี่ย ต้องวัดsat vital sign พยาบาลต้องเป็นคนนำไปส่งระหว่างส่งก็ต้องบันทึกว่าเป็นยังไงต้องมีใบ intra hospital transfer บันทึกว่าคนไข้เป็นยังไงๆๆ คนรับก็วัด v/s เอา patient safety goal เป็นหลักใจ คำก็จะมึนระอย่างของแพทย์คนไข้ admit เข้ามาเนี่ย จะต้อง complete ภายในกี่ชั่วโมง ของพยาบาลกี่ชั่วโมง ที่เราก็จะกำหนดให้ 8 ชั่วโมง เราก็ต้องตรวจจริงว่าเราทำได้รึเปล่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

“ตอนที่โรงพยาบาลเราจะทำเนี่ย มีการออกเอกสารค่อนข้างใหม่ ค่อนข้างเยอะ เราก็เหมือนตัวแทนคนนึงที่จะต้องออกไปดูว่าเอกสารที่เค้า ออกมาเนี่ย พอมาใช้ในหน่วยงานแล้วเป็นยังไง และก็มาประเมินที่คนใช้คะ และก็ feed back ไปที่คณะกรรมการใหญ่ ว่าตรงนี้มาปรับใช้แล้ว มันเหมาะหรือ ว่าไม่เหมาะ ก็ปรับหลายครั้งจนกว่าจะลงตัว...ครั้งแรกเลย ฝ่ายศูนย์คุณภาพจะเป็นฝ่ายคิด คิดไอเดีย ออกมาว่า เนี่ย JCI ต้องการแบบนี้ และก็มา brain storm ของหัวหน้าแผนก คำก็จะออกมาเป็นกลุ่มว่าเอกสารตัวนี้น่าจะออกมาใน รูปแบบนี้ใหม่ เป็นขั้นที่เราทดลองใช้ก่อน ครั้งแรกก็เอามาให้พวกเราใช้ ให้ หน่วยงานใช้ๆ ส่วนตัวเราที่อยู่ในการทำงานก็เหมือนกับทำงานร่วมกับน้องๆ ก็ มาประเมิน เป็นคนประเมินว่าในหน่วยงาน ว่าน้องใช้แล้วมีปัญหาอะไรรึเปล่า พอถึงช่วงที่ประชุมกรรมการอะไรอย่างเนี่ยคะเราก็จะได้มีการ feed back ไป คณะกรรมการก็จะได้มีการปรับเอกสารขึ้นมาเรื่อยๆคะ ถึงได้เป็นเอกสารที่เป็น มาตรฐานของโรงพยาบาลคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, รองหัวหน้าหอผู้ป่วย)

“แล้วจะทำอย่างไรที่จะเอาข้อมูลพวกนี้ช่วยกระจายกัน แล้วทำอย่างไร ของใหม่บางอย่างมันจะไม่ซ้ำซ้อนกับของที่มีอยู่แล้ว หน่วยงานเค้าจะคิดว่ามัน เป็นงานที่ซ้ำซ้อนๆ เนี่ยมันจะเป็นเพียงช่วงแรก เพราะว่าของใหม่เข้ามาเนี่ยจะรู้ ได้อย่างไรว่าทำแล้ว ก็ต้องมีแบบฟอร์ม แล้วแบบฟอร์มที่ออกมาก็ต้องบันทึกที่ ไทน์บ้างล่ะ อันเก่าอาจมีอยู่แล้วบางส่วนก็ต้องเอามาปรับใหม่ตลอดเวลา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10, หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ)

นอกจากการสร้างเอกสารแล้ว ยังมีการสร้างแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องตามเอกสารที่สร้างขึ้นมาด้วย การสร้างแนวทางการปฏิบัตินั้นดำเนินการโดยหัวหน้าหน่วยงานซึ่งประชุมปรึกษาร่วมกับบุคลากรของตนเพื่อร่วมกันสร้างแนวทางการปฏิบัติงานที่ใช้ในหน่วยงานตนเองตามมาตรฐานของ JCI และร่วมกับหน่วยงานอื่นในการร่วมสร้างแนวทางการปฏิบัติสำหรับมาตรฐานที่ต้องใช้ร่วมกัน เช่น ในส่วนของการเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาล และความต่อเนื่องของการดูแลรักษา หรือ ACC นั้นจะทำให้การดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้น สามารถปฏิบัติได้ และมีหลักฐานการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น

“อย่างในส่วนของ ACC ที่ในส่วนของเราจะมีอะไรก็จะดูได้ง่ายขึ้น หรือแบบประเมินอันไหนที่เรา Assesses (ประเมิน) ได้ทำเป็น flow chart อันไหนที่เราสามารถทำได้บ้าง และขั้นตอนต่างๆที่เราดูแลผู้ป่วยนี่คือภาพรวมใหญ่ และในส่วนปลีกย่อยกับมาตรฐานต่างๆเราก็จะมี consent form (แบบฟอร์ม) ต่างๆ เรื่องของการให้ education (ความรู้) คนไข้ พยาบาลต้องมี license (ใบประกอบโรคศิลป์) ต่างๆอย่างใดก็ตามก็ต้องอบรมเรามีหลักฐานชัดเจน เรื่องดับเพลิงที่เกี่ยวกับความปลอดภัย เราก็ร่วมกันทำ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, พยาบาลฝ่ายวิชาการ)

“ที่อยู่ในส่วนของ IT ก็จะทำด้าน policy ด้าน security, Information ต่างๆ ช่วยเหลือเรื่อง development application เสริมฝ่ายการพยาบาล เช่น risk profile (ใบประเมินความเสี่ยง) ความเสี่ยงด้านต่างๆของผู้ป่วย ทำพวก information kardex (ข้อมูลประวัติผู้ป่วย) ในเรื่องยา ก็จะเป็น medical summary sheet (ใบข้อมูลการรักษา) ก็เข้าเสริมที่ JCI ก็จะทำตาม operation note (ข้อมูลการผ่าตัด) ตามที่ JCI requires อย่างช่วยหมอก็จะเป็นพวก privilege (สิทธิประโยชน์) ให้เจ้าหน้าที่ หมอแต่ละคนก็จะมี privilege อะไรบ้างผ่านทาง web เผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่เข้ามาดู ก็จะทำ web ไว้เผยแพร่ข้อมูลต่างๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12, หัวหน้าแผนกสารสนเทศ)

“ข้อสำคัญอีกอันหนึ่งก็คือมันจะมี standard ของ JCI คือพอเราสร้าง develop procedure work function (การพัฒนาหน้าที่การปฏิบัติงาน) เสร็จผมก็จะมาสร้างมาตรฐานใช้สอนน้องเกี่ยวกับ pharmacy มาตรฐานนี้ใช้ปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องไหนก็เอาพร้อมแล้วหรือว่าเราต้อง develop อะไรใหม่ ก็จะออกมาในขณะนั้น ว่าอันนี้เปลี่ยน อันนี้ต้องรู้นะ อันนี้ต้องท่อง อันนี้ใช้ก็ดูว่า

ต้องทောင်း อันนี้ของเราเกี่ยวอยู่ที่ข้อ ทุกคนต้องทောင်းของเราให้ขึ้นใจ ภาพรวม
ในองค์กรต้องรู้ แต่ใน internal ของเราถ้าถามเรา เราก็ต้องรู้ของเรามากที่สุด”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13, หัวหน้าแผนกเภสัชกร)

ประเด็นย่อยที่ 2 ทดลองปฏิบัติ

หลังจากหน่วยงานสร้างเอกสารและแนวทางการปฏิบัติในแต่ละมาตรฐานแล้ว แต่
ละหน่วยงานนำไปทดลองปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งการปฏิบัตินั้นต้องมีการพูดคุยกันระหว่าง
หัวหน้าแผนกและบุคลากรภายในหน่วยงานเกี่ยวกับการแบ่งงานกันปฏิบัติ เพื่อให้มีความเข้าใจใน
การปฏิบัติงานของตนเองที่มีต่อหน่วยงาน และต่อโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า มาตรฐานของ
JCI กำหนดมาให้ก็จริง แต่การปฏิบัตินั้นต้องนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับหน่วยงานของตนเอง
ด้วย ซึ่งในระยะแรกนั้นเป็นการลงมือปฏิบัติแบบการลองผิดลองถูกซึ่งทุกคนก็ได้เรียนรู้ และปรับ
ให้สามารถนำมาใช้จริงได้

“ในการปฏิบัติ ทุกอย่างต้องพูดคุยกันระหว่าง Manager กับน้องในทีม
ประชุมกันว่าตอนนี้เนี่ย เราต้องการให้น้องเค้าทำอะไร เรื่องอะไร เป้าหมาย
สูงสุดคืออะไร เพราะฉะนั้นทุกคนต้องรู้ว่าหน้าที่ของตัวเองคืออะไร และก็
อยากให้เราช่วยอะไร เราก็ต้องวิ่งช่วยเค้า ผู้ช่วยของพี่ก็จะช่วยกัน แบ่งงานกัน
เราต้องให้น้องเข้าใจว่าเราทำไปเพื่ออะไรๆ เราไม่เอาท่องจำ เราต้องเอาเข้าใจว่า
ทำไมที่ถึงให้น้องทำ เพราะมันเป็นการสร้างสิ่งที่ดีขึ้นในองค์กร และยังทำที่ยัง
ชอบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

“เราก็จะมีการปฏิบัติเหมือนในใบ Document ที่เรามีอยู่ ถ้าเป็นยังไงเรา
ก็จะปรับปรุงในตอนเย็น... สิ่งที่สำคัญที่จะได้ก็คือกับตัวคนไข้ ถ้าเราทำได้ตาม
มาตรฐานคนไข้ก็ได้สิ่งดีๆ และเราก็ดูแลคนไข้ได้ดี โดยผลดีมันตกที่คนไข้
ไม่ใช่ที่เรา โดยที่เราก็ได้บุญด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, พยาบาลแผนกไต)

“เราเรียนรู้จากสิ่งที่เราลงมือทำ เราไม่ได้กำหนดว่ามาตรฐาน 1 2 3
อย่างนี้ แต่เราเอามาปรับใช้กับหน่วยงานของเรา ทำให้รู้สึกว่ามันเป็นงานที่อยู่
กับเราไปได้เรื่อยๆ เพราะว่ามันเป็นงานประจำที่เราทำคะ คืองาน JCI เนี่ย
มาตรฐานเป็นตัวที่กำหนดว่าน่าจะไปตามแนวทางนี้ แต่พอเรามาทำจริงๆ ทุก

คนไม่ได้ถูกบังคับว่าทำ 123 แต่เราเอามาสู่หน่วยงานค่ะ พอลงมาสู่หน่วยงานแล้วได้ idea ได้จากคนทำงาน แล้วเราก็ไปปรับ พอปรับใช้แล้วทุกคนก็จะรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่เราช่วยกันคิด ช่วยกันทำค่ะ มันก็เลยรู้สึกว่าทุกคนให้ความร่วมมือตรงนี้ได้ดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, รองหัวหน้าหอผู้ป่วย)

ประเด็นย่อยที่ 3 ประเมินผลการใช้

หลังจากหน่วยงานนำเอกสาร และแนวทางการปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานของตนแล้ว หัวหน้าหน่วยงาน และบุคลากรในหน่วยงานร่วมกันประเมินผลการใช้เอกสารต่างๆ โดยการสำรวจเพิ่มเวชระเบียน และเอกสารต่างๆของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงเอกสารที่ใช้อยู่ในหน่วยงาน หรือใช้ระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วร่วมกันปรับปรุงแก้ไขให้สามารถนำมาใช้กับงานได้จริงๆ เช่นการประเมินการใช้แบบฟอร์มความเจ็บปวดของผู้ป่วยพบว่าบุคลากรไม่ได้ลงบันทึกเนื่องจากไม่เข้าใจว่าต้องลงบันทึกอย่างไร เมื่อหัวหน้าหน่วยงานประเมินผลการใช้เอกสารจึงทราบว่าปัญหาเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นข้อผิดพลาดเล็กน้อยแต่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย การประเมินผลการใช้เอกสารนี้ยึดหลักการตามมาตรฐานของ JCI ส่วนระยะเวลาในการประเมินขึ้นอยู่กับหน่วยงานกำหนดเอง เช่นประเมินทุกวัน ทุกสัปดาห์ หรือทุกเดือน

“ผู้ปฏิบัติมีส่วนในการช่วยกันดูในส่วนของเวชระเบียนมากกว่า เพราะว่าเหมือนหลายคนเข้ามาดูคนไข้และก็บันทึกในเอกสาร เช่นให้ความรู้คนไข้ ซึ่งทุกๆคนใครเกี่ยวข้องกับหน่วยงานไหนเค้าก็จะไปบันทึกของเค้า อย่างเช่น rehab ไปบันทึกในหัวข้อ rehab nursing ให้เรื่องยา ก็ไปบันทึกในหัวข้อของ medication nutrition มาให้ความรู้เรื่องอาหารเค้าก็จะบันทึกในส่วนของ diet ของคนไข้ อย่างเนี้ยค่ะ เราก็จะเห็นภาพความเชื่อมโยงที่หลายๆคนมาให้ความรู้แก่คนไข้เชื่อมโยงกันก็มีทำแล้วไม่ได้ลงบ้าง แต่ส่วนใหญ่ก็จะลงนะคะ เพราะว่าหน่วยงานก็จะมีการ review ในแต่ละวัน เหมือน review chat ค่ะ ตรงไหนที่ lost เราก็จะคุยกันได้ค่ะ อย่างกายภาพมาดู case นี้ แต่กายภาพล้มลงเราก็ feed back ไปได้ค่ะ บางทีก็มีเหมือนกันที่หลุดแล้วก็มาลงย้อนหลัง แต่ส่วนใหญ่เราก็จะแจ้งไปทันทีค่ะ ช่วงแรกๆที่ใ้ยังไม่ค่อย perfect แต่ตอนนี้ก็ดีขึ้น ก็เรียนรู้ไปเรื่อยๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, รองหัวหน้าหอผู้ป่วย)

“ตอนแรกเรามีปัญหา *pain assessment* เราใช้คำว่า *yes or no location* นื่องก็จะติกว่า *pain* เนี่ย *yes* แต่ไม่ลง *location* นื่องเข้าใจว่าไงนื่องเค้าเข้าใจว่า ใจรู้ใหม่ ได้เช็คละว่าปวด แต่ไม่ปวดเค้าเลยไม่ลง *scale* ไม่ลงอะไร ใจ เข้าใจมา เหมือนกัน ใจ แค่ง่ายๆเราไม่คิดว่าเค้าจะมีปัญหา ใจ แต่พอไปลงหน้างานจริงๆ นะ เออ มันก็จริงๆ อย่าง *fever yes or no temp* เท่าไหร่ เค้าไม่ติกละตอนแรก อะ ทำไม ไม่ติกละ ก็คนไข้ไม่มีไข้ก็เลยไม่ได้ตรวจ แต่ก่อนครั้งแรกเลยเราไม่รู้ นะว่า เค้าไม่วัด แต่ก่อนเราไม่ได้ *serious* นะ แต่พอดูจริงๆเค้าไม่ได้วัด แต่เจอปัญหา ว่าคนไข้มีไข้ *cc* คือมีไข้ แต่ตอนนั้น ไม่มีไข้เพราะกินยามาอะไรอย่างเนี่ย มันก็จะมีอะไรเล็กๆน้อยๆที่เราต้องรู้จักหน้างาน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก)

“เราต้องทำแบบฟอร์มใหม่หมดเลยเพราะว่าในแบบฟอร์มเนี่ยมันจะมี ตรวจหมดเลยมีหัวเรื่องตามเค้าเนี่ยๆๆหมดเลย เช่น *functional status* ของคนไข้ เป็นยังไง *pain* เค้าจะเน้นมาเลยเรื่อง *pain* เนี่ย *risk* คนไข้มีความเสี่ยงเรื่องหกล้ม ใหม่ คนไข้มีความเสี่ยงเกี่ยวกับเรื่องอะไร เราต้องประเมินพวกนี้หมดเลย ซึ่งจาก ตรง *JCI* เนี่ยทำให้เราต้องปรับพวกเรื่องแบบฟอร์มการ *record* หมดเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, หัวหน้าแผนกกายภาพ)

“ผู้บริหารก็ลงในภาพรวม ผู้รับปรับมือกับแพทย์เหมือนกันที่ไม่ค่อย ยอมเปลี่ยน เรื่อง *document* ระบบเวชระเบียนยัง ใจก็โดน ลายมือห่วยแตกก็โดน เค้าค่าก็สมควร คือมันเป็นจุดที่ต้องส่ง *information* ให้กับวิชาชีพอื่น คนอื่นเค้า ก็อ่านไม่ได้ เมืองนอกเค้าต้องเขียนให้ครอบคลุมที่สุดเพราะเค้าเกี่ยวกับการเบิก ของเค้า ใจ ทุกอย่างต้องเข้าระบบทุกอย่างต้องเขียนสมบูรณ์จึงจะเบิกได้ หมอบางคนเขียนสั้นมาก เราก็ไม่ไหว เพราะเค้าบอกว่ามันเป็นสิ่งเดียวที่ป้องกันตัว เรา แต่หมอบ่ไม่ค่อย *concern* พอมีเรื่องฟ้องร้องเราจะแพ้

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13, หัวหน้าแผนกเภสัชกร)

ประเด็นย่อยที่ 4 ปรับปรุงใหม่

หลังจากที่หน่วยงานมีการประเมินผลการใช้เอกสารต่างๆแล้ว บางส่วนที่ยังไม่ได้ มาตรฐานหรือยังมีข้อบกพร่อง หากทีมผู้บริหาร และทีมปฏิบัติการตรวจพบขณะลงไปตรวจหน้า งานจะให้ดำเนินการแก้ไขทันที แต่หากหน่วยงานพบข้อบกพร่องเอง หน่วยงานก็จะปรับปรุงให้ดี

ขึ้น เช่น การลงทะเบียนผู้ป่วยโดยใช้คอมพิวเตอร์ แต่มีปัญหาเรื่องความล่าช้าของการพิมพ์เอกสารออกจากเครื่อง ทำให้บุคลากรต้องเขียนเอง ซึ่งการเขียนเอกสารหลายๆใบ บางครั้งก็ทำให้เกิดข้อมูลคลาดเคลื่อนได้ จึงมีการจัดระบบการใช้คอมพิวเตอร์ใหม่ให้สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของผู้ป่วยและผู้รับบริการในแต่ละหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตามการตรวจสอบต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพราะความคลาดเคลื่อน (Error) สามารถเกิดได้ตลอดเวลา

“ลงมือทำหน้างานเลย และก็ปรับปรุงตรงนั้น...อันไหนที่เราเจอปัญหา ก็ต้องปรับปรุง มีปัญหาที่ทำเลย พอเค้าใกล้มาตรวจเราก็ไม่ได้ทำงานหนักขึ้น ก็ทำงานเท่าเดิมแต่สิ่งที่เราทำก็คือเราจะเตรียมพร้อมยังไงเท่านั้นแหละ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, พยาบาลแผนกไต)

“ในเรื่องการปรับปรุงคุณภาพ กระบวนการไหนที่เราทำไม่ดีก็ต้องมาปรับปรุงใหม่เรื่อยๆ ให้มันได้สิ่งที่ดี ทำควบคู่กันไป มันก็ไม่ได้แยกกันนะ เราก็ต้องทำตามมาตรฐานก่อน ถ้าไม่ได้เราก็มาปรับปรุง *find out* เป็นจุดๆเอาว่าเกิดจากอะไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7, เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค)

“เราก็ปรับมาเรื่อยๆนะ ใช้เอกสารแล้วบางทีลงทะเบียนแล้วว่าจะ *print* ได้มันช้าเราก็ใช้วิธีเขียน บางที *register* ไม่เสร็จเลยเอาคนไข้ไปชะแล้วเราก็ไม่มี ชื่อคนไข้ตอนนั้นน้องเค้าก็เขียนเอา พอเราทำมาระยะหนึ่งก็ *evaluate* ว่าไม่ได้หรอกเพราะมันต้องคัดลอกๆ ปุ่มมันผิด เราก็ปรับใหม่ให้มัน *link* กับ *com* พอ *Regis* ปุ่ม *print* ออกมาพร้อมไป *admit* เลย และก็จัด *flow* ใหม่ พอ *Regis* ปุ่มไหนที่ส่งไปกระจายไป ไป *Regis slip* ไปอยู่จุดหนึ่งก็หักไป ส่วนอีกใบหนึ่ง *v/s* ก็ไปให้น้องอีกคนนึงซึ่งเป็นคิวของเค้าทำ เค้าก็จะมีชื่อตรงนี้อยู่ก็ลดปัญหาเรื่องคัดลอกไป มันก็ถูกตามข้อกำหนดแต่ *the best* ใหม่ไม่ใช่ดีที่สุดใหม่ ก็ยัง มันยังมีสิทธิ์ *error* ได้ตลอด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก)

2.2 นำไปใช้จริง

เมื่อมีการปรับปรุงเอกสารจนได้แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ต้องนำไปใช้ปฏิบัติจริงโดยการปฏิบัติงานคุณภาพในหน่วยงานของตนเองตามมาตรฐานของ JCI แล้ว ยังต้องให้เชื่อมโยงกันกับแต่ละหน่วยงานอีกด้วยที่เรียกว่าการตามรอยคุณภาพ โดยมองตั้งแต่ต้น

จนจบว่ามีใครหรือหน่วยงานไหนที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการบ้าง โดยคำนึงถึงความปลอดภัย สิทธิของผู้มารับบริการเป็นสำคัญ ก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมของแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากการลงข้อมูล และปฏิบัติตามเอกสารแล้วยังมีการลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ อีกด้วย เพื่อความสะดวก และป้องกันการผิดพลาดจากการอ่านลายมือของแพทย์ พยาบาล และบุคลากร

“ที่ก็จะมี *criteria* ของที่เฝ้าก่อนขึ้นตอนที่แบบคนไข้เข้ามาใช้บริการ ครั้งแรกอย่างเนี่ย ของเราก็จะมี *CC PI* มี *PE* มี *progress note* ต้องมี *goal of techment* นั่นคือหัวเรื่องของกายภาพ แต่เราจะขาดอันหนึ่งก็คือ *re assessment* ซึ่งทาง *JCI* ไม่ได้ยังไงต้องมีตัวนี้เราก็เลยมีทุก 7 ครั้งที่ทำเราต้องทำ *re assessment* เพราะว่าคนไข้กายภาพบางที่จะรักษานี้นาน ไม่ใช่ว่าหนเดียวแล้วก็ กลับอะไรอย่างเนี่ย ส่วนใหญ่ที่รับคนไข้ทั้ง *IPD* และ *OPD* เราก็จะใช้ฟอร์ม เดียวกันแต่เราจะแตกต่างกันว่าคนไข้ใช้ฟอร์ม *ortho* หรือฟอร์ม *neuro* เพราะว่า ส่วนใหญ่คนไข้มาจะใช้ฟอร์ม *ortho* ส่วนฟอร์ม *neuro* มันจะละเอียดมากขึ้น เช่นต้องวัด *muscle power* ก็จะเป็นอีกฟอร์มหนึ่งไป จะแยกออกไปต่างหาก”

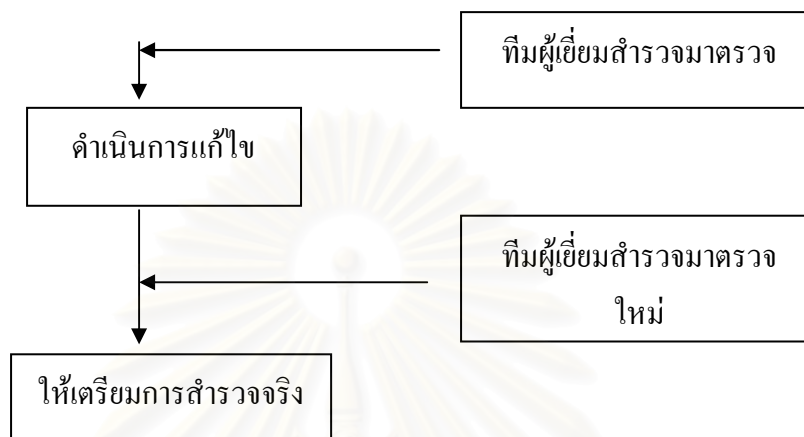
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, หัวหน้าแผนกกายภาพ)

“ปกติเราก็จะดู *flow* เดิมว่าประมาณไหน *cover* รึยัง *run* เหมือนเดิมแต่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเราก็คุยกันกับฝ่ายการว่าจะเปลี่ยนแปลงระบบอะไรยังไง บ้าง อย่างเมื่อก่อน *HRD* เมื่อก่อนมีแค่นี้ตอนนี้มีเพิ่มอีกเท่าไร ก็ส่งข้อมูลถึงกัน เมื่อก่อนส่งเป็น *hard disk* ตอนหลังๆแล้วชอบหายผมไม่ส่งแล้วไง เดี่ยวนี้ส่ง คอมแล้ว ขึ้นเป็น *policy* แล้ว ถ้าต้องการอะไรก็ไปกด ปรีนๆ เอาตามใจ สำคัญ อีกอันหนึ่งที่ต้อง *develop* คือเรื่อง *IT* *IT* ต้องเข้ามา *support* เยอะเหมือนกัน เพราะ บางเรื่องเมื่อก่อนมันไม่ *met* เพราะทุกอย่างมันต้องสื่อสารกัน แล้วเราก็สื่อสารกัน ทาง *web* อย่างมีคนไข้เข้ามาทุกอย่างต้อง *link* กับ *computer* หมดแต่ *OPD card* ที่เป็น *paper* ก็ยังมีอยู่ เนื่องจากยังไม่ *fully in arm* เพราะหมอยังไม่ยอม แคะเค้า *key* ยาก็มีปัญหา ช้างล่างหมอก็จะ *key* ย่า แล้วน้องห้องยาที่จะมาจัด อย่างเมื่อก่อนระบบนี้เค้า *ok* อยู่แล้ว อย่างเมื่อก่อนก็เหมือนกันถ้าหมอคนไหนที่ไม่ เข้าถึง *IT* ก็ไม่ต้องอยู่ ร.พ. นี้ เพราะเมื่อก่อนมัน *error* จากลายมือ พอเปลี่ยน ระบบหลังๆก็ดี *error* ก็มาจากการเลือกผิดก็มี มันก็เปลี่ยนไป แต่ไม่เป็นไรที่ พัฒนาไป”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13, หัวหน้าแผนกเภสัชกร)

3. ระยะเตรียมการสำรวจจริง

ระยะนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (3.1) ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐาน (3.2) ดำเนินการแก้ไข (3.3) ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐานใหม่ และ (3.4) ให้เตรียมการสำรวจจริง ดังนี้



แผนภูมิที่ 5 ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ

3.1 ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ มาตรฐาน

เมื่อโรงพยาบาลดำเนินการปฏิบัติตามมาตรฐาน JCI ไปได้ระยะหนึ่งแล้ว ได้รับการเยี่ยมชมสำรวจจาก ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ กล่าวคือหลังจากที่โรงพยาบาลสมัครขอรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลแล้วได้ระบุว่าต้องการให้ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ มาเยี่ยมชมสำรวจจำนวน 2 ครั้ง โดยโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการมาเยี่ยมชมสำรวจแต่ละครั้งเอง จากการสัมภาษณ์พบว่าโรงพยาบาลของผู้ให้ข้อมูลต้องการให้ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ เยี่ยมสำรวจจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือน ทีม ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ คือคณะกรรมการจาก JCI จำนวน 3-4 คน ที่มีใช้ทีมที่จะมาเยี่ยมชมสำรวจจริง ซึ่งการเยี่ยมชมสำรวจนี้ JCI เป็นผู้กำหนดวัน เวลา และระยะเวลาของการมาเยี่ยมชมสำรวจให้แก่โรงพยาบาล ในการเยี่ยมชมสำรวจนี้เปรียบเสมือนการซ้อมเพื่อการสำรวจจริง เนื่องจากมีการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพว่าได้มาตรฐานของ JCI หรือไม่ หากไม่ได้มาตรฐานทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ ให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ เสนอแนะในสิ่งที่เป็ประโยชน์ เพิ่มเติมการปฏิบัติที่ยังไม่ครบถ้วน สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไขในหน่วยงาน นับว่าการเยี่ยมชมสำรวจครั้งนี้เป็นเพียงการปูทาง หรือชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติให้กับโรงพยาบาลที่จะดำเนินการพัฒนามาตรฐานต่อไป

“ผู้บริหารเป็นผู้ติดต่อไปตั้งแต่แรก แล้วเค้าก็มาประเมินอันไหนไม่
เป็นไปตามมาตรฐานเค้าก็จะบอก พอรอบที่สองหลังจาก (Mock survey) ทีมผู้

เยี่ยมสำรวจ อาจารย์ ก (นามสมมติ) ก็เริ่มเข้ามา เพราะเราทำไปน้ำปนนื้อ เค้าก็ มาตบๆ ให้เหลือแต่เนื้อๆ อาจารย์ก็สร้างทีมให้แต่ละทีมติดตามหา *compliant* คือ ตัวจับมาตรฐานว่าที่เราทำตามมาตรฐานอยู่นี้มัน ได้ก็เปอร์เซ็นต์ คือประเภท *met not met* เงี้ยะ และมีการติดตาม *IPD* จะหนัก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน)

“ในขณะที่เดียวกันทางโรงพยาบาลก็มี *Consultant* เข้าเพราะในระบบ *JCI* เนี่ยจะมีทีม *consultant surveyor* เราใหม่ก็เลยต้องเชิญเค้าเข้า เป็นใน ลักษณะเหมือนตรวจจริง คือ *mock survey* (ทีมผู้สำรวจ) พอเค้าเข้ามาเราก็จะได้ ความรู้เยอะเลย ว่าเค้าต้องการ *tracer* ตอนนั้นเรายังไม่รู้เลยว่า *tracer* คืออะไร เราทำแค่นั้น พอ *Consultant* เข้าเรารู้ไง เอภาพแบบเนี่ยมาคุยกันว่าเค้า ต้องการแบบเนี่ยๆๆๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

ในการเยี่ยมสำรวจของทีม ทีมผู้เยี่ยมสำรวจ นั้นมีการประเมินข้อบกพร่องต่างๆ มีการ เพิ่มเติมข้อมูลการให้คำแนะนำ ซึ่งแนะแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้โรงพยาบาลปรับปรุงแก้ไข เมื่อ ทีม ทีมผู้เยี่ยมสำรวจ ให้คำแนะนำมาบุคลากรช่วยกันคิดหาวิธีการว่าต้องปฏิบัติอย่างไรให้ สอดคล้องกับบริบทหน่วยงานของตนเอง แต่ถูกต้องตรงตามมาตรฐานของ *JCI* ด้วย

“*Mock survey* (ทีมผู้เยี่ยมสำรวจ) นี้เค้าจะมาตรวจก่อน และจะเป็นคน ละทีมกับที่มาตรวจจริง ทีมผู้เยี่ยมสำรวจ ก็จะทำหน้าที่ เหมือนกับเราวาง มาตรฐานหมดแล้ว แล้วตรงไหนเรายังขาดอยู่ เค้าก็จะเพิ่มเติมให้ว่าตรงนี้ควรจะ ทำอย่างนี้หรือว่าอะไร แต่ข้อมูลเหล่านี้เค้าก็จะส่งต่อกัน แต่เค้าจะ ไม่มีความ ลำเอียงที่จะช่วยเหลือ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, พยาบาลฝ่ายควบคุมคุณภาพ)

“เค้าจะมี *Mock survey* (ทีมผู้เยี่ยมสำรวจ) มาช่วยเราในตอนแรกที่เราแค่ เรียนรู้จากสิ่งที่เราเรียนมาซึ่งเรายังไม่รู้ซะใหม่คะ แต่พอมี ทีมผู้เยี่ยมสำรวจ คือเรา จะได้ *idea* จากคนที่ เป็น *auditor* จริงๆมันก็จะช่วยให้เราเหมือนเจาะจงลงไปอีกว่า ตรงไหนที่เราขาดหรือตรงไหนที่เราบกพร่องทำให้เราทำถูกต้องคะ เรายังปรับ ตามที่เค้าแนะนำ หลังจากที่เราปรับเราก็เอามาทดลองใช้ อันไหนที่มันไม่ตรงคะ

เค้าก็ไม่ได้สั่งเรามาตรงๆนะคะว่าเราต้องทำอย่างนี้ๆๆคะ แค่ Gild ให้ ส่วนคนคิดก็คือเรานี้แหละพวกเราเป็นคนช่วยกันคิดว่าเค้าไกด์มาอย่างนี้เราจะต้องทำยังไง เหมือนที่จะตอบเหมือนมาตรฐานตรงนั้นได้คะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, รองหัวหน้าหอผู้ป่วย)

3.2 ดำเนินการแก้ไข

เมื่อนำเอกสารไปใช้จริงแล้ว ผู้บริหาร ทีมปฏิบัติการ และหัวหน้าหน่วยงาน มีการสำรวจว่าเอกสาร สามารถใช้ได้จริงในหน่วยงาน และสามารถปฏิบัติได้ตรงตามมาตรฐานของ JCI หากพบว่าไม่ตรงตามมาตรฐานของ JCI ก็จะดำเนินการแก้ไขทันที เช่น การสำรวจเพิ่มผู้ป่วยในการลงข้อมูลความเจ็บปวด และสัญญาณชีพ บุคลากรไม่ลงข้อมูลใดๆในเอกสารเนื่องจากไม่เข้าใจว่าต้องลงข้อมูลอะไร และคำแนะนำในเอกสารไม่มีความกระชับทำให้เข้าใจผิดพลาดว่าจะลงข้อมูลเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการมีไข้ แต่ขณะนี้ผู้ป่วยไม่มีไข้จึงไม่ลงข้อมูล และไม่วัดไข้ แม้ว่าเหตุการณ์ดังกล่าวจะเป็นความผิดพลาดของข้อมูลเล็กน้อย แต่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยและผู้มารับบริการเป็นอย่างมาก ในการดำเนินการสำรวจนี้ทีมสำรวจแต่ละทีมจะเป็นผู้กำหนดระยะเวลาเอง เช่น ทุกสัปดาห์ หรือทุกเดือน

“ในส่วนงานที่เค้าจะต้องทำเนี่ยในส่วนของ *requiment* เนี่ยเค้าจะต้องทำ เรายังต้องลงตรวจ *portfolio* กันเองที่ก็ต้องลงตรวจเดือนละครั้งว่าหัวหน้าทำไปถึงไหนแล้ว เพราะเรามี *head* กัน 30-40 คน และก็มีผู้ช่วยเค้า การที่เราลงไปตรวจเนี่ยก็จะดูว่าเค้าทำแบบนี้ๆๆเป็นยังไง การเข้าใจของแต่ละคนมันไม่เท่ากัน คนที่ *get* เร็วก็จะไปได้เยอะ แต่ถ้าคนที่ไม่ได้เขาจะช้า เราก็ต้องลงไปตรวจหน้างานจริงๆว่าหัวหน้าเป็นยังไง เพราะฉะนั้นต้องทำความเข้าใจกันใหม่ สอนใหม่ ทำใหม่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

“อันแรกเลยคือ คำสั่งของผู้นำ คือผู้นำให้ความสำคัญเข้ามาตั้งแต่กำกับติดตาม เข้ามา *tracer* ด้วย ผู้นำลงมาดูใน *clinic* ต่างๆ เข้ามาแก้ปัญหา แก้อะไรที่มันเป็นอุปสรรค”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10, หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ)

3.3 ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐานใหม่

ในการมาเยี่ยมชมสำรวจของทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ ครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากการเยี่ยมชมสำรวจในครั้งแรก 3 เดือน การเยี่ยมชมสำรวจโดยทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจครั้งนี้มีการลงรายละเอียดของข้อมูลลึกกว่าครั้งแรก และเป็นการเยี่ยมชมสำรวจโดยใช้การตามรอยคุณภาพ ซึ่งเป็นวิธีการในการเยี่ยมชมสำรวจจริง ในการเยี่ยมชมสำรวจครั้งนี้โรงพยาบาลได้รับคำแนะนำข้อที่บกพร่อง และการปฏิบัติอย่างชัดเจนขึ้น รวมถึงข้อแนะนำในการเตรียมความพร้อมสำหรับรับการเยี่ยมชมสำรวจจริง

“ก็ตอนที่เค้ามาดูครั้งแรกจะห่างกันประมาณ 3 เดือน พอเค้ามาครั้งที่ 2 ก็จะมีข้อที่ลงลึกลงไปเจาะลงไป เพราะครั้งแรกเค้าจะปูทางให้เราก่อนว่าเราจะทำยังไงให้ถูกทาง ทำให้มันง่ายขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

“มีการ *Mock survey* (เยี่ยมชมสำรวจ) 2 รอบ เราเจอเรื่องการส่งต่อข้อมูล การลง *order* ว่า ถ้าหากคนไข้มีการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ช่วยลงได้ไหม *ok* แพทย์ก็ลงให้เรา...เค้าจะมี ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ มาช่วยเราในตอนแรกที่เราแค่เรียนรู้จากสิ่งที่เราเรียนมาซึ่งเรายังไม่รู้ใช่ไหมคะ แต่พอมี ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ คือเราจะได้ *idea* จากคนที่ เป็น *auditor* จริงๆ มันก็จะช่วยให้เราเหมือนเจาะจงลงไปอีกว่าตรงไหนที่เรายังขาดหรือตรงไหนที่เราบกพร่องทำให้เราทำถูกต้องคะ เราก็ปรับตามที่เค้าแนะนำ หลังจากที่เราปรับ เราก็เอามาทดลองใช้ อันไหนที่มันไม่ตรงคะ เค้าก็ไม่ได้สั่งเรามาตรงๆนะคะ ว่าเราต้องทำอย่างนี้ๆๆคะ แค่ไกด์ให้ ส่วนคนคิดก็คือเรานี้แหละพวกเราเป็นคนช่วยกันคิดว่าเค้าไกด์มาอย่างนี้ เราจะต้องทำยังไงเหมือนที่จะตอบเหมือนมาตรฐานตรงนั้นได้คะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, รองหัวหน้าหอผู้ป่วย)

“พอ *Mock survey* (ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ) ครั้งที่ 2 มากี่เดินตรวจคล้ายๆครั้ง เดิมเข้ามาตรฐานตามจุดต่างๆที่เค้า *assign* ก็เค้าให้ทำเหมือนวันจริงที่ *JCI* จะมา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13, หัวหน้าแผนกเภสัชกร)

3.4 ให้เตรียมการสำรวจจริง

เมื่อดำเนินการแก้ไขเอกสาร และการปฏิบัติตรงตามมาตรฐานของ JCI แล้ว บุคลากรในโรงพยาบาลร่วมกันเตรียมการสำรวจจริงของทีม JCI โดยการจัดหมวดหมู่ของการปฏิบัติ หากมาตรฐานข้อใดที่สามารถปฏิบัติได้แล้วให้ใส่เครื่องหมายสีเขียว ข้อใดที่กำลังปฏิบัติอยู่ให้ใส่สีเหลือง และข้อใดที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ให้ใส่สีแดง และลงดำเนินการสำรวจว่าที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้นั้นเนื่องจากสาเหตุใด และดำเนินการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ดำเนินการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการปฏิบัติงาน และการสุ่มภาคเคการเยี่ยมสำรวจจริงของทีม JCI ตามการตามรอยคุณภาพในแต่ละรายของแต่ละหน่วยงานอีกด้วย

“พอใกล้ๆเราก็จะนับถอยหลังกันโดยเฉพาะ *facility indicator* เป็นยังไง เราก็จะขมวดเป็นเรื่อยๆไป อันไหนที่เราจะ *present* ให้เค้าฟังเราก็ต้องซ้อมให้เค้าฟัง อันไหนที่ไม่ดีก็ทำใหม่ เตรียมกันค่อนข้างเยอะ ต้องให้ทันที่เค้าจะมาตรวจ เค้าก็จะแบ่งสายกัน คนที่เหนื่อยก็คือคนตรงกลางที่คอยตรวจทุกอย่าง คือศูนย์คุณภาพนั่นละ เค้าต้อง *monitor* ว่าเรื่องทำแล้วไปถึงไหนๆ เค้าต้องตามเรื่อง เค้าจะใส่สีไปว่าอันไหนยังไม่เสร็จก็ใส่สีแดง อันไหนใกล้ๆก็เป็นสีเหลือง อันไหนเสร็จแล้วก็สีเขียว อันไหนที่ค้างแงๆอยู่เรื่อยๆก็ต้องโดนถามว่าเฮ้ยทำอะไรอยู่

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

“พอถึงช่วงที่จะมาตรวจ หน่วยงานที่เป็นหน่วยงานของตนเองต้องเข้าใจคะ เพราะว่าเราถูก *test* ด้วย *tracer* ไซ้ใหม่คะ เราจะเจาะจงที่หน่วยงานเราเลยว่าถ้า *surveyor* เดินมาที่เราหน่วยงานเราจะต้องทำอะไรบ้าง พอตอนที่เรามา *train* น้องเนี่ยก็จะ *train* ตามจำนวนคนไข้ที่เรามีอยู่เลยตอนนั้น ส่วนใหญ่ที่เราเก่งๆไว้ก็น่าจะเป็นของคนไข้ไม่ *case* ใด ก็ *case* นึงในหน่วยงานเรา ก็จะมา *train* ไปเลยว่า เหมือนมีคนไข้อยู่ 10 คนๆนี้ เกี่ยวข้องกับหน่วยงานไหนบ้างคะ อย่างคนนี้ห้องหนึ่งผ่านแผนกไหนมาแล้วบ้าง ถ้าจะเชื่อมโยงเราจะมาเชื่อมตรงจุดไหน แล้วเรามีส่วนใน *case* นี้อย่างไรเอา *tracer* เป็นหลัก และก็สิ่งหนึ่งที่เป็นมาตรฐานก็คือ *safety goal* ๆ นี่เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องทำ ไม่สังเกตก็ต้องทำได้

อย่างล้างมือทุกคนต้องทำ 100% ก็ไม่ต้องเช็คกันแล้ว PSG เป็นเหมือนมาตรฐานที่ทุกคนต้องรู้ ต้องทำอย่างเนี้ยคะ แต่พอตีวเนี้ย เราจะตีวในส่วนของคนไข้มากกว่า ว่าถ้ามาถึงแผนกเรานะเนี้ย ถ้า tracer เค้าตามมาถึงเรานะเนี้ยเราสามารถตอบ case นี้ได้ไหมในส่วนของหน่วยงานเรา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, รองหัวหน้าหอผู้ป่วย)

นอกจากนั้นยังมีการสื่อสารให้จำกิจกรรมได้ง่ายขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งของกลยุทธ์ที่ผู้บริหาร และทีมพัฒนาคุณภาพ จัดขึ้นก่อนที่คณะกรรมการของ JCI มาเยี่ยมชมสำรวจจริงเป็นการสื่อสารมาตรฐาน และการพัฒนาคุณภาพต่างๆ ให้รู้ และเข้าใจตรงกันในมาตรฐานของ JCI อย่างชัดเจน สามารถปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล สามารถตอบคำถามได้ เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งการสื่อสารคือการแปลเอกสารเกี่ยวกับมาตรฐานของ JCI สื่อสารให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลทราบทั่วกัน

“ส่วนใหญ่ที่พี่ว่าประสบความสำเร็จได้พี่ว่ากลยุทธ์ในการนำทีมที่จะให้ทีมมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับหัวหน้าระดับทางรู้เหมือนกันหมด ก็คือหากกลยุทธ์ต่างๆ มาสื่อสาร การสื่อสารนะสำคัญสุด และก็ต้องเช็คว่าเค้าทำได้จริงอย่างที่เรต้องการอย่างทีพูดใหม่ ต้องทำจริงด้วย แต่การสื่อสาร นะสำคัญ ก็คือหลังจากแปล standard แล้ว รู้แล้วทำยังไงให้น้องหน้างานรู้เหมือนกัน และก็ทำได้เหมือนกับที่รู้ เค้าก็จะมีกลยุทธ์ต่างๆ มาใช้ เช่น ถ้าจะสอนน้องเรื่องนี้ นอกจาก ผ.อ. Brief ทุกอาทิตย์แล้ว ก็จะมีวันผู้บริหารพบพนักงานทุกวันอังคาร ซึ่งจะพูดเรื่อง standard และทุกวันพุธตอนเที่ยงก็จะพูดเรื่องคุณภาพต่างๆ

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, พยาบาลฝ่ายควบคุมคุณภาพ)

“เราก็เข้าไปร่วมกิจกรรมด้วยในช่วงเย็นแป็บนึง ก็ขึ้นไปฟังไปพูดคุย มันเป็นการสร้างขวัญกำลังใจมากกว่ามั้ง แล้วทุกคนก็จะได้อาจารย์แพทย์ก็ให้ความร่วมมือ จากเดิมแพทย์ที่บอกว่าชั้นรักษาอย่างเดียว แต่พอเข้าร่วมกิจกรรมก็รู้ว่ามียะไรที่น่าสนใจเยอะแยะเลย พอทำๆ นะมาฟังกันเต็ม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, พยาบาลแผนกไต)

การสร้างกลยุทธ์โดยทีมผู้บริหาร ไม่เพียงแต่เน้นที่การสื่อสารเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึง การเล่นเกมสัปดาห์ที่เป็นตัวกระตุ้นความเข้าใจ และความจำเกี่ยวกับมาตรฐานของ JCI ให้กับบุคลากร ของโรงพยาบาลอีกด้วย ทำให้สามารถจำได้ง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเข้าใจ และทำให้เกิด ความสนุกสนาน เพลิดเพลินมากกว่าจะมีแต่ข้อมูลทางวิชาการเท่านั้น ซึ่งจะทำให้เกิดความเบื่อ หน่าย การเล่นเกมสัปดาห์ เช่น การถามตอบเนื้อหาเกี่ยวกับมาตรฐาน JCI ถ้าตอบถูกจะให้คะแนน ตามหน่วยงาน ตามกลุ่ม การให้คะแนนลักษณะนี้ทำให้เกิดความสามัคคีของกลุ่มที่มีการร่วมกัน ปฏิบัติจริง และร่วมกันตอบคำถาม เมื่อตอบคำถามได้อย่างถูกต้องจะมีคะแนนสะสม หน่วยงานใด ได้คะแนนสูงสุดจะมีรางวัลมอบให้ หากตอบคำถามผิดจะติดลบ การเล่นเกมสัปดาห์ถูกจัดทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาเย็น ผลการเล่นเกมสัปดาห์ทำให้บุคลากรเกิดความเข้าใจ และจดจำมาตรฐานได้ง่าย ขึ้น

“ก็มีตัวกระตุ้น ตอนท้ายๆ หนะมาช่วย wrap up หมายถึงว่ามาเชียร์ staff เอา staff มาประชุมทุกวัน และก็เชียร์ให้แต่ละ ward พาพวกขึ้นมา ลงเวรแล้วก็ มา แล้วเวลาตั้งคำถามตอบได้ก็ให้คะแนน และก็ให้รางวัล ให้คะแนนสะสม คำถามก็เช่น identify คนไข้ คนไข้เข้ามาเนียใช้อะไร ก่อนเจาะเลือดเนียให้ทำ ยังไง ให้น้องตอบ ใครจะตอบก็ยกมือเป็นกลุ่ม กลุ่มก็ได้รางวัล ตอบถูกก็ได้ คะแนนสะสม ตอบผิดก็ติดลบยังเจ็ย สนุกๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยใน)

“เราก็มีรางวัลทุกคืน กลางวันก็เลี้ยงข้าว หัวข้อนี้ใครตอบได้ ให้ขึ้นมา เป็น ward จะ ได้ 1000 คะแนน พอสุดท้ายใครได้ 100000 คะแนนก็จะจ่ายรางวัล แผนกไหน ได้คะแนนสูงสุด เราทำอยู่ทุกเย็นเลยประมาณ 3 เดือน หมายถึงว่าดีว ให้ทุกคนคล่อง ดีวให้ทุกคนแม่นยำ เหมือนกับนิตยา นิตทุกวันๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, พยาบาลฝ่ายวิชาการ)

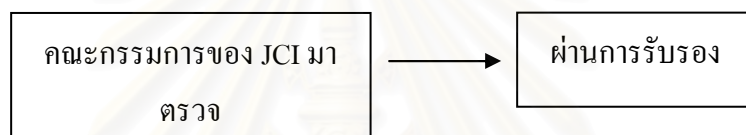
“เค้าจัดกลุ่มให้เรา สอนเราจัดทฤษฎีที่น่าเบื่อทำให้เป็นเรื่องสนุก เค้าจัด ประเด็นที่ทำยากๆ ทำให้มันง่าย น้อยๆ ก็สนุก เวลาประชุมทีก็ไม่ได้บังคับแต่ น้องเค้าจะมากันเอง แล้วก็มีการตอบคำถาม ใครหน่วยงานไหนตอบได้ก็จะ ได้คะแนนสะสมกันไป หน่วยงานไหนที่ทำได้เยอะที่สุดก็จะ ได้รางวัล เราจะให้ เป็นหน่วยงานนะ ไม่ได้ให้เป็นรายบุคคล ก็จะดูสัดส่วนของงานเค้าันะ อย่าง หน่วยงานนี้มาสิบคน หน่วยงานเค้ามีสิบคนก็จะ ได้คะแนนเยอะอะไรเงี้ยะ แต่ทุก

อย่างที่ทาก็คือเพื่อให้น้องจำได้ ก็จะมีกิจกรรมย่อยให้เค้าคิดให้เค้าตอบแบบ
เนี้ยะ และกับแพทย์เค้าก็จะมีอีก style นึง อาจารย์เป็นคนที่มีความรู้มาก กับ
แพทย์เค้าก็จะ talk show มีความรู้มาตรฐานอยู่ในนั้น หรือไม่มีวารสารของ
โรงพยาบาล และก็จะมีการขึ้นหน้าจอคอม บัตรเอย ป้ายเอยก็จะให้น้องจำได้ง่ายๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

4. ระเบียบรับรองคุณภาพ

เป็นระยะที่หน่วยงานมีความพร้อมสำหรับการเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อการรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลระดับสากล ในระยะนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ (4.1) คณะกรรมการของ JCI มา
ตรวจ (4.2) ผ่านการรับรอง ดังนี้



แผนภูมิที่ 6 ระเบียบรับรองคุณภาพ

4.1 คณะกรรมการของ JCI มาตรวจ

ในการตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐาน JCI คณะกรรมการเยี่ยมชมสำรวจของ JCI
ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 4 คน มีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีม แพทย์ เกษีชกร และนัก
เทคนิคการแพทย์ใช้เวลาทั้งหมด 4 วัน ในการตรวจตามมาตรฐาน tracer คือการตามรอยคุณภาพ
กล่าวคือเป็นการติดตามการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน 1 ราย โดยศึกษาจากแฟ้มผู้ป่วยถึงคุณภาพ
และมาตรฐานที่ได้รับในโรงพยาบาลทั้งหมด และติดตามไปในแต่ละหน่วยงานที่ผู้ป่วยใช้บริการ
จนถึงสิ้นสุดกระบวนการรับบริการในโรงพยาบาล ในการตามรอยคุณภาพครั้งนี้ทีมสำรวจจะซักถาม
เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละเรื่อง ทีมสำรวจต้องการทราบ รวมทั้งซักถาม
บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่หน้างานจริง โดยเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้มารับบริการ ผู้ป่วย ญาติ
และบุคลากร ดังนั้นในวันที่ JCI มาเยี่ยมชมสำรวจจริง หน่วยงานจะจัดบุคลากรที่มีความรู้
ความสามารถให้ขึ้นเวรเพื่อเตรียมตอบคำถาม มีการแบ่งทีมที่ประกอบด้วย ทีมผู้บริหารแบ่ง
ออกเป็น 3 ทีมติดตามคณะกรรมการเยี่ยมชมสำรวจของ JCI ซึ่งแบ่งการตรวจออกเป็น 3 ทีมกระจาย

ไปในแต่ละหน่วยงาน นอกจากนี้ในหน่วยงานยังมีทีมม้าเร็วเป็นทีมที่คอยแจ้งข่าวถึงสถานการณ์ และข้อความที่ JCI ถาม ให้กับหน่วยงานต่อไปก่อนที่ทีม JCI จะไปถึง เพื่อเตรียมความพร้อมในการตอบคำถาม ทีมผู้บริหาร หรือหัวหน้าหน่วยงานไม่สามารถช่วยบุคลากรหน้างานตอบคำถามได้ แต่ช่วยหาเอกสาร เวชระเบียนให้ได้ เมื่อการเยี่ยมชมสำรวจดำเนินมาในวันสุดท้าย ทีม JCI สรุปผลการประเมินทั้งหมดแก่ทีมผู้บริหาร และบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับทราบถึงข้อบกพร่องสิ่งที่ควรแก้ไข และข้อดีที่สำรวจพบ แต่ยังไม่ประกาศผลให้ทราบในทันทีว่าผ่านการรับรองคุณภาพระดับสากลหรือไม่

“แล้วพอเค้ามาตรวจทีมผู้บริหารก็แบ่งเป็น 3 ทีมตามจริงและก็มีทีมม้าเร็ว เช่น คนนี้ตรวจ ward นี้เสร็จแล้วข้อความจะเป็นแบบนี้ๆๆ รู้แล้วแหละว่าไป ward ไหน...ไป ward สติมานิยะ เค้าถามสตูดิโออย่างเงี้ย แล้วประเด็นหลังคลอดเค้าจะถามว่ายังไง ก็จะมีการโทรขึ้น ไปแจ้งก่อนว่าเออ อาจจะต้องเตรียมประเด็นนี้ๆๆ และก็พอเค้าจะเดินออกเราก็โทรบอกกว่าเออ เคียวกำลังไปละนะ ก็คือช่วยกันหมด ปีครอยรั่ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, พยาบาลฝ่ายควบคุมคุณภาพ)

“อย่างที่พี่โคนเนี่ยโปรแกรมของโคเนี่ยจะเป็นยังไง อย่างที่เค้าตรวจเนี่ยจะเป็นเรื่องน้ำ น้ำของคุณเนี่ยคุณดูแลยังไง ในการรีเวส ยังไงที่เป็นหัวใจในการฟอกเลือดเนี่ยจัดการยังไง เราก็คุยกันนึ่ง คุยอย่างเป็นธรรมชาติเลย อะไรที่เราทำเป็นประจำเราก็จะตอบเค้าได้ เรียกเลย portfolio เทียงนั่นทันทีว่าขอคุณตัวนี้หน่อย คือเราก็ไม่ได้คิดว่าจะมาผ่านทางเราด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, พยาบาลแผนกไต)

“ปรากฏว่าเค้าเช็คคนไข้มะเร็งมาจาก oncology center คือเค้าลง onco มาแล้วเค้าถามว่าคนไข้ที่ให้ยาอยู่ที่ไหนบ้าง ก็มาอยู่ที่เรา เค้าก็เดินตาม case นั้นมาที่เรา เราก็เตรียมกันว่าจะ test เรื่องระบบยามากกว่า ว่าพยาบาล ward รู้ไหมว่าคุณดูแลคนไข้หลังให้ยาเนี่ยยังไง นี่ก็ที่เราเก็งกันไว้แหละคะ ก็มีพลาดไปเหมือนกัน คือ เค้าย้อนไปว่าคนไข้คนไหนเหมือน functional status เปลี่ยนตั้งแต่เมื่อไหร่ ซึ่งเป็นคนไข้ที่ long case ที่อยู่กับเรามาเป็นปีๆคะ แล้วเราก็ไม่ได้ update ประวัติเค้ามาเรื่อยๆ ใจคะเราก็จำไม่ได้คะว่าวันไหนที่เริ่มเดินไม่ได้ แต่เค้าค่อนข้างจะดูเยอะ พอเราได้เวชระเบียนดู เค้าก็จะมองว่าแล้วตอนนั้นเนี่ยมีใครเข้ามาดูใหม่ที functional status ของคนไข้เปลี่ยนที่จากเดินมา CA เป็นเยอะแล้ว

เดินไม่ได้ ทีมเข้ามาตั้งแต่ตอนนั้นรีเปลา ตอนที่ถูก surveyor ถามเค้าจะให้ยูแค
ไม่ได้ก็คนคะ เพราะทุกคนเนี่ยจะต้องถูกให้ตอบคำถามเอง อย่างวันนั้นก็โดนด้วย
กับน้อง ก็คือเค้าจะให้น้องเป็นคนตอบ แต่เราช่วยได้นะช่วยเปิดเวชระเบียนและ
ให้น้องเป็นคนอธิบายคะ เหมือนเค้าถามคนไข้คนนี้เริ่มเดินไม่ได้เมื่อไหร่ เราจำ
ไม่ได้ใช่ไหมคะ เพราะเป็น long case เค้าก็ให้เราเปิดเวชระเบียนได้ เรายังเป็นคน
คนที่ช่วยเปิดเวชระเบียนให้ ก็จะมีล่ามในเมืองไทยที่มากับเค้า ไม่ใช่ของ
โรงพยาบาล”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, รองหัวหน้าหอผู้ป่วย)

“พอเค้ามาตรวจจริงเสร็จเค้ายังไม่บอกว่าผ่าน ไม่ผ่าน แต่เราจะพอรู้
ว่าอันนี้ไม่ถูก เค้าจะ comment นะแต่เราไม่รู้หรือว่าจะให้เราผ่านหรือไม่ผ่าน
อย่างสมมติเค้าเจอประเด็นละ คือเราขาดเราทำไม่ครบคือทำไม่ complete คือเค้า
จะได้เป็น tracer ข้อมูล ถ้าข้อมูลเราหายเราก็จะตกละ แต่ว่าเค้าเห็นเป็นเรื่อง
serious รีเปลาเราไม่รู้ คือเค้าเคยพูดว่าเจอทุกโรงพยาบาลแหละต่อให้ดียังไงมันก็
ต้องเจอ เออเค้าอาจไม่ serious เค้าจะบอกเลยว่าเรื่องนี้เค้า serious นะต้องไป
ตอบเค้าให้ได้ เค้าจะมา 4 วัน 4 วันเนี่ยแทบจะไม่ได้นอนกันเลย เพราะว่าเตรียม
รับด้วย พยายามตรวจหน้างานด้วย คือเราไม่อยากจะพลาดตรงไหน คือ human
error มันเกิดได้ทุกที่ เรา audit แล้วมัน 100% พอถึงวันจริงก็จะมีบ้างละ แต่น้อง
ทุกคนในโรงพยาบาลเค้าก็จะรู้ว่าจะไรที่ทำไม่ได้ก็ทำไม่ได้ในวันที่เค้าตรวจ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก)

“พอเค้ามาตรวจวันจริงกายภาพเค้าก็จะเน้นเรื่อง CPR เครื่องมือมีไหมมี
รถ cast card ไหม มี มีซ้อมไหม เราก็บอกว่ามีงั้นขอคุณผลหน่อยเราก็ print ให้ดู
พอเรา pate ทีมเค้ามาก็หน้าที่ที่มี record หมด เค้าก็ ok”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, หัวหน้าแผนกกายภาพ)

“ถ้าหากมาแล้วเนี่ยจะเป็น informal surveyors ที่มาแต่ละคนเนี่ย พวกนี้
เค้าจะตรงต่อเวลา เค้ากลับไปเนี่ยเค้าก็จะไปทำงานของเค้าต่อ และลงมติในแต่
ละ standard ว่า ok ไม่ ok ก็ไปติดต่อข้อมูลกัน อย่างบางทีตอนเช้าขึ้นมา
opening ตอนเช้า เค้าก็จะเอาส่วนของเมื่อวานนี้เค้าเจออะไรบ้างประเด็นที่ต้องมี
ข้อเสนอแนะ อะไรเป็นข้อดี อะไรเป็นข้อเสีย พอวันนี้กลับไป เขาก็มาละเค้าก็
จะบอกเมื่อวานเค้าเจออะไรมา พอถึงวันสุดท้ายพอถึงช่วงของ accredit เนี่ย

ตอนเช้าก็จะมา..เค้าก็จะมี *schedule* ของเค้าว่าวันแรกเค้าจะทำอะไร วันที่สองเค้าจะทำอะไร โดยเค้าจะดู *profile* ของเราที่เราส่งไป แล้วเค้าจะ *set* มีหน่วยงานไหนที่เค้าจะไป ตอนเช้ามาก็ *opening* วันที่สองเค้าก็จะบอกเหมือนกันว่าเมื่อวานนี้เค้าเจออะไรเวลาเค้าไปไหนเค้าก็จะดู คนไข้เป็นหลักก็จะสุมดูตาม *tracer* เป็นหลัก แล้วพอตอนเช้าเค้าก็จะดูว่าเมื่อวานเค้าเจออะไร แล้วพอครึ่งวันของวันสุดท้าย เค้าก็จะดูว่าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมอะไรอย่างไร และก็จะบอกว่าเป็นอย่างไรมันก็ *informal* เพราะเค้าจะมี *committee* ของเค้าอีกที่เป็นตัวตัดสินใจหรือบางทีเค้าอาจให้เรา *met* [*Met criteria*] แต่พอไปที่โน้นแล้ว *not met* [*Not met criteria*] เค้าก็บอกอยู่แล้ว แต่พอถึงตรงนั้นเนี่ย % ของการที่ผ่านเนี่ยเป็นไง แต่ก็ *informal* แต่ว่าผ่านก็ไปเข้า *committee* ของเค้า 90 วันก็ประกาศผล แล้วเค้าต้องการอะไรที่เพิ่มเติมใหม่ อย่างเช่นไป *copy* ของ *care plan hospital policy action plan* เพิ่มเติม หรือขอ *data* อะไรเพิ่มเติม เช่น อะไรที่ยืนยันว่าคุณมี ให้ *fax* เอกสารไป ก็อนุญาตให้ลบชื่อแพทย์ ชื่อคนไข้ได้ ก็ส่งไปเพิ่มเติม แต่ถ้าคิดประเด็นปัญหาอะไรเค้าก็มีสิทธิ์ที่จะขอ *focus* ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10, หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ)

“เค้าก็จะลงมาสัมภาษณ์น้องนางงานเป็นแบบ *electronic* เรายังทำ *present* ให้ *surveyor* ดู เค้าก็จะดูว่าสอดคล้องกับ *JCI* ไหม เค้าไม่ถามเราเค้าถามน้องนางงานว่าทำจริงรึเปล่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11, เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพ)

“ตอนที่เค้ามาตรวจเข้ามาแบบเดียว คือ *concept* เค้าใช้ *tracer methodology* เค้าไม่ได้ตรวจเป็นรายแผนก คืออย่างเค้าไปหน่วยนึงเค้าจะดูหลายๆอย่างทั้งระบบไปเลย สิ่งหนึ่งที่เค้าๆไม่มา *touch* ห้องยามากคือเค้าไปข้างบนแล้วมันไม่มีประเด็น เค้ามาดูว่า *HAD* แล้วเค้าก็จุดอื่น แล้วเค้าก็ไปจุดเสียงอย่างเคมีบำบัด เข้ามาห้องยาไม่ถึง 10 นาที แล้วน้องก็ถามว่าพี่ แค่นี้หรือเราก็ตอบ อ้อ แล้วจะให้เค้าอยู่หรือก็แสดงว่าเค้าไปตามมาทางฝ่ายการ บনหอผู้ป่วยแล้วเรื่องยาไม่มีประเด็นเค้าก็คือผ่าน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12, หัวหน้าแผนกสารสนเทศ)

4.2 ผ่านการรับรอง

ก่อนที่ทาง JCI จะประกาศผลนั้นให้ทราบนั้น คณะกรรมการกลางของ JCI ได้ขอคู่มือมาตรฐานบางส่วนที่ไม่ชัดเจน หรือต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม ซึ่งได้แจ้งหนังสือมายังโรงพยาบาล เพื่อให้ส่งเอกสารและหลักฐานการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมไปให้ และขอมาเยี่ยมชมสำรวจซ้ำอีกครั้ง ซึ่งโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง เมื่อโรงพยาบาลจัดส่งเอกสารเป็นที่เรียบร้อย และทีมคณะกรรมการมาสำรวจซ้ำอีกครั้งในส่วนนี้เสนอแนะให้แก้ไขหลังจากนั้นอีก 3 เดือน JCI จึงประกาศผลให้ทราบว่าผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

“พอเค้ามาตรวจเสร็จเค้าก็แจ้งคร่าวๆว่าผ่านหรือไม่ผ่าน ถ้ามีบางมาตรฐานที่ไม่ผ่านเค้าก็จะทำ *focus survey* เค้าก็จะยังไม่ประกาศว่าผ่านหรือไม่ผ่านเค้าจะรอให้ไปแก้ไข และก็ประเด็นไหนบ้างที่เราไม่ผ่านเค้าก็จะมาตรวจเราซ้ำ เค้าจะให้ระยะเวลามาแล้วก็มาตรวจซ้ำ เรายังจะต้องเสียเงินเพิ่มอีก และ *surveyors* ก็จะมาน้อยลงจากที่มาตรวจจริงสี่วันสี่คน ก็จะมาสองวัน สามคนก็ประมาณนี้ แต่พอเราผ่านแล้วเนี่ย เค้าก็จะมา *announce survey* เค้าจะเข้ามาตรวจเมื่อไหร่ก็ได้โดยที่ไม่บอกเรา เพราะเค้าจะดูว่าเราทำต่อเนื่องรึเปล่า เค้าต้องการให้เรารักษา คงไว้ซึ่งคุณภาพ เมื่อไหร่ที่เค้ามาโรงพยาบาลอื่น เค้าอาจจะส่ง *surveyors* มาที่โรงพยาบาลเราก็ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

“พอครั้งวันของวันสุดท้ายที่ JCI มาตรวจ เค้าก็จะดูว่าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมอะไรยังไง และก็จะเป็นยังไง แต่มันก็ *informal* เพราะเค้าจะมี *committee* ของเค้าอีกที่เป็นตัวตัดสิน หรือบางทีเค้าอาจให้เรา *met* แต่พอไปที่โน่นแล้ว *not met* เค้าก็บอกอยู่แล้ว แต่พอถึงตรงนั้นเนี่ย % ของการที่ผ่านเนี่ยเป็นไง แต่ก็ *informal* แต่ว่าผ่านก็ไปเข้า *committee* ของเค้า 90 วันก็ประกาศผลแล้วเค้าต้องการอะไรที่เพิ่มเติมไหม อย่างเช่น *copy* ของ *care plan hospital policy action plan* เพิ่มเติม หรือขอ *data* อะไรเพิ่มเติม เช่น อะไรที่ยืนยันว่าคุณมี ให้ *fax* เอกสารไป ก็อนุญาตให้ลบชื่อแพทย์ ชื่อคนไข้ได้ ก็ส่งไปเพิ่มเติม แต่ถ้าติดประเด็นปัญหาอะไรเค้าก็มีสิทธิ์ที่จะขอ *focus* ได้ถ้าไม่ผ่านเนี่ย ช่วง *mock* เค้าก็จะบอกแล้วว่าผ่านหรือไม่ผ่าน เพราะนั่นเรามั่นใจพอที่จะผ่าน และช่วงที่เค้า *accredit* เนี่ย พอเค้าเข้ามามันจะมี *scoring* ของ JCI ชัดเจน แต่ละ *standard* มีคะแนนชัดเจน แต่ถ้าไม่ผ่านเลยก็เป็น 0 แต่ถ้า *near met* ก็จะได้ 5 และถ้า *not*

met เลยก็จะได้ 10 ก็จะมีการให้คะแนนแล้วเค้าก็จะมาดูคะแนนว่าได้เท่าไร โดยเฉพาะ standard ใหม่เนี่ย เค้าจะกำหนดว่าในแต่ละ standard จะต้องได้คะแนนอย่างน้อยเท่าไร และในภาพรวมทั้งหมดคะแนนอย่างน้อยเท่าไร อย่างเนี่ยถือว่าผ่าน ในเมื่อองค์การ A ชื่อหนังสือมาทำข้อสอบของ JCI ยิ่งไงเราก็ต้องทำให้มันผ่านให้หมดคะ มันมีในข้อสอบหมดแล้ว นอกจากเค้าเห็นมาก ๆ ว่าเค้าอาจจะไม่มั่นใจในคุณภาพ เค้าจะขอ focus เค้าก็ต้องมีเหตุผลที่เพียงพอว่า focus นะต้องมาทำต่อ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10, หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ)

5. ระยะรักษาคุณภาพ

เมื่อโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว โรงพยาบาลต้องดำเนินการรักษาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินของทีมิวิชาการของฝ่ายการพยาบาล และศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประเมินการปฏิบัติงานทุกหน่วยงานของบุคลากรในโรงพยาบาลทุก 2 สัปดาห์ ทีมผู้บริหารประเมินซ้ำเดือนละ 1 ครั้ง และประเมินทั้งโรงพยาบาลปีละ 2 ครั้ง เพื่อเป็นการกระตุ้นการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคนในการรักษาคุณภาพมาตรฐานระดับสากล จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่าหลังจากโรงพยาบาลได้รับ JCIA แล้วคณะกรรมการของ JCI จะมาตรวจซ้ำทุก 3 ปี ในระหว่างนั้น JCI สามารถมาตรวจเยี่ยมเมื่อใดก็ได้ ดังนั้นโรงพยาบาลต้องเตรียมพร้อมในด้านการให้บริการที่มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งประกอบด้วย (5.1) สำรองมาตรฐาน (5.2) ดำเนินการพัฒนา (5.3) หาสิ่งกระตุ้นเพื่อรักษามาตรฐาน ดังนี้



แผนภูมิที่ 7 ระยะการรักษาคุณภาพ

5.1 สำรองมาตรฐาน

การสำรวจมาตรฐานให้คงอยู่สามารถทำได้โดยการเยี่ยมสำรวจมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ โดยหัวหน้าหน่วยงาน ทีมผู้บริหาร ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล และทีมิวิชาการของ

ฝ่ายการพยาบาล ลงเชื่อมสำรวจในหน่วยงาน เริ่มจากหัวหน้าหน่วยงานประเมินในหน่วยงานจากการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการประเมินในสิ่งรอบตัวคือการประเมินการล้างมือที่เป็นแอลกอฮอล์ที่เหลืออยู่ แสดงให้เห็นถึงบุคลากรไม่ล้างมือ ผู้ให้ข้อมูลจึงกล่าวตักเตือน และการประเมินของทีมคุณภาพ และผู้บริหารในการลงเชื่อมสำรวจในแต่ละหน่วยงานทุกๆ 1-2 สัปดาห์ และสำรวจครั้งใหญ่อีกปีละ 2 ครั้ง หลังจากได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากลแล้วทีมปฏิบัติการหรือทีม Functional ไม่ได้มีบทบาทในการมาเชื่อมสำรวจแล้วคงเหลือแต่เพียงทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และทีมผู้บริหารเท่านั้น ในการสำรวจคุณภาพ (Quality round) ทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรมองค์การในการชำระไว้ซึ่งมาตรฐาน JCIA ทำให้บุคลากรรู้สึกว่าจะต้องช่วยกันในการดูแลมาตรฐาน ช่วยกันปฏิบัติงานมาตรฐานให้คงอยู่ต่อไป

[การ maintain คุณภาพมาตรฐาน JCI] “เราก็มีหัวหน้าทีม ตั้งขึ้นมา พอได้มาแล้ว แต่ละทีมก็ไปดูแลแต่ละหน่วยงานต่อ เราก็จะมีทุก 2 อาทิตย์ และมีทีมผู้บริหาร และเราก็จะมี Quality round และเค้าก็จะไปเดินกับเรา มีทีมที่ document ก็จะมีแพทย์และพยาบาล สตรี ศัลย์ med เด็ก ก็จะมีสอนน้องที่ ward ก็อย่างเงี้ย เขียนไว้ว่าเพื่อชำระไว้ซึ่งมาตรฐาน JCIA และให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัยมันก็คือ Quality safety อะนะ ส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม โดยสหสาขา และเกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้เกิด knowledge sharing จะมีการตั้งคณะกรรมการ assistant lead term ทุก 2 อาทิตย์เค้าก็จะมา report ตัวชี้วัด เบื้องเบน ตัวไหนที่มีปัญหา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, พยาบาลฝ่ายวิชาการ)

“การ maintain ก็จะอย่างเนี้ยอะ การล้างมือลดลงพี่ก็จะดูว่า Alcohol Rup มันเหลือเยอะ ในช่วงเวลาอย่างนี้มันน่าจะหายไปถ้าได้ใช้ก็จะต้องไว้วางใจต้องล้างมือนะ ต่างคนต่างมีตัว monitor ของตนเอง พี่ก็ไม่มีเวลาที่จะมาจ้อง พี่ก็จะมีตัว monitor ของพี่เองด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, หัวหน้าแผนกกายภาพ)

“ตอนนี้ 12 functional ไม่อยู่แล้ว เป็นศูนย์คุณภาพที่ประเมินอยู่ ศูนย์ฯ ก็ตรวจปีละ 2 ครั้ง ตรวจตาม check list ทั้งโรงพยาบาลรวมกันเลยทั้ง HA และ JCI”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12, หัวหน้าแผนกสารสนเทศ)

5.2 ดำเนินการพัฒนา

หลังจากที่สำรวจมาตรฐาน JCI แล้ว ต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยการพัฒนาคุณภาพนั้นก็ยังคงปฏิบัติอยู่เรื่อยๆ สม่่าเสมอเนื่องจากผู้บริหารไม่ต้องการเหน้อยดังเช่นที่ผ่านมามาก เมื่อ JCI ต้องมาเยี่ยมสำรวจอีกครั้งใน 3 ปีข้างหน้า หรือคณะกรรมการจาก JCI มาเยี่ยมสำรวจในโรงพยาบาลอื่นก็อาจมาสุ่มสำรวจที่โรงพยาบาลนี้อีกก็ได้ที่เรียกว่า Announcement survey ดังนั้น โรงพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับมาตรฐานของ JCIHO ที่พัฒนามาตรฐานของ JCI อย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 แล้ว ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลของผู้ให้ข้อมูลจะปฏิบัติตามมาตรฐานฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ในเวลานั้นแต่เมื่อ JCI มีมาตรฐานฉบับที่ 3 ออกมาโรงพยาบาลก็ต้องดำเนินการพัฒนาให้เทียบเท่ากับฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 ด้วยเช่นกัน

[การ maintain คุณภาพ JCI] “ก็ยังทำอยู่เรื่อยๆ คือผู้บริหารเราก่อนข้าง stick คือชัดเจนในเรื่องตรงนี้คือต้องให้ได้ พอได้ก็ต้อง maintain ให้ได้ด้วยคือเราอาจบอกว่าตอนแรกเราอาจฝึกซีแต่ ณ สุดท้ายเราต้องคิดถึง 3 ปีข้างหน้าที่เรา accredit เราจะไม่น้อยแบบนี้ไปอีกแล้ว ก่อน 3 ปีเค้าก็แอบมาดูมี announcement survey เราโดนไปครั้งนึงแล้ว แต่ก็ OK เมื่อเดือนมีนาคีเอง อยู่ดีๆ ก็มากก็ไม่มีอะไรก็ผ่าน ส่วน safety goal เรายังมีอยู่ ฝ่ายการก็ยังมี QI เป็นช่วงๆ ตอนนี้นำกำลังจะทำ specific 3 โรค จะทำมกราเนี่ยคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก)

“ที่นี้เรื่องการ maintain เรายังจะมีคณะกรรมการของแต่ละทีมอยู่แล้ว ในส่วนที่ไม่มีก็จะเป็น tracer เรายังจะ round อาทิตย์ละครั้งอยู่แล้ว. ในส่วนของ department ก็จะเป็นเรื่องของหัวหน้าที่รับผิดชอบ เพราะหลายๆส่วนจะถูก implement โดยฟอร์มอยู่แล้ว JCI มีข้อดีตรงที่ว่าเค้าจะพัฒนามาตรฐานไปเรื่อยๆ ถ้าเค้าปรับข้อไหน เค้าจะส่งมาให้เรา เพื่อให้ปรับตามนั้น เรายังส่งไปให้ department ต่างๆปฏิบัติ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10, หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ)

“เราก็อทำเหมือนเดิมนะ ปกติแล้วหน่วยงานเราก็อพัฒนาไปเรื่อยๆอยู่แล้ว เรายังปรับปรุงตลอดจนอยู่ในสายเลือดของพนักงานทุกคนไปแล้วแหละ ที่มาประเมินในหน่วยงานก็จะมี internal survey นะก็มาเรื่อยๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11, เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพ)

5.3 หาสิ่งกระตุ้นเพื่อรักษามาตรฐาน

หลังจากที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว การปฏิบัติตามมาตรฐานจะเริ่มลดลงทำให้ต้องมีการกระตุ้นการปฏิบัติงานให้คงอยู่ จึงต้องดำเนินการสำรวจ และประเมินจากทีมผู้บริหาร และทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อกำหนดการกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เช่นการตรวจเพิ่มผู้ป่วยในหน่วยงานทั้งของหอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยนอก เพื่อสำรวจความปลอดภัยของผู้ป่วย ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม หรือความเสี่ยงของบุคลากรเอง หรือแม้กระทั่งการล้างมือ เมื่อพบข้อผิดพลาดจะให้บุคลากรแก้ไขทันที และดำเนินการอบรมความรู้ต่างๆ ให้แก่บุคลากรด้วย ในการกระตุ้นการรักษาคุณภาพนั้นจะดำเนินการทุกๆ 3-6 เดือน และเป็นกระตุ้นเพื่อให้กำลังใจในการดำเนินการรักษาคุณภาพด้วย ซึ่งอาจเป็นการจัดวิชาการเชิงปฏิบัติการ (Work shop) การปฏิบัติการตามรอยมาตรฐาน (Tracer) เพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนัก สามารถปฏิบัติงานคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้มารับบริการตามมาตรฐานของ JCI อย่างต่อเนื่อง

“ถ้าอย่างที่ทำตอนนี้ใช้ไหมคะ เราผ่านไปแล้ว เรายังทำอยู่ *Patient safety goal* มันจะเริ่มห่างๆตอนที่เราตรวจไป เรายังจะมีการกระตุ้นเป็นระยะ โดยที่เราจะเริ่มจากการสุ่มเยี่ยมปลายๆเดือนเมษาพบว่าน้องๆเริ่มจะลืมนิดแล้ว มาตรฐานตัวนี้ต้องทำยังไงบ้างเราก็จะมีการ *retraining* ค่ะ ก็จะจัดขึ้นปลายเดือนนี้ โดยที่เราเอาข้อมูลที่เราไปสุ่มเยี่ยมสำรวจเนี่ยว่าน้องลืมนิดตัวไหนหรือว่าทำตามมาตรฐานตัวไหนไม่ได้ เป็นเหมือนการอบรมของโรงพยาบาลเราเลย ถ้าเป็น *training Patient safety goal* ต้อง 100 % แต่ถ้าเป็นหน่วยงานที่ไม่ใช่ *clinic* อาจจะจัดเรียนรวม แต่ถ้าเป็นหน่วยงานทาง *clinic* ต้องผ่าน เหมือนผ่าน *work shop* ทุก *goal* ก่อนที่ทำ *JCI* ก็ทำแบบนี้ กลุ่มที่เป็นพ่อบ้าน แม่บ้านที่ไม่เน้นหนักเรื่องยา เค้าก็จะ *train* ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานของเค้า ในเรื่องของ *goal* ที่เกี่ยวกับการล้างมือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การติดเชื้ออะไรแบบเนี้ยคะ ถ้าหลังจากที่เรา *train* จะประเมิน โดยการสุ่มตรวจเยี่ยม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, รองหัวหน้าหอผู้ป่วย)

“พอหลังจากที่ได้ *JCI* เรายังจะมีตรวจ *chat* ค่ะ ช่วงมันเริ่ม *drop* ก็ต้องมีกระตุ้นละ บอกทุกคนว่าไม่ได้ละนะ จะมีคน 2 คนที่ประเมิน *chat* มี *OPD* คนนึง และ *IPD* คนนึง เค้าเฉลี่ยละ *IPD* ทุกแฟ้มเลย ถ้า *OPD* เนี่ยวันนึงก็ประมาณ 3 แฟ้ม สุ่มเอาวันต่อวัน *IPD* นี่สรุปแล้วก็แทบจะทุกแฟ้มเลย จะมี *monitor* ก็อย่างเช่น *IC* อย่างเนี้ย มีเชิญเค้ามาอบรมปีละครั้ง ต้องมีกระตุ้นกัน

อบรมกัน อย่างการล้างมือมีกี่ขั้นตอน มีอะไรมี pre-post test ก็จะมี monitor 3-6 เดือนเค้าก็จะคู่มือไปคุณ ไซ้ก่อนและหลังล้างมือรีเป่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, หัวหน้าแผนกกายภาพ)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลจากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คน ประกอบด้วยขั้นตอน 5 ระยะด้วยกัน คือ 1) ระยะเตรียมการ (2) ระยะดำเนินการพัฒนา (3) ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ (4) ระยะรับรองคุณภาพ และ (5) ระยะรักษาคุณภาพ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย 4 ประเด็นคือ 1) กำหนดนโยบาย 2) มอบหมายทีมปฏิบัติการ 3) ศึกษามาตรฐาน ได้แก่ อ่านมาตรฐานจากคู่มือ JCI และค้นหาข้อมูลทางสื่ออินเทอร์เน็ต และ 4) สร้างความเข้าใจงานด้วยการอบรม

1.1 กำหนดนโยบาย โรงพยาบาลกำหนดนโยบายในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ซึ่งชาวต่างชาติหากต้องการท่องเที่ยวต่างประเทศจะต้องทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันชีวิต เพราะเมื่อหากเกิดอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยสามารถให้บริษัทประกันคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ดังนั้น บริษัทประกันชีวิตจึงต้องคัดสรรโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เพื่อให้ลูกค้าของคุณมีความมั่นใจ และเชื่อมั่นว่าเมื่อทำประกันชีวิตกับบริษัทแล้วจะได้รับการรักษาพยาบาลและบริการที่ดีในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ เมื่อกำหนดนโยบายแล้วผู้บริหารได้จัดตั้งทีมปฏิบัติการขึ้นมาเพื่อศึกษามาตรฐานของ JCI และให้การอบรมรวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละหน่วยงานด้วย

1.2 มอบหมายทีมปฏิบัติการ เมื่อกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลในการขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้ว ทีมผู้บริหารจัดตั้งทีมปฏิบัติการขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ในการศึกษามาตรฐานของ JCI อย่างละเอียด ดำเนินการอบรม และประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานให้ตรงตามมาตรฐานของ JCI มีทั้งหมด 12 ทีมตามมาตรฐานของ JCI ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ที่มีมาตรฐานทั้งหมด 11 ข้อ และ 1 เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม พยาบาลเป็นเลขานุการ กรรมการประกอบด้วย เกษชกร สารสนเทศ เทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่รังสีวิทยา แต่ละหน่วยงานจะอยู่ที่ทีมใดขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่ตรงกับหน่วยงานนั้นๆ

1.3 ศึกษามาตรฐาน ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ

1.3.1 อ่านมาตรฐานจากคู่มือ JCIA ที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการมอบหนังสือมาตรฐานของ JCI ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ให้กับแต่ละหน่วยงาน ซึ่งบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลต้องศึกษามาตรฐานของ JCI ที่มีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานของตนเอง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในมาตรฐาน และนำมาปรับใช้แก่หน่วยงาน

1.3.2 ค้นหาข้อมูลทางสื่ออินเทอร์เน็ต เพื่อศึกษาข้อมูลจากโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่นที่ผ่านการรับรองคุณภาพแล้วทั้งใน และต่างประเทศ

1.4 สร้างความเข้าใจงานด้วยการอบรม เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานของ JCI เพื่อให้ทุกคนเข้าใจตรงกัน สามารถนำไปปฏิบัติได้ในหน่วยงาน

2. ระยะดำเนินการพัฒนา ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ฝึกฝนการปฏิบัติ และ 2) นำไปใช้จริง

2.1 ฝึกฝนการปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย คือ สร้างเอกสาร แบบฟอร์มให้ได้มาตรฐาน ทดลองปฏิบัติ ประเมินผลการใช้ และปรับปรุงใหม่

2.1.1 สร้างเอกสาร แบบฟอร์มให้ได้มาตรฐาน การสร้างเอกสารเป็นการนำเอกสารที่มีอยู่เดิมมาเพิ่มเติมและประยุกต์ใช้ให้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานของ JCI หรือหากเอกสารใดที่ยังไม่มีก็สร้างเอกสารขึ้นมาใหม่ เพื่อใช้ในการลงบันทึกข้อมูลการให้บริการ การรักษาพยาบาล และแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรต่อผู้ป่วย และผู้มารับบริการ

2.1.2 ทดลองปฏิบัติ เมื่อได้เอกสารที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติให้กับหน่วยงานแล้วก็ทดลองปฏิบัติว่าเอกสารที่มีอยู่นั้นสอดคล้อง และสามารถนำมาใช้กับหน่วยงานของตนได้หรือไม่

2.1.3 ประเมินผลการใช้ หลังจากทดลองปฏิบัติแล้วก็ประเมินผลการใช้เอกสารที่สร้างขึ้นว่าเหมาะสมต่อการนำมาปฏิบัติหรือไม่ เมื่อใช้แล้วเกิดผลอย่างไร หากประเมินผลการใช้แล้วมีผลดี และเหมาะสมมีความสอดคล้องกับหน่วยงาน และตรงตามมาตรฐานของ JCI จึงนำไปใช้จริง

2.1.4 ปรับปรุงใหม่ หากประเมินผลการใช้แล้วไม่สามารถนำมาใช้ หรือมีข้อบกพร่องก็นำมาปรับปรุงใหม่ให้ดี และมีความเหมาะสมกับหน่วยงานตรงตามมาตรฐานของ JCI

2.2 นำไปใช้จริง เมื่อฝึกฝนการปฏิบัติแล้วก็นำเอกสารนั้นไปใช้จริงเพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติที่ตรงตามมาตรฐานของ JCI โดยการนำไปใช้จริงนั้นต้องสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานด้วย

3. ระยะเตรียมการสำรวจจริง ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ 1) ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐาน 2) ดำเนินการแก้ไข 3) ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐานใหม่ และ 4) ให้เตรียมการสำรวจจริง

3.1 ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐาน เป็นการเยี่ยมชมสำรวจของทีม ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ ในครั้งแรก โดยให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล และการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติต่างๆด้วย

3.2 ดำเนินการแก้ไข คือการสำรวจของทีมผู้บริหาร และทีมปฏิบัติการเพื่อแก้ไขการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน การแก้ไขจะเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ทีมสำรวจจะลงสำรวจทุกสัปดาห์ และทุกเดือน ขึ้นอยู่กับหน่วยงาน และผู้บริหารกำหนด

3.3 ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐานใหม่ ครั้งที่ 2 ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ เป็นการมาเยี่ยมชมสำรวจของทีม ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ เป็นครั้งที่ 2 ก่อนที่ JCI จะมาสำรวจจริง ซึ่งจะให้คำแนะนำต่างๆในการปฏิบัติให้ได้ตามมาตรฐานที่ต่ำกว่าการมาเยี่ยมชมสำรวจครั้งแรก มีความถูกต้อง ชัดเจน คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้มารับบริการ สร้างความมั่นใจให้กับโรงพยาบาลในการเตรียมความพร้อมการมาเยี่ยมชมสำรวจจริง

3.4 ให้เตรียมการสำรวจจริง ในการเตรียมการสำรวจจริงนั้นผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงานเตรียมการทั้งบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเพื่อขึ้นปฏิบัติงานในวันที่ JCI จะมาเยี่ยมชมสำรวจ อีกทั้งยังสร้างกลยุทธ์โดยการสื่อสารให้จำมาตรฐานได้ง่าย เป็นการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันในการปฏิบัติตามมาตรฐานบนพื้นฐานเดียวกัน สื่อสารให้จดจำได้ง่ายขึ้น สามารถตอบคำถามของคณะกรรมการได้ในวันที่ JCI มาตรวจจริง และเมื่อใครตอบคำถามเกี่ยวกับมาตรฐานได้ให้รางวัลซึ่งบุคลากรในหน่วยงานแบ่งกันขึ้นไปเล่นเกมสันทนาการจัดกิจกรรมขึ้น เป็นการตอบคำถามเพื่อให้เข้าใจในมาตรฐาน จำง่ายขึ้น สามารถนำมาตรฐานไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง กระตุ้นการปฏิบัติงาน เกิดความชัดเจนในข้อสงสัยในมาตรฐานต่างๆ โดยทีมผู้บริหารสามารถตอบคำถามอย่างชัดเจน ซึ่งมีการมอบรางวัลเพื่อกระตุ้นการตื่นตัวในการรับรองมาตรฐานสากลในโรงพยาบาล

4. ระยะรับรองคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ประเด็น 1) คณะกรรมการของ JCI มาตรวจ 2) ผ่านการรับรอง

4.1 คณะกรรมการของ JCI มาตรวจ เป็นการมาเยี่ยมชมสำรวจจริง จำนวน 4 วันมีคณะกรรมการมาเยี่ยมชมสำรวจจำนวน 4 ท่าน โดยจะดำเนินการเยี่ยมชมสำรวจตามหน่วยงานโดยใช้หลักของ tracer คือการตามรอยคุณภาพใน 1 รายว่าได้ผ่านการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานไหนบ้าง และดำเนินการประเมินตามมาตรฐานของ JCI ที่กำหนดไว้ ซึ่งแจ้งข้อบกพร่อง และกล่าวชื่นชมมาตรฐานที่สามารถปฏิบัติได้อย่างดี หลังจากเยี่ยมชมสำรวจคณะกรรมการได้แจ้งผลการประเมินอย่างไม่เป็นทางการทราบคร่าวถึงแนวโน้มของการได้รับ JCIA หรือไม่เท่านั้น หากมีมาตรฐานใดที่ไม่ผ่านการรับรอง คณะกรรมการจะแจ้งให้โรงพยาบาลแก้ไข ปรับปรุง ในบางมาตรฐานสามารถส่งเอกสารแก้ไขปรับปรุงได้ และบางมาตรฐานทีมคณะกรรมการจะมาตรวจอีกครั้ง ซึ่งโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเอง

4.2 ผ่านการรับรอง การผ่านการรับรองคุณภาพระดับสากล JCI ได้ประกาศการรับรองคุณภาพหลังจากเยี่ยมชมสำรวจไปแล้วเป็นระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งในบางมาตรฐานอาจมีข้อที่ JCI สงสัยหรือยังไม่ชัดเจน โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการส่งเอกสารตามไปให้ JCI พิจารณา ซึ่งเป็นการดำเนินการแก้ไขตามที่ JCI แนะนำและให้ความรู้ใหม่ๆ หรือกล่าวชื่นชมในสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้อย่างดีเยี่ยมอยู่แล้ว

5. ระยะรักษาคุณภาพ ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1) สำรวจมาตรฐาน 2) ดำเนินการพัฒนา 3) หาสิ่งกระตุ้นเพื่อรักษามาตรฐาน

5.1 สำรวจมาตรฐาน เป็นการเยี่ยมชมสำรวจทั้งโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ หลังจากได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากลแล้ว โรงพยาบาล และหน่วยงานต้องดำเนินการดูแลมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมชมสำรวจภายในโรงพยาบาล ของทีมศูนย์พัฒนาคุณภาพ และทีมคุณภาพของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอยู่เดิมแล้ว จะเยี่ยมชมสำรวจในแต่ละหน่วยงานตามเอกสารที่ตั้งไว้ทุกเดือน เพื่อเป็นการรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.2 ดำเนินการพัฒนา เป็นการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานใหม่ๆที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เมื่อ JCI พัฒนามาตรฐานในองค์กร โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ได้รับการรับรองคุณภาพย่อมดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามไปด้วย

5.3 หาสิ่งกระตุ้นเพื่อรักษามาตรฐาน หลังจากได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากล ต้องมีการกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานดำเนินการและปฏิบัติตามมาตรฐานสากลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยการประเมิน และการปฏิบัติงานกลุ่ม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับ ผู้ให้ข้อมูลคือ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารในฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน รวมถึงบุคลากรในหน่วยงานของโรงพยาบาล ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งมีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 13 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก รวมถึงการบันทึกเทปโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม-เดือนสิงหาคม 2551 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Strauss & Corbin (1998) ผลการวิจัยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการพัฒนา ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ ระยะรับรองคุณภาพ และระยะการรักษาคุณภาพ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ เป็นระยะที่โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล พร้อมทั้งมอบหมายทีมปฏิบัติการของโรงพยาบาล (Functional term) เพื่อเป็นทีมหลักในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน JCI หลังจากนั้นทีมปฏิบัติการและทุกหน่วยงานศึกษามาตรฐานการรับรองคุณภาพระดับสากล จากคู่มือของ JCIA และระบบสื่อสารทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และเพื่อให้ทุกคนเข้าใจงานตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพของ JCI ทีมปฏิบัติการจึงมีการอบรมมาตรฐานของ JCI แล้วนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับหน่วยงานของตนเอง

2. ระยะดำเนินการพัฒนา เป็นระยะที่ทุกหน่วยงานมีการฝึกฝนการปฏิบัติงาน ด้วยผ่านกระบวนการสร้างเอกสาร นำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน หลังจากนั้นประเมินผลการใช้ หากใช้เอกสารดังกล่าวแล้วมีปัญหา จะมีการปรับปรุงใหม่ให้สอดคล้องกับมาตรฐานของ JCI

3. ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ เป็นระยะที่หลังจากที่โรงพยาบาลสมัครขอการรับรองคุณภาพระดับสากลไปยัง JCAHO โรงพยาบาลขอรับการสำรวจจากทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจ ซึ่งเป็นการสำรวจของคณะกรรมการจาก JCI ที่มีใช้คณะกรรมการที่มาสำรวจจริง เพื่อการเสนอแนะข้อบกพร่อง และการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม มีมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตรงตามมาตรฐานของ JCI สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้จริง หลังจากนั้นทีมผู้บริหาร และทีม

ปฏิบัติการลงสำรวจเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของหน่วยงาน ต่อจากนั้นทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐานใหม่เป็นครั้งที่ 2 เพื่อแนะนำข้อบกพร่องที่ยังมีอยู่ และลงรายละเอียดที่ลึกกว่าครั้งแรก ก่อนที่ JCI มาเยี่ยมชมสำรวจจริงนั้น โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อให้เกิดความเข้าใจมาตรฐานของ JCI ตรงกัน โรงพยาบาลจึงหากกลยุทธ์ให้บุคลากรสามารถจดจำหลักสำคัญของมาตรฐานดังกล่าว คือ การสื่อสารให้จำมาตรฐานได้ง่ายขึ้น ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้บริหารพบบุคลากร เพื่อสรุปประเด็นสำคัญๆ ให้บุคลากรฟัง พร้อมทั้งให้กำลังใจ และใครตอบคำถามเรื่องมาตรฐานได้ให้รางวัล เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการเรียนรู้

4.ระยะรับรองคุณภาพ เป็นระยะที่ทีมคณะกรรมการของ JCI มาตรวจเยี่ยมจริง และผลการสำรวจ คือผ่านการรับรองคุณภาพ

5.ระยะการรักษาคุณภาพ เป็นระยะที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมาตรฐาน JCI มีการปรับปรุงตลอดเวลาและทีม JCI สามารถมาเยี่ยมชมสำรวจเมื่อใดก็ได้ ทำให้โรงพยาบาลต้องมีการรักษาคุณภาพมาตรฐาน โดยมีการสำรวจมาตรฐาน หากไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ก็จะมีการดำเนินการพัฒนา และหาสิ่งกระตุ้นต่างๆให้บุคลากรตระหนักถึงการรักษาคุณภาพมาตรฐานต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย กำหนดนโยบาย มอบหมายทีมปฏิบัติการ ศึกษามาตรฐาน และ สร้างความเข้าใจงานด้วยการอบรม

กำหนดนโยบาย การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลในการขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ซึ่งหลังจากโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับประเทศ (Hospital Accreditation: HA) ผู้บริหารมีแนวคิดและวิสัยทัศน์ที่มุ่งเน้นถึงการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และเป็นที่ยอมรับระดับนานาชาติ จึงต้องการขอการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพระดับสากล และเป็นสิ่งยืนยันการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานที่ทั่วโลกให้การยอมรับ ทำให้มีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารับบริการอย่างต่อเนื่อง ดังที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (2549) กล่าวว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีพัฒนาการของระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี โดยจะเห็นได้จากเครื่องชี้วัดทางสุขภาพต่างๆของประเทศ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้นในหลายๆด้าน ในขณะเดียวกันการพัฒนาเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเปิดโอกาสให้ธุรกิจการให้บริการภาคเอกชนมีการขยายตัวมากขึ้นด้วยตามฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ นอกจากนี้ กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ (2546) กล่าวว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีชื่อเสียงด้านการให้บริการทางการแพทย์ในระดับสากล ได้รับความนิยมนเป็นอย่างมาก

โดยเฉพาะในเอเชียแปซิฟิก และสร้างรายได้เข้าประเทศจำนวนมหาศาล และสาเหตุที่จูงใจชาวต่างประเทศให้มาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในไทย ได้แก่ 1) โรงพยาบาลเอกชนไทยมีศักยภาพสูงในด้านเทคโนโลยี วิทยาการทางการแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์มีประสบการณ์และสามารถใช้เทคโนโลยีทันสมัย 2) บริการเป็นเลิศ ทางด้านการรักษามีประสิทธิภาพ และมีแพทย์เฉพาะทางที่มีชื่อเสียง เช่น หัวใจ ไต สมอและศัลยกรรม 3) มีจรรยาบรรณทางการแพทย์ 4) ได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลสากล จากสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสากล

มอบหมายทีมปฏิบัติการ ผู้บริหารจัดตั้งทีมปฏิบัติการขึ้นมา 12 ทีมตามมาตรฐานของ JCI เพื่อศึกษามาตรฐาน และดำเนินการอบรมให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละทีมประกอบด้วยบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ต้องทำงานเป็นทีมตลอดระยะเวลาของการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ บังอร ยูวทยาพานิช (2547) ที่กล่าวถึงการทำงานเป็นทีมว่า มีความสำคัญต่อทุกองค์การ เพราะงานส่วนใหญ่ในองค์การไม่สามารถทำให้สำเร็จได้โดยบุคคลเพียงคนเดียว ต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกทั้งด้านทักษะ ความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล รวมถึงสัมพันธภาพที่ีระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกคนในทีม เพื่อให้ผลงานบรรลุเป้าหมายขององค์การ การทำงานเป็นทีมเป็นแนวทางที่ผู้บริหารให้ความสำคัญมาทุกยุคทุกสมัย เนื่องจากการปฏิบัติงานในองค์การต้องเกี่ยวข้องกับความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกัน และสุนันทา เลานันท์ (2544) กล่าวว่าการทำงานเป็นทีมไม่เพียงแต่จะช่วยให้วัตถุประสงค์ของการทำงานบรรลุเป้าหมายเท่านั้น ยังเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อบรรยากาศการทำงานของหน่วยงานนั้นอีกด้วย หน่วยงานมีความจำเป็นต้องสร้างทีมงานด้วยเหตุผลที่ว่างานบางอย่างไม่สามารถทำสำเร็จด้วยคนเพียงคนเดียว ต้องอาศัยความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญจากหลายฝ่าย สอดคล้องกับ JCAHO (2008) กล่าวว่า การได้มาซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในโรงพยาบาล โดยแต่ละคนแต่ละหน่วยงานต่างมีหน้าที่แตกต่างกันไป แต่จะต้องทำงานโดยอาศัยหลักมาตรฐานของความปลอดภัยของผู้ป่วยและการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากที่สุด และดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์จะได้เกิดแก่ตัวผู้ป่วย ญาติเกิดความพึงพอใจ รวมทั้งบุคลากรได้มีการพัฒนา ความรู้ ทักษะ ความสามารถของตนเองให้มีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอีกด้วย

ศึกษามาตรฐาน ประกอบด้วย อ่านมาตรฐานจากคู่มือ JCIA และค้นหาข้อมูลทางสื่ออินเทอร์เน็ต โดยอ่านมาตรฐานจากคู่มือ JCIA ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนำมาตรฐานที่เป็นภาษาอังกฤษแจกให้กับหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ และทีมปฏิบัติการ ซึ่งทีมปฏิบัติการมีทั้งหมด 12 ทีมตามมาตรฐานของ JCI ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล หัวหน้าหน่วยงาน และบุคลากรแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานข้อนั้นๆ ดำเนินการศึกษา แปลมาตรฐานจากภาษาอังกฤษเป็น

ภาษาไทย หรือบางกลุ่มทำสัมมนา การอ่านงานจากหนังสือเป็นการสื่อสารด้านเดียว ประกอบกับมาตรฐานของ JCI เป็นภาษาอังกฤษ ทำให้การตีความ หรือแปลความหมายอาจคลาดเคลื่อนออกไปได้ ส่วนการค้นหาข้อมูลทางสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นการค้นหาข้อมูลที่ง่าย รวดเร็ว ซึ่งสามารถค้นหาข้อมูลจากประสบการณ์ขององค์กรต่างๆที่มีประสบการณ์ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลมาแล้ว ทำให้นำมาเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติได้ ดังที่ข้อความจากมหาวิทยาลัยมหาดไทย (2546) กล่าวถึงสื่ออินเทอร์เน็ตว่า สื่ออินเทอร์เน็ตมีเครื่องมือและศักยภาพที่แตกต่างจากสื่อที่อาจต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ และทำความเข้าใจกับสื่อดังกล่าว แต่เมื่อใช้งานได้อย่างคล่องแคล่วแล้ว สื่ออินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่ติดต่อสื่อสารกันได้ทั่วโลก ทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย รวดเร็วและทันเหตุการณ์

สร้างความเข้าใจงานด้วยการอบรม เป็นการถ่ายทอดความรู้เรื่องมาตรฐานและ สร้างความเข้าใจงานให้แก่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลได้รับทราบมาตรฐานของ JCI อย่างถูกต้องและเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับ กิ่งกาญจน์ วรนิทัศน์ (2549) กล่าวว่า การฝึกอบรมมี 5 ขั้นตอน คือ การประเมินความจำเป็นของการฝึกอบรม การกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมเพื่อพิจารณาว่าต้องการอะไรจากการฝึกอบรมดังกล่าว การเลือกวิธีที่เหมาะสมในการฝึกอบรม การดำเนินการฝึกอบรม และการประเมินการฝึกอบรม เพื่อผลสัมฤทธิ์ในการฝึกอบรม โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับขั้นตอนที่ 2 คือการกำหนดวัตถุประสงค์การฝึกอบรมเพื่อใช้ประเมินว่าหลังจากที่พนักงานได้รับการฝึกอบรมไปแล้ว สามารถบรรลุหรือสอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ซึ่งการอบรมมีหลายประเภทความสำเร็จของการฝึกอบรมจะขึ้นอยู่กับวิธีที่เลือกใช้ หากต้องการเรียนรู้ในเรื่องข้อเท็จจริงสามารถใช้วิธีการบรรยาย หากต้องการเรียนรู้เรื่องทักษะสามารถใช้วิธีการจัดอภิปราย

ระยะดำเนินการพัฒนา ประกอบด้วย ฝึกฝนการปฏิบัติ และนำไปใช้จริง

ฝึกฝนการปฏิบัติ เป็นการฝึกฝนการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน ประกอบด้วย สร้างเอกสาร แบบฟอร์มให้ได้มาตรฐาน ทดลองปฏิบัติ ประเมินผลการใช้ และปรับปรุงใหม่ การฝึกฝนการปฏิบัติสามารถทำให้นุคลากรปฏิบัติงานได้ตามบริบทของหน่วยงาน และสอดคล้องกับมาตรฐานของ JCI สอดคล้องกับ JCAHO (2008) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพนั้นต้องศึกษาข้อมูล การสำรวจต่างๆให้ชัดเจนและแม่นยำ โดยการระดมสมองของทุกคนในหน่วยงาน ทุกคนมีบทบาทหน้าที่ในการวางแผน และต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกคนทุกฝ่าย ไม่ว่าจะป็นระดับไหนก็ตามเนื่องจากว่า JCAHO จะลงรายละเอียดทุกอย่าง แบ่งงานกันทำ มีการลงพื้นที่จริง สำรวจการทำงานของบุคลากรทุกหน่วยงานว่ามีมาตรฐานตามที่กำหนดหรือไม่ และมีการประเมินผลเพื่อสร้างเป็นมาตรฐานของงานที่ทั่วโลกยอมรับควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเทียบเท่าระดับสากล เมื่อโรงพยาบาลมีการประเมินความพร้อมทั้งด้านคุณภาพ บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ หรืออื่นๆ ตามมาตรฐานของ JCI

การสร้างเอกสาร แบบฟอร์มให้ได้มาตรฐาน เป็นการสร้างรายละเอียดของงานที่เป็นการสร้างรูปแบบหน้าที่ความรับผิดชอบ รายละเอียดของงานแต่ละบุคคลในหน่วยงานที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของตนเอง ดังที่คณูดา จามจรี (2551) กล่าวว่า การทำรายละเอียดของงาน (Job description) เป็นการทำเอกสารที่บ่งบอกหรือแสดงให้เห็นว่างานในตำแหน่งนั้นๆ ต้องทำอะไรบ้าง งานนั้นสำคัญต่อองค์กรอย่างไร มีความสัมพันธ์กับหน่วยงานหรือตำแหน่งงานอื่นๆ อย่างไร และคนที่ทำงานในตำแหน่งงานนั้นจะต้องมีคุณสมบัติอย่างไร ดังนั้นจึงต้องสร้างรายละเอียดของงาน ในการวิจัยครั้งนี้การสร้างเอกสารต้องอาศัยการระดมสมองที่บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการคิด และพัฒนาเอกสารต่างๆ ให้สอดคล้องกับมาตรฐานของ JCI สอดคล้องกับประชาธรรม์ แสนภักดี (2546) ที่กล่าวว่า การระดมสมองเป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา หรือข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลาที่รวดเร็ว เป็นวิธีการที่ดีในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และเกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มมากที่สุด การระดมสมองมุ่งเน้นที่จำนวนความคิด โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับใบประเมินต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้ครอบคลุมและเจ้าหน้าที่สามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ง่ายขึ้นอีกด้วย ส่วนการ**ทดลองปฏิบัติ** อาจเปรียบได้กับการลองผิดลองถูก สิ่งใดที่ปฏิบัติแล้วถูกต้อง มีความเหมาะสมก็สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติจริงได้ สิ่งใดที่ปฏิบัติแล้วไม่เกิดผลดี ไม่มีประสิทธิภาพ ยากต่อการปฏิบัติย่อมต้องลองปฏิบัติสิ่งใหม่กว่า นอกจากนี้การ**ประเมินการใช้** เป็นขั้นตอนที่ใช้ตรวจสอบความเป็นไปได้ของเอกสารที่สร้างขึ้นว่าใช้ได้ผลดีและสอดคล้องกับมาตรฐานหรือไม่ ชนิตวีร์ศรณี ศรีวิทย์วิทยุมิ (2552) กล่าวถึงการประเมินว่าคือ กระบวนการประเมินผลสิ่งที่พนักงานประพฤติปฏิบัติให้แก่ องค์กร หรือสิ่งที่องค์กรได้รับจากพนักงานภายในช่วงเวลาที่กำหนด จากนั้นป้อนกลับผลการ ประเมินการปฏิบัติงาน เพื่อให้พนักงานได้ทราบว่าตนปฏิบัติงานได้ผลดีมากน้อยเพียงใด และ แนะนำให้พนักงานรู้ถึงวิธีการที่พวกเขาจะต้องปฏิบัติงานให้ได้ดี ระบบการประเมินผลงานที่มีประสิทธิภาพ จะต้องสามารถบอกถึงมาตรฐานในการ ปฏิบัติงาน สามารถวัดตามเกณฑ์ต่างๆ ได้ ส่วนการ**ปรับปรุงใหม่** เป็นการปรับปรุงจากเดิมที่เคยปฏิบัติอยู่แล้วให้มีมาตรฐานและความปลอดภัยครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สามารถปฏิบัติได้ตามเอกสารที่มีอยู่ และร่วมกันปรับปรุง และแก้ไขการปฏิบัติงานที่บกพร่อง หรือที่ยังไม่ตรงกับมาตรฐานของ JCI กำหนดไว้

นำไปใช้จริง เป็นประเด็นที่เกิดขึ้นหลังจากมีการสร้างเอกสารผ่านการทดลองปฏิบัติ และประเมินผลการใช้มาแล้ว ผลดีมีประสิทธิภาพก็นำมาใช้จริง เพื่อให้ตรงตามมาตรฐานของ JCI เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อลงมือปฏิบัติจริง สอดคล้องกับ JCAHO (2008) กล่าวว่า เมื่อบุคลากรทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติงาน และปรับปรุงพัฒนางานของตนเองแล้ว ก็ต้องดำเนินการ

อย่างต่อเนื่อง และเตรียมการ คือเตรียมความพร้อมในการจะให้ JCAHO มาตรวจสอบ ซึ่งก่อนที่จะมาตรวจจริงนั้น จะมีบุคลากรของ JCAHO มาสำรวจก่อน เพื่อตรวจสอบล่วงหน้าว่าโรงพยาบาลมีข้อผิดพลาดอะไรบ้าง และนำประเด็นปัญหาดังกล่าวมาแก้ไข ปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับ Crosby (1979) กล่าวว่าทำให้ความรู้เป็นขั้นตอนพื้นฐานที่จะต้องเตรียมให้กับพนักงานทุกคนเพื่อจะช่วยให้พวกเขาเหล่านั้นให้เข้าใจถึงบทบาทของตนในขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพ ทั้งยังช่วยพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นด้วย และสุดท้ายคือ การนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะประกอบด้วย การพัฒนาแผนงาน การกระจายงาน จัดสรรทรัพยากร และการสนับสนุนอันจะเกี่ยวข้องกับปรัชญาในการพัฒนาคุณภาพ

ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐาน ดำเนินการแก้ไข ผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐานใหม่ และให้เตรียมการสำรวจจริง

ผู้เยี่ยมชมสำรวจมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า การเข้ามาเยี่ยมชมสำรวจของทีม ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ในครั้งแรกนั้น เพื่อให้คำแนะนำในการพัฒนา และปฏิบัติงานคุณภาพมาตรฐานที่เป็นสากลก่อน หลังจากนั้นบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลจะมีหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพตามการปฏิบัติงานของตนเองให้สอดคล้องกับมาตรฐานระดับสากล สอดคล้องกับ JCAHO (2008) กล่าวถึงการเยี่ยมชมสำรวจว่าทีมสำรวจจะแจ้งกำหนดการและแผนงานมายังองค์กรเพื่อมิให้หน่วยงานปฏิบัติงานด้วยความวิตกกังวล และให้เห็นว่าการสำรวจมีความยุติธรรม

ดำเนินการแก้ไข ผลการศึกษาพบว่ามีทีมสำรวจของทีมผู้บริหาร ทีมปฏิบัติการ และหัวหน้าหน่วยงานในการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน เพื่อดำเนินการแก้ไข สอดคล้องกับ JCAHO (2008) กล่าวว่าดำเนินการประเมินภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักเกณฑ์การประเมินตามรายละเอียดพื้นฐานของ JCIA และปัจจัยสำคัญขององค์กรที่องค์กรยึดถือหรือตั้งเป้าหมายไว้ คุณสมบัติของผู้ประเมินภายในองค์กรต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีความน่าเชื่อถือ และสามารถลงพื้นที่ปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้ผู้ประเมินต้องกำหนดจุดประสงค์หรือเป้าหมายของแต่ละหน่วยงานไว้ โดยการกำหนดระดับคะแนนกำหนดตามที่ JCI กำหนดไว้ ได้แก่ พบปัญหา (Met) 0 คะแนน เกือบพบปัญหา (Partially met) 5 คะแนน หรือ ไม่พบปัญหา (Not met) 10 คะแนน และชมเชยพิเศษ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพต่อไป

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ มาตรฐานใหม่ ผลการศึกษาพบว่า เป็นการ ผู้เยี่ยมชมสำรวจ มาตรฐานใหม่เป็นครั้งที่ 2 ก่อนที่ทีม JCI จะมาเยี่ยมชมสำรวจจริง ในการเยี่ยมชมสำรวจของทีม ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ครั้งที่ 2 นี้จะลงรายละเอียดที่ลึกกว่าครั้งแรกทำให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างชัดเจน ถูกต้อง และเป็นไปตามมาตรฐานระดับสากลมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2552) กล่าวว่า การ

สำรวจก็เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ และตรวจสอบความพร้อมที่จะได้รับการประเมินและรับรองจากภายนอก เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การตรวจเยี่ยมเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานจริง การทบทวนแนวคิด แนวทางปฏิบัติ การปฏิบัติงานจริง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และพัฒนาวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง และเป็นการประเมินเพื่อดูว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามข้อกำหนดในกรอบมาตรฐาน โรงพยาบาลได้ครบถ้วนแล้วหรือไม่มีประเด็นความเสี่ยงที่ชัดเจนหลงเหลืออยู่ ผลการประเมินในขั้นตอนนี้คือการให้คำแนะนำเพื่อให้โรงพยาบาลนำไปปรับปรุง การประเมินความพร้อมอาจจะทำเป็นระยะๆ หลายครั้ง จนกว่าจะมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมเต็มที่สำหรับการประเมินเพื่อรับรอง

ให้เตรียมการสำรวจจริง การให้เตรียมการสำรวจจริงเป็นการเตรียมความพร้อมในการมาตรวจจริงของ JCI โดยการเตรียมข้อคำถาม คำตอบ บุคลากร เอกสารต่างๆ ให้มีความพร้อม โดยผู้บริหารมีการสร้างกลยุทธ์คือ สื่อสารให้ง่าย และใครตอบคำถามได้ให้รางวัล ดังที่ JCAHO (2008) กล่าวถึงกลยุทธ์ของผู้บริหารในการปฏิบัติงานของบุคลากรว่า การดำเนินกลยุทธ์ต่างๆ ผู้บริหารต้องทำความเข้าใจต่อพนักงานในเรื่องความสำคัญของการปฏิบัติกระบวนการรับรองคุณภาพ ที่ต้องดำเนินการตามกรอบแนวคิดและกระบวนการมาตรฐานการรับรองคุณภาพให้บรรลุเป้าหมาย ให้บริการที่มีคุณภาพสูงและมีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ทำให้หน่วยงานมีความมั่นใจในการรับรองคุณภาพเป็นสิ่งกระตุ้นในการพัฒนาและเป็นรางวัลในการพัฒนาที่ดี นับว่าเป็นการเรียนรู้จากผู้อื่นที่มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และพนักงานสามารถปรับตัวให้มีความต้องการที่จะรับการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลในองค์กรของตน

กลยุทธ์ข้อแรกคือสื่อสารให้จามาตรฐานง่าย เป็นการสื่อสารเพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพระดับสากล เข้าใจในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับมาตรฐานของ JCI ให้ชัดเจนมากขึ้น ดังที่สารานุกรมเสรีกล่าวว่าการสื่อสารระหว่างบุคคล ป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับคนตั้งแต่สองคนขึ้นไป การที่บุคคลสองคนหรือมากกว่านั้นติดต่อกันนั้น จะทำให้ทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจกันและรับรู้ข้อมูลต่างๆ ข้อมูลที่เราได้มาจากการสื่อสารระหว่างบุคคล นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการปรับตัวเองแล้ว ยังแสดงว่าตัวเองมีความสามารถในการสื่อสารกับคนอื่นอีกด้วย และใครตอบคำถามเกี่ยวกับมาตรฐานได้ให้รางวัล ผลการศึกษาพบว่า แต่ละหน่วยงานร่วมกันตอบคำถามชิงรางวัล เพื่อเป็นการสร้างความสามัคคีในหน่วยงาน จัดเลี้ยงอาหารเป็นการสร้างขวัญกำลังใจกระตุ้นให้กับบุคลากรในการปฏิบัติงาน และพัฒนาคุณภาพระดับสากล โดยจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ในตอนเย็นวันอังคาร นำทีมโดยผู้บริหาร ส่งผลให้พนักงานทุกคนมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพ และอีกนัยหนึ่งการมีจิตสำนึกของสหสาขาวิชาชีพของสายงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ต้องการให้

ประโยชน์สูงสุดอยู่ที่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ให้ได้รับความปลอดภัยทำให้มุมมองของบุคลากรทุกคน ต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งการเตรียมตัวในการตอบคำถาม นั้นนั้นสอดคล้องกับการวิจัยของ Patricia (2006) ศึกษาเรื่องการประเมินผลการสำรวจของกระบวนการ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อเป็นตัวอย่างในการเตรียมตัวตอบคำถามของผู้เยี่ยมชมสำรวจ พบว่า โรงพยาบาลควรเตรียมตัวในเรื่องของการสื่อสาร การปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาล สามารถตอบ คำถามและดำเนินการตามมาตรฐานในส่วนที่มีความสำคัญ ซึ่งผู้สำรวจของ JCI ต้องการช่วยให้ทาง โรงพยาบาลดำเนินการได้จริง โดยให้ผู้นำเตรียมตัวให้พร้อมเนื่องจากผู้สำรวจจะมุ่งจุดสนใจไปที่ผู้นำ ซึ่งต้องรู้ข้อมูลของผู้ป่วย และการสำรวจคร่าวๆอย่างบ่อยครั้งจะทำให้ผู้นำรับมือกับการสำรวจได้และ สามารถเตรียมตัวได้ดี

ระยะรับรองคุณภาพ ประกอบด้วย คณะกรรมการของ JCI มาตรฐาน และผ่านการ รับรอง

คณะกรรมการของ JCI มาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลได้เตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบโดยแบ่งทีมผู้บริหารออกเป็น 3 ทีมตามคณะกรรมการของ JCI มีทีมม้าเร็วที่คอยโทรศัพท์ ส่งข่าวให้แต่ละหน่วยทราบถึงสถานการณ์ของการมาเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อเตรียมความพร้อมในการตอบ คำถาม เตรียมบุคลากรที่มีความสามารถขึ้นปฏิบัติงานเพื่อปัดรอยรั่วต่างๆในการปฏิบัติงานที่อาจจะ เกิดขึ้น โดยการตรวจของทีม JCI นั้นเป็นไปตามระบบของการตามรอยสุขภาพ เพื่อประเมินการ ปฏิบัติงานของบุคลากรหน้างานในหน่วยงานจริง ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (2552) ที่กล่าวถึงการประเมินเพื่อพิจารณารับรองคุณภาพว่า คือการไปรับทราบหลักฐาน และความจริงว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล สิ่งที่จะระบุไว้ใน นโยบาย หรือคู่มือการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และข้อเสนอ เพื่อการปรับปรุงจากการประเมินความพร้อม เครื่องมือสำคัญที่ผู้ประเมินภายนอกจะใช้คือข้อมูลที่ โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ซึ่งผู้ประเมินภายนอกจะต้องศึกษาล่วงหน้า ก่อนที่จะไปประเมินในพื้นที่

ผ่านการรับรอง หลังจากทีม JCI เยี่ยมสำรวจผ่านไป 3 เดือนได้ประกาศผลอย่างเป็นทางการ ว่าผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ทีมผู้บริหารจึงสร้างขวัญกำลังใจให้แก่พนักงานด้วยการเลี้ยงอาหาร เพื่อเป็นสิ่งตอบแทนที่บุคลากรทุกคนร่วมกันพัฒนาคุณภาพกันมาอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็น การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับ โสภชา อรัญวัฒน์ (2549) กล่าวว่า การจูงใจ หมายถึง กระบวนการทางจิตวิทยาเริ่มต้นจากมนุษย์ต้องการ ซึ่งความต้องการดังกล่าวจะเป็นผลทำให้เกิด

แรงจูงใจ และแรงจูงใจจะผลักดันให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีผลทำให้มนุษย์ได้รางวัล และผลของรางวัลทำให้มนุษย์พึงพอใจ

ระยะรักษาคุณภาพ เมื่อผ่านการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลแล้วต้องรักษาคุณภาพ มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

สำรวจมาตรฐาน เป็นการสำรวจมาตรฐานของ JCIA ให้คงอยู่ คือการสำรวจของทีมผู้บริหาร ศูนย์พัฒนาคุณภาพ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานหลังจากได้รับการรับรองคุณภาพแล้ว ให้บุคลากรมีความตระหนักถึงการได้มาซึ่งการรับรองคุณภาพระดับสากล สอดคล้องกับการสำรวจหลังได้รับการรับรองคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2552) กล่าวว่า การประเมินหลังการรับรองมี 3 ลักษณะได้แก่ ก) การประเมินเฝ้าระวัง (Surveillance Survey) เป็นการประเมินตามกำหนดเวลาทุก 6-12 เดือน โดยเน้นประเด็นสำคัญหรือประเด็นที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาในภาพรวม ข) การประเมินเมื่อมีปัญหา (Unscheduled Survey) เป็นการประเมินเมื่อได้รับทราบว่าจะมีปัญหา รุนแรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือความปลอดภัย ค) การประเมินเมื่อมีการปรับเปลี่ยน (Verification Survey) ได้แก่ การเปิดบริการการขยายบริการ การเปลี่ยนเจ้าของหรือผู้บริหารระดับสูง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น

ดำเนินการพัฒนา การดำเนินการพัฒนาต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องตามหลัก CQI คือการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2552) ซึ่งกล่าวว่าการนำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการรับรองคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบสิ่งที่ทำได้กับเป้าหมายหรือความต้องการของลูกค้า ซึ่งจะนำมาสู่การปรับปรุง การวางระบบหรือมาตรฐานการทำงานใหม่ที่ดีกว่าเดิม และเป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ และสอดคล้องกับ JCAHO (2008) กล่าวถึงการดำเนินการประเมินภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักเกณฑ์การประเมินตามรายละเอียดพื้นฐานของ JCIA และปัจจัยสำคัญขององค์กรที่ยึดถือหรือตั้งเป้าหมายไว้ คุณสมบัติของผู้ประเมินภายในองค์กรต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีความน่าเชื่อถือ และสามารถลงพื้นที่ปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้ผู้ประเมินต้องกำหนดจุดประสงค์หรือเป้าหมายของแต่ละหน่วยงานไว้ โดยการกำหนดระดับคะแนนกำหนดตามที่ JCI กำหนดไว้ ได้แก่ พบปัญหา (Met) 0 คะแนน เกือบพบปัญหา (Partially met) 5 คะแนน หรือ ไม่พบปัญหา (Not met) 10 คะแนน และชมเชยพิเศษ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพต่อไป มุ่งเน้นมาตรฐานที่มีความเด่นชัด สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดขององค์กร เช่น ความผิดพลาดในการใช้ยา อัตราการติดเชื้อใน

โรงพยาบาล การใช้ยาปฏิชีวนะ การผ่าตัด เป็นต้น การกำหนดระบบสำหรับการรวบรวมข้อมูลเพื่อ
 จำแนกปัญหา และความก้าวหน้าของการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพกระทำได้โดยการนำผลการประเมิน
 มาเป็นปัจจัยพื้นฐานในการวางแผนพัฒนารายละเอียดของโครงการต่างๆ ดำเนินการจัดส่งตาม
 กำหนดเวลาให้กับผู้บริหารของหน่วยงาน และจัดเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย เพื่อเสนอให้
 ผู้นำและผู้ควบคุมรายงานแก่ผู้บริหาร เพื่อดำเนินการวางแผน จัดสรรทีมปฏิบัติต่อไป โดยจะพิจารณาความ
 ผิดพลาดของแต่ละบทของมาตรฐานอย่างละเอียด คัดเลือกบุคลากรให้เข้ามาจำแนก วิเคราะห์ และ
 ดำเนินการตามกระบวนการ ที่มีคุณสมบัติในการเป็นผู้มีทักษะดี มีทักษะการบริหาร และมีทักษะที่
 สอดคล้องกับการทำงาน โรงพยาบาลต้องดำเนินการเตรียมปรับเปลี่ยนผู้ที่มีคุณสมบัติให้ปฏิบัติแทนผู้ที่
 ไม่มีคุณสมบัติเพียงพอ เพื่อเป็นกำลังในการปฏิบัติงานระหว่างดำเนินการตามเกณฑ์ต่างๆ ให้มี
 ความก้าวหน้าตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพ และประเมินอย่างต่อเนื่องระหว่างดำเนินการดำเนินงาน ผู้บริหาร
 ต้องมีการปรับตัว ขอมรับข้อบกพร่องที่เป็นจริง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นภายในองค์กร จัดการ
 รวบรวมผู้ปฏิบัติงานให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน

หาสิ่งกระตุ้นเพื่อรักษามาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า การกระตุ้นเพื่อรักษามาตรฐานให้คงอยู่
 เนื่องการปฏิบัติของบุคลากรที่ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ผู้บริหารลงเยี่ยมสำรวจ หรือจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
 เพื่อเป็นการกระตุ้นการรักษามาตรฐานไว้ ดังที่การวิจัยของ สมสมัย สุธีรสานต์ (2549) ศึกษาการพัฒนา
 และการทดสอบรูปแบบการวัดการคงอยู่ของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรตามการรับรู้ของ
 พยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูล
 เชิงประจักษ์ คือ การศึกษาการฝึกอบรม ภาวะผู้นำ แรงขับเคลื่อน วัฒนธรรมการปรับปรุงคุณภาพอย่าง
 ต่อเนื่อง ปฏิสัมพันธ์ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากร การสนับสนุนและการยอมรับจากองค์กร การ
 ร่วมมือและการมีส่วนร่วมของบุคลากร และการติดตามผลลัพธ์สามารถอธิบายความแปรปรวนใน
 โมเดล การคงอยู่ของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

การรักษาคุณภาพ และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องนั้น โรงพยาบาลต้องดำเนินการอย่าง
 สม่ำเสมอ ซึ่ง JCI จะดำเนินการเยี่ยมสำรวจทุกๆ 3 ปี และ JCI จะมีการพัฒนามาตรฐานขององค์กร
 อย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้จากการปรับปรุงมาตรฐานทั้ง 3 ฉบับ เมื่อมาตรฐานมีการเปลี่ยนแปลง และ
 พัฒนาไป องค์กรที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานระดับสากลของ JCI ก็ต้องพัฒนาตามไปด้วย
 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เป็นเพียงสิ่งกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
 เท่านั้น แต่สิ่งที่สำคัญคือการพัฒนาตนเองของบุคลากรในหน่วยงานทุกคนที่ต้องพัฒนาประสิทธิภาพ
 การปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า การได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเกิดจากการร่วมมือร่วมใจของทุกคนในองค์กร โดยเริ่มตั้งแต่ผู้บริหาร หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารในฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และพนักงานผู้ปฏิบัติการ ดังนั้นผู้บริหารจึงควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมให้มีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันในหน่วยงาน หรือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ

2. ผลการวิจัยพบว่าก่อนดำเนินการตามมาตรฐานของ JCI ทุกคนต้องทำความเข้าใจกับมาตรฐานต่างๆ ของ JCI แต่คู่มือมาตรฐานดังกล่าวเป็นภาษาอังกฤษ และมีเนื้อหาเฉพาะส่วนสำคัญๆ โดยไม่มีการแจกรายละเอียด ดังนั้นองค์กรต้องหาวิธีการที่จะให้บุคลากรทุกคนมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาของมาตรฐานให้ตรงกัน ซึ่งอาจใช้วิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรทุกคน

3. ผลการวิจัยพบว่าการศึกษาการปฏิบัติตามมาตรฐาน JCI ต้องประกอบด้วย การสร้างเอกสารแบบฟอร์มให้ได้ตามมาตรฐาน ในการที่จะทำแบบฟอร์มให้ได้มาตรฐานของ JCI ที่มีความสอดคล้องกับองค์กรต้องมีการระดมสมองเพื่อสร้างแบบฟอร์ม แล้วนำไปทดลองใช้ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องประเมินผลการใช้แบบฟอร์มดังกล่าว หากยังมีข้อบกพร่องต้องมีการปรับปรุงใหม่เพื่อจะได้ตามมาตรฐาน ซึ่งแบบฟอร์มดังกล่าวไม่สามารถลอกเลียนแบบของใครได้ ต้องสร้างขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของตน ดังนั้น โรงพยาบาลที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้ระดับสากลต้องดำเนินการสร้างแบบฟอร์มเป็นของตนเอง

4. ผลการวิจัยพบว่ากลยุทธ์ในการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล คือการให้บุคลากรจดจำ และเข้าใจมาตรฐานของ JCI ได้ง่ายโดยอาศัยการสื่อสาร และการตอบคำถามที่เกี่ยวกับมาตรฐานเพื่อรับรางวัล ทำให้สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย ดังนั้นองค์กรจึงควรหากลยุทธ์ในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการทำให้บุคลากรมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานของ JCI

5. ผลการวิจัยพบว่าการสร้างทีมมาเร็วขึ้นในวันที่ JCI มาตรวจจริงทำให้องค์กร และหน่วยงานรับทราบข่าวสาร สถานการณ์ของหน่วยงานที่ทีม JCI ตรวจ ทำให้หน่วยงานต่อไปที่ JCI จะไปตรวจสอบสามารถเตรียมความพร้อมในการตอบคำถามและเอกสารต่างๆ ได้อย่างครบถ้วน ดังนั้น

โรงพยาบาลที่ต้องการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลจึงควรหากลยุทธ์ในการสร้างทีมขึ้น เพื่อสื่อสารให้แก่ทุกหน่วยงานได้รับทราบข้อมูลการมาตรวจของทีม JCI

6. ผลการวิจัยพบว่าเมื่อผ่านการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลแล้วการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของบุคลากรจะลดลง ทำให้ทีมตรวจสอบคุณภาพของโรงพยาบาลสร้างสิ่งกระตุ้นขึ้นมา เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นองค์การควรรหาสิ่งกระตุ้นต่างๆ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานระดับสากลได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะที่ ดังนั้นจึงควรศึกษาในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลหลายโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการ และกลยุทธ์ในการได้มาของการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

2. ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากล ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีม เพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากล

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลเนตร ฉิมแก้ว. (2544). ความสำเร็จการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งกาญจน์ วรนิทัศน์ (2549). หลักการจัดการ. กรุงเทพฯ : แมคกรอ-ฮิล.
- กิตติชัย รัตนะ. (2549). การบริหารคุณภาพ. เอกสารประกอบการบรรยาย สาขานโยบายและการจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเอกรีก.
- จิตกิตมณี อัคราศรี. (2548). กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2549). ประสบการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในต่างประเทศ. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- เฉลิมศรี นนทนาคร. (2549). วัฒนธรรม องค์การพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาย โปธิสิตา. (2547). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ชุมศักดิ์ พญาพงษ์. (2548). แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ (Concept of Quality Improvement). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการพัฒนาคุณภาพ 25 มี.ค. 2548 โรงพยาบาลสงขลา.
- ณิชกมล มะลิตอง. (2542). การให้บริการบุคลากรในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงจันทร์ วงษ์สุวรรณ. (2547). ผลการฝึกปฏิบัติการแสดงออกอย่างเหมาะสมต่อการทำงานเป็นทีมของบุคลากรการพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นิชนันท์ ฟุ่งลัดดา.(2548). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่คงอยู่ในงาน
โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิถาวรณ ศิริประเสริฐ. (2543). ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ
พยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตา ชูโต. (2540). การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พี เอ็น การพิมพ์.
- แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2550). นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- บงอร ยูวิทยานิข. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อการ
ทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยตรวจโรคตา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผู้ส่งออก (2550). โรงพยาบาลเอกชนไทยเสริมศักยภาพรองรับการแข่งขัน มุ่งเน้นตลาดเอเชีย.
ผู้ส่งออก. (มกราคม). 39-46.
- ทิศทางในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10. (2551). ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา
กระทรวงศึกษาธิการ.
- ทัศนีย์ สงกา.(2548). บทบาทผู้นำพยาบาลในคลินิก โรงพยาบาลตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ภวพร ไพศาลวัชรกิจ. (2542). การเปรียบเทียบการบริหารความเสี่ยงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรชนก ชินะกาญจน์. (2548). ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณฑุทัย แก้วกิริยา.(2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาตนเอง การสนับสนุนจากองค์กรกับ
ความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของฝ่ายการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ อัมชาสัย. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารการ
พยาบาลกับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลที่กำลัง

- ดำเนินการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รัชดา ประคองสาย.(2544). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะองค์กร ความรู้เรื่องส่วนประสมการตลาด บริการสมรรถนะด้านการจัดการ กับการจัดการบริการพยาบาลตามแนวคิดส่วนประสมการตลาดบริการของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542). คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 : นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2545). คู่มือการวางแผนพัฒนามาตรฐาน HA การประเมินตนเองในขั้นตอนการวางแผน. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สมสมัย สุธีรศานต์.(2549). การพัฒนาและทดสอบรูปแบบการวัดการคงอยู่ของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริกัทร วงศ์ธีรุตม์.(2546). การเปลี่ยนแปลงสู่คุณภาพความเป็นเลิศ. นครปฐม : สายสีการพิมพ์. สุนันทา เลาहनันท์. (2544). การพัฒนาองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ดี ดี บุ๊คส์ ไตร.
- สุพิศรา มะปรางหวาน.(2546). อนาคตภาพองค์การพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน ในช่วงพุทธศักราช 2550-2554. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช (2543). วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2543). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุเมธา เสงประเสีฐ. (2548). ตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย. (2550). กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- โสภษา อรัญวัฒน์. (2549). หลักการจัดการ. กรุงเทพฯ : แมคกรอ-ฮิล.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2544). Roadmap to HA. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).

- อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล. (2541). ก้าวแรกของ TQM COI ในโรงพยาบาล. รายงานศึกษาโครงการวิจัย
ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล. (2543). แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ. กรุงเทพฯ : ฟาร์มเทค การ
พิมพ์.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2549). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ .(2548). การใช้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
เพื่อการพัฒนาบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

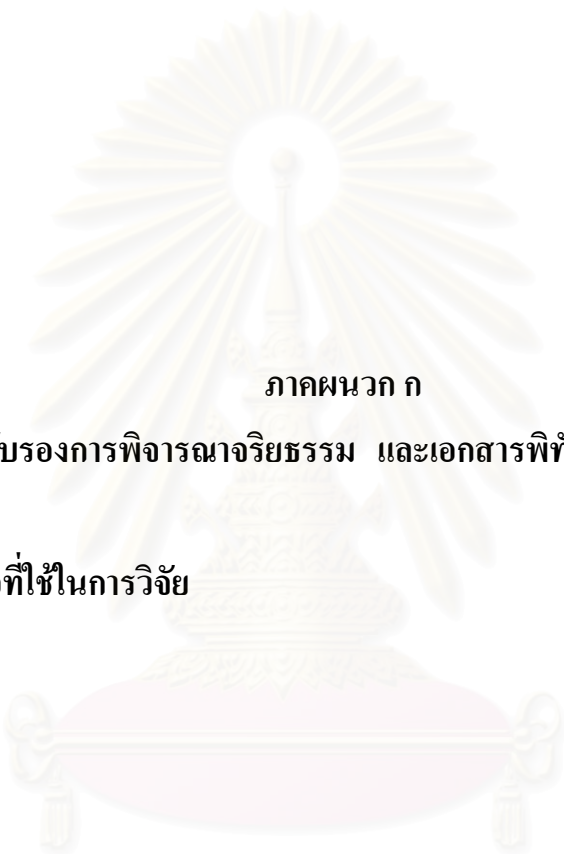
- Areewan Oumtane. (2001). Exploring family adaptation in caregiving for a person with
HIV/AIDS. Verginia Commonwealth University Richmond, Verginia. USA.
- Barney G. Glaser & Anselm L. (1967). The discovery of grounded theory : Strategies for
qualitative research. Hawthorn, N.Y' : Aldine de Gruyter.
- Beirut Medical Center. (2007). Accreditation Activity/Joint Commission International. Nursing
Services. American university of Beirut medical center. (142-150).
- Burn, N. (1989). Standards for qualitative research. Nursing Science Quarterly. 2 (1) : 444 – 452.
- Deming, W.E. (1986). Out of Crisis. Boston : The Massachusetts Institute of Technology Center
for Advance Engineering Study.
- Donahue K.T. and Vanostenberg P. (2000). Joint Commission International: Relationship to four
models of evaluation. International Society for Quality in Health Care and Oxford
University. International Journal for Quality Health Care. 12(3),243-246.
- Feng-Ching Tsai. (2007). Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain
management in Taiwan. Journal of Clinical Nursing. 16 (11), 2088-2095.
- Florence S. D. (1999). Research in research methodology 2^{ed} . Nursing Research collected works.
Philadelphia. Lippincott.
- Gerald Suarez. (1992). Tree experts on quality management. Total quality leadership. Published
for the Department of the Navy. Arlington, VA.
- Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organization. (online).2008. Available
from : <http://www.joincommissioninternal.com> (2008, June 8)

- Holly S. W. & Sinlly A. H. (2004). Methodologic mistakes in grounded theory. Qualitative Techniques. Upper Saddle River, N.J Pearson/Merrill/Prentice Hall.
- Maurice L. M. (2005). Strategic opportunities in the oversight of the U.S. hospital accreditation system. Health Policy . 75 (1), 109-115.
- Morse J.M. (2000). Determining sample size. Qualitative Health Research,10(1), 305-310.
- Morse, J. M. (Ed.). (1991). Qualitative nursing research: A contemporary dialogue. Newbury Park, CA : Sage.
- Norman K. D. & Yvonna S. L. (1998). Grounded theory methodology an overview. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks, CA. : Sage.
- Pamela G. R. & Jennifer J. R. (2007). Reformulation of a methodological concept in grounded theory. Research Issues Quality Science Quality. 20 (2), 118-122.
- Patricia K. (2006). Periodic performance review in the accreditation process. Journal of Radiology Nursing, 25 (1), 13-15.
- Parse, R. R. (1996). The human becoming theory: Challenges in practice and research. Nursing Science Quarterly, 9, 55-60.
- Peplau,H. (1988). The art and science of nursing: Similarities, differences, and relation. Nursing Science Quarterly, 1, 8-15.
- Reed, P. G. (1997). Nursing: The ontology of the discipline. Nursing Science Quarterly, 10, 76-79.
- Rogers, M. E. (1990). Nursing: Science of unitary, irreducible, human being: Update 1990. In E. A. M. Barrett (Ed.), Visions of Rogers' Science-based nursing (5-11). NY: National League for Nursing.
- Rosalina F. C. (2003). Rigour and grounded theory research. Methodological Issues in Nursing Research. 24, 427-435.
- Strauss, A. & Corbin J. (1998). Basics of qualitative research : Technique and procedures for developing grounded theory. 2nd ed.Thousand Oaks : Sage.
- Violet M. M. (2007). A Nursing perspective on grounded theory method. Research Issues Quality Science Quality. 20 (2), 117.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

1. เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม และเอกสารพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย




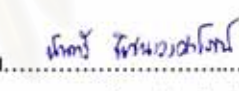
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาฯ อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2253-2395 E-mail: irbcu@yahoo.com

COA No. 050/2551

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 02501/51 : การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับ
สากล
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนิตา แพร์ภานา นิสิตระดับมหาบัณฑิต
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม...  ลงนาม... 
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักนประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 9 เมษายน 2551

วันหมดอายุ : 8 เมษายน 2552

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/ประชากรตัวอย่าง, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราของคณะกรรมการฯ เท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้ออกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูปแบบ CD ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปี เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูปแบบ CD ภายใน 60 วัน

คำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาว วนิตา แพร์ภาษา เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำวิจัย เรื่อง “การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล”ท่านเป็นบุคคลที่สามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ถ้าท่านยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันขอให้ท่านให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการขอการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลในระหว่างการสัมภาษณ์ ดิฉันต้องขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกการสนทนา เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์และเสนอผลงานในภาพรวม โดยไม่มีผลกระทบต่อทั้งท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเมื่อการศึกษาครั้งนี้สิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะตอบให้เข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ว่าท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

นางสาววนิตา แพร์ภาษา

ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ “การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล”
เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวนิตา แพร่ภาษา ที่อยู่ 205 โกลเด้น เอ๊าต์ ถนนสุขุมวิท 50 แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10260 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-188-7101 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ และแนวทางการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การแสดงความคิดเห็นตามหัวข้อการสัมภาษณ์ มีการบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และทำลายเทปสัมภาษณ์ทิ้งหลังสิ้นสุดการวิจัย ในเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล”

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้อ่านแล้วในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (นางสาวนิตา แพร่ภาษา)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน



02501/51

๒๙ มิ.ย. 2551

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้ร่วมในการวิจัย
(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย "การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล"

1. ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิตา แพร่ภษา นิสิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ที่อยู่ 205 โกลเด้นเฮาส์ ถนนสุขุมวิท 50 แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10260
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-1887101
E-mail : wanida_pks@hotmail.com
3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้
 1. โครงการนี้เป็นการศึกษา "การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล"
 2. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล
 3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพยาบาลจนกระทั่งได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลจำนวนประมาณ 20 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน ผู้บริหารประมาณ 2 คน ฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหน่วยงานประมาณ 5 คน รวมไปถึงพนักงานและบุคลากรอื่นๆ ของโรงพยาบาลประมาณ 12 คน
 4. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับกระบวนการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 5. ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้วิจัย คือ การใช้ระยะเวลาสัมภาษณ์ ครั้งละ 45-60 นาที และอาจต้องให้ข้อมูล 2-3 ครั้ง โดยสถานที่ และเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวก
 6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและกลุ่มพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลอย่างต่อเนื่อง



02501/51
๒-9 เม.ย. 2551

7. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นด้วยความอิสระโดยไม่มีการบังคับ และได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะยุติการสัมภาษณ์ เมื่อเวลาใดของการสัมภาษณ์ก็ได้ การยุติการให้สัมภาษณ์นี้จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน มีอิสระเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นตามความเป็นจริง ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับอันตราย ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากเป็นการให้ข้อมูลการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลโดยทั่วไป และผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ



0๑๕๐๑/๕๑

๕ 9 เม.ย. 2551

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์: การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระดับสากล

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลกำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวคำถาม กว้าง ๆ ซึ่งสามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลในการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์กำหนดไว้ดังนี้

1. การเริ่มต้นสนทนา

- 1.1 แนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์
- 1.2 พுகุยซักถามถึงการทำงานทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล
- 1.3 ขออนุญาตบันทึกเทป

2. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

- 2.1 อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา
- 2.2 หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล

3. ขั้นสู่ประเด็นที่ต้องศึกษา

ผู้วิจัยเข้าสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับกระบวนการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

คำถามหลัก

- 3.1 ช่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล ว่ามีขั้นตอนอย่างไร

ประเด็นเจาะลึก เมื่อมีข้อความสัมภาษณ์เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จะถามต่อไป ผู้สัมภาษณ์จึงจะถามข้อคำถามต่อไปนี้

- 3.2.1 โรงพยาบาลเข้าสู่การพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลได้อย่างไร

3.2.2 ท่านคิดอย่างไรที่โรงพยาบาลเข้าสู่การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล

3.2.3 โรงพยาบาลและหน่วยงานของท่านเริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างไร

3.2.4 สิ่งที่ท่านนำมาพัฒนางานได้มาจากอะไร

3.2.5 การเตรียมการเพื่อการรับรองจาก JCI ต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง

3.2.6 ท่านคิดว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลของท่านได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

3.2.7 ท่านมีวิธีการหรือเทคนิคอย่างไรในการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

3.2.8 หลังจากที่ต้องการของท่านได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลแล้ว ท่านมีกระบวนการในการรักษาระดับมาตรฐานคุณภาพให้คงอยู่ด้วยวิธีการอย่างไรบ้าง

4. ขั้นตอนการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถามดังนี้

4.1 คุณต้องการจะเล่าเพิ่มเติมในเรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากลอีกไหมคะ


คุณต้องการซักถามฉัน (ผู้วิจัย)หรือไม่...

ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้

นัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น

วันที่...../...../..... เวลา.....น. ถึง.....น.

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1	 สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
.		
.		
.		
.		
.		

รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เวลา.....น.ถึง.....น.

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบาย.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. อื่น ๆ

.....



ภาคผนวก ข

1. ตารางแสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล
2. ตารางแสดงการให้รหัสข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น อายุ การศึกษา และ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

ลำดับ	อายุ	การศึกษา	หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน
1	30	ปริญญาโท	พยาบาลฝ่ายพัฒนาคุณภาพ
2	42	ปริญญาโท	พยาบาลหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน
3	55	ปริญญาโท	พยาบาลฝ่ายวิชาการ
4	46	ปริญญาโท	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
5	48	ปริญญาตรี	พยาบาลแผนกไต
6	29	ปริญญาตรี	รองหัวหน้าหอผู้ป่วย
7	34	ปริญญาตรี	เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค
8	39	ปริญญาตรี	หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก
9	39	ปริญญาตรี	เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด
10	49	ปริญญาตรี	หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพ
11	33	ปริญญาตรี	เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพ
12	35	ปริญญาตรี	หัวหน้าแผนกสารสนเทศ
13	40	ปริญญาตรี	หัวหน้าแผนกเภสัชกร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงการให้รหัสข้อมูล

ลำดับที่	Themes	ลำดับที่	Themes
1	กรรมการทุกสาขาวิชาชีพ	29	กำหนดวันมาตรวจ
2	กระตุ้น monitor	30	แก้ไขจากหน้างาน
3	กระตุ้นการรักษาคุณภาพ	31	แก้ไขปัญหาในแผนก
4	กระตุ้นให้กำลังใจ	32	เข้าร่วม 12 functional ที่เกี่ยวข้อง
5	กระตุ้นให้รางวัล	33	ความแตกต่างของ JCI และ HA
6	กระบวนการทำ JCI	34	ความยากของการเปลี่ยนแปลง
7	กระบวนการมาตรวจของ JCI	35	ความรับผิดชอบของศูนย์คุณภาพ
8	กลยุทธ์การทำงาน	36	คุณภาพ
9	กลยุทธ์ผู้บริหาร	37	คุยกับหัวหน้าทุกแผนกต้องทำ
10	กลยุทธ์พิชิต JCI		100%
11	การ audit เพิ่มการทำงาน	38	จัดการตามมาตรฐาน
12	การ maintain แบบ tracer	39	ช่วยกันในหน่วยงาน
13	การ training	40	ช่วยกิจกรรม นื่องจาง่าย
14	การดูแลคนไข้เป็นทีมเดียวกัน	41	เชิญ consultant เข้ามาช่วย
15	การทำ Patient Safety Goal	42	ใช้กลยุทธ์กระตุ้นการทำงาน
16	การทำงานของ Functional term	43	ซักซ้อมการถามตอบ
17	การปฏิบัติของ X-ray	44	ซักซ้อมใหญ่ ถามอะไรตอบได้
18	การประเมินผู้ป่วยใน IPD	45	ดูแลคนไข้ตามมาตรฐานทุกเรื่อง
19	การแปลมาตรฐาน	46	ดูมาตรฐานทุกข้อ
20	การมาตรวจ	47	ดูแลคนไข้ด้วยมาตรฐานที่สูง
21	การมาตรวจของ JCI	48	ดูแลคนไข้ตามมาตรฐาน
22	การมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน	49	ตรวจสอบ SQE
23	การรับผิดชอบหน้าที่	50	ตรวจสอบหน้างาน
24	การวางแบบฟอร์มการทำงาน	51	ตรวจหน้างาน
25	การสื่อสารระหว่างทีม	52	ตอบ JCI ตามงานที่ทำ
26	การให้รางวัล	53	ตั้งทีมทำงาน
27	กำหนด timeline ของ JCI	54	ตัดสินใจนำ international
28	กำหนด timeline ของ ร.พ.		standard มาใช้

ลำดับที่	Themes	ลำดับที่	Themes
55	ตีวเรื่องมาตรฐานทุกวัน	81	ทิศทางสู่มาตรฐานระดับสากล
56	เตรียมคำถามก่อน JCI มาตรฐาน	82	ทีมเข้าใจตรงกัน
57	เตรียมตัว JCI มาตรฐาน	83	ทีมผู้บริหารตรวจเยี่ยมก่อน JCI
58	เตรียมตัวจนแม่นยำ	84	ทุกข้อรู้ คู่ที่เกี่ยว
59	เตรียมพร้อม JCI มาตรฐาน	85	ทุกคนคล่องตามstandardตนเอง
60	ทำความเข้าใจ JCI	86	ทุกคนช่วยกันทำงาน
61	ทำคุณภาพตามมาตรฐาน	87	ทุกคนร่วมแรงร่วมใจ
62	ทำงานคุณภาพร่วมกัน	88	ทุกคนสำคัญ ร่วมมือกัน
63	ทำงานคุณภาพเรื่อยๆ	89	นโยบายร.พ
64	ทำงานตามแบบฟอร์มได้	90	นโยบายโรงพยาบาล
65	ทำงานประจำให้เข้ากับ มาตรฐาน	91	แบ่งกลุ่มกันทำงาน
66	ทำงานอย่างต่อเนื่อง	92	แบ่งตรวจเป็นระยะ
67	ทำงานเอกสาร	93	แบ่งทีม ประชุมกลุ่ม
68	ทำได้ตามมาตรฐาน ได้ JCI	94	แบ่งทีมตามหน้าที่
69	ทำได้ตามมาตรฐานคนไข้ ได้ผลดี	95	แบ่งทีมทำ Policy
70	ทำตามนโยบาย	96	แบ่งทีมม้าเร็ว
71	ทำตามมาตรฐาน	97	แบบฟอร์มช่วย re assessment
72	ทำตามมาตรฐานทุกแผนก	98	ปฏิบัติตรงตามนโยบาย
73	ทำทั้งงานคุณภาพและ functional term	99	ปฏิบัติตามกรอบและต่อเนื่อง
74	ทำแบบฟอร์มให้ลือกับ JCIA	100	ประกาศนโยบาย
75	ทำเพิ่มมาตรฐาน	101	ประชุม ปรับเอกสาร
76	ทำมาตรฐาน JCI ให้เป็น วัฒนธรรมองค์กร	102	ประชุมกำหนดแผนงาน
77	ทำแล้ววัด compliant ได้	103	ประชุมความก้าวหน้า
78	ทำให้ผ่าน safety goal	104	ประชุมทั้งองค์กร
79	ทำให้อยู่ในมาตรฐาน	105	ประเมิน ตามเก็บงาน
80	ทำเอกสาร ตามทดสอบ	106	ประเมินตามมาตรฐาน
		107	ประเมินในหน่วยงาน
		108	ประเมินปัญหาแล้วปรับปรุง
		109	ประเมินหน้างาน
		110	ประสานงานกับ JCA

ลำดับที่	Themes	ลำดับที่	Themes
111	ประสานงานทั้งหมด	136	พยายามปรับปรุง
112	ประสานงานหัวหน้าหน่วยงาน	137	พร้อมขอรับรองคุณภาพใน 1 ปี
113	ปรับใช้มาตรฐานกับหน่วยงาน	138	แพทย์ช่วยปฏิบัติ
114	ปรับแบบฟอร์มตลอด	139	แพทย์และพยาบาลทำงานร่วมกัน
115	ปรับปรุงการทำงาน		มองผู้ป่วยเป็นหลัก
116	ปรับปรุงคุณภาพ	140	มาตรฐาน JCI เป็นแนวทางการ
117	ปรับปรุงคุณภาพ	141	ทำงาน
118	ปรับเอกสารมาตรฐาน		มาตรฐานครอบคลุม Policy
119	โรงพยาบาล	142	มาตรฐานระดับสากล
120	ปรับเอกสารให้ครบ	143	มาตรฐานสอนน้อง
121	ปรึกษาเพื่อนที่เคยทำ	144	มาตรฐานใหม่เน้นปฏิบัติทั้งหมด
122	ปีครอยรั่ว	145	มีพื้นฐานคุณภาพ
123	เป็นการลงมือปฏิบัติ	146	มุ่งมั่นปฏิบัติตามขั้นตอน
124	เปลี่ยนการทำงานเรื่อง Safety goal	147	ร.พ. Support แต่ละกลุ่ม
125	ผู้นำกำกับติดตาม	148	ร่วมกิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจ
126	ผู้บริหาร support	149	ร่วมมือ ร่วมใจ
127	ผู้บริหารดูงานต่างประเทศ	150	รักษาคุณภาพ
128	ผู้บริหารทำเพื่อดูแลผู้ป่วย	151	รักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
129	ผู้บริหารร่วมสร้างกำลังใจ	152	รู้ภาพรวมของ JCI
130	ผู้บริหารสนับสนุน	153	เรียนมาตรฐานตามความเกี่ยวข้อง
131	ผู้บริหารให้กำลังใจ	154	เรียนรู้งานได้ตามมาตรฐานสากล
132	ผู้ปฏิบัติช่วยด้านเวชระเบียน	155	เรียนรู้งานตัวเองและส่วนกลาง
133	พยาบาลเป็นศูนย์กลาง	156	เรียนรู้มาตรฐาน JCI
	ประสานงาน	157	เรียนรู้มาตรฐานด้วยการอบรม
134	พยาบาลร่วมกันทำ flow chat และ consent form	158	เรียนเรื่องคุณภาพ ให้รางวัล
		159	ลงทุนมุ่งมั่น แบ่งปันน้องๆ
135	พยาบาลร่วมกับแพทย์ทำให้เกิดมาตรฐาน	160	ลงมือปฏิบัติ
		161	ลงสำรวจหลังจากได้ JCI
		162	ศึกษาภาพการบริการที่ดี

ลำดับที่	Themes	ลำดับที่	Themes
163	ศึกษาภาพกำหนด timeline	191	ให้การทำงานง่ายขึ้น
164	ศึกษา standard ความต่าง HA	192	ให้ความรู้เรื่องมาตรฐาน
165	ศึกษากระบวนการ	193	ให้รางวัลเป็นขวัญกำลังใจ
166	ศึกษาคูงาน	194	อบรม ติดตาม ประเมิน
167	ศึกษาในทีม AOP	195	อบรมไถ่ถาม ติดตามหน้างาน
168	ศึกษามาตรฐาน	196	ออก policy ที่สามารถปฏิบัติได้
169	ศึกษามาตรฐานเพื่อปฏิบัติได้	197	Apply ใช้ตามข้อกำหนด
170	ศึกษาหาความรู้	198	Apply ให้เข้ากับมาตรฐาน
171	ส่งปัญหาที่ต้องแก้ไขผ่านทาง online	199	Assign แบ่งคนประกบ
172	สร้างสิ่งที่ดีในองค์กร	200	Awareness risk ผู้ป่วยมากขึ้น
173	สร้างอะไรใหม่ๆทำงานง่ายขึ้น	201	Brain storm ทำแบบฟอร์ม
174	สหสาขาเป็นคณะกรรมการ มาตรฐาน 12 ข้อ	202	Champion term ทำ policy
175	สามัคคีมีคุณภาพ	203	Document
176	สื่อสารให้เข้าใจ	204	Document เกี่ยวกับพยาบาลมีใน
177	สื่อสารหัวหน้าสู่ลูกน้อง	205	มาตรฐานทุกข้อ
178	หน้าที่ของ functional term	206	Implement ตามหน้างาน
179	หน้าที่ของศูนย์ฯ	207	Implement ทุกจุด
180	หมอร่วมมือ พยาบาลร่วมทำ	208	Implement หน้างาน
181	ห่วงการมาตรวจของ JCI	209	International standard
182	หัวหน้า ลูกน้องร่วมกันทำ	210	โรงพยาบาลมีคุณภาพ
183	หัวหน้าตรวจหน้างาน	211	JCI ตรวจคุณภาพ
184	หากกลยุทธ์ช่วยจำ ทำได้จริง	212	JCI ตรวจสอบ tracer
185	หาเอกสารเพื่อ training	213	JCI ถามหน้างาน
186	เห็นผลงานคุณภาพ	214	JCI ทำให้งานเป็นระบบมากขึ้น
187	เหนื่อยมาก ไม่อยากพยายาม	215	JCI เน้นหน้างาน
188	แหล่งอบรม	216	JCI พัฒนามาตรฐานเรื่อยๆ
189	ให้ concept เหมือนกัน	217	JCI มาตรวจ
190	ให้ consults ช่วยดู	218	JCI และ HA ต่างกันที่รูปแบบ
		219	JCI เพื่อให้ลูกค้าย่างชาติมั่นใจใช้ บริการ

ลำดับที่	Themes	ลำดับที่	Themes
220	Maintain คุณภาพ		
221	Meeting ปลูกใจ		
222	Mock survey		
223	Mock survey 2 รอบ		
224	Mock survey 2 รอบ ให้เป็น ตามมาตรฐาน		
225	Mock survey ช่วย guide		
226	Mock survey ช่วยแนะนำ		
227	Mock survey ช่วยแนะนำ		
228	Mock survey ทำให้งานชัดเจน		
229	Mock survey แนะนำ		
230	Mock survey มาตรฐาน		
231	mock ช่วยเสริม เพิ่มเติมที่ขาด		
232	OPD มีเวลาจำกัด		
233	Record เป็น CQI		
234	Search internet		
235	Search หาข้อมูลใน internet		
236	Training Patient Safety Goal		
237	Training Staff ติดตามหน้างาน		

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววนิดา แพร่ภาษา เกิดวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2521 ที่จังหวัดตาก สำเร็จการศึกษา
 พยาบาลศาสตรระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เขตลพบุรี จังหวัดลพบุรี เมื่อปี พ.ศ.
 2542 เข้ารับราชการในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อปีการศึกษา 2547 ลาออกจากราชการเพื่อเข้าศึกษาต่อในหลักสูตร
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2549



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย