

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS INFLUENCING HOSPITAL ACCREDITATION OF COMMUNITY HOSPITALS IN
AYUTTHAYA PROVINCE

Mr. Yodsapat Sringarm



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

Department of Public Administration

Faculty of Political Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
โดย	นายยศภัทร ศรีงาม
สาขาวิชา	รัฐประศาสนศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริภัสสรค์ วงศ์ทองดี

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีคณะรัฐศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ รัฐฉัตรานนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริภัสสรค์ วงศ์ทองดี)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ศิริประกอบ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ดร.ประเสริฐ พัฒนาผลไพบูลย์)

ยศภัทร ศรีงาม : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (FACTORS INFLUENCING HOSPITAL ACCREDITATION OF COMMUNITY HOSPITALS IN AYUTTHAYA PROVINCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ศิริภัสสรค์ วงศ์ทองดี, 237 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยคือ บุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป 7 แห่ง จำนวน 381 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกจำนวน 7 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามจำนวน 4 ตอนซึ่งมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.98 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง 0.60-1.00 และ (2) แบบสัมภาษณ์ ตัวแปรแฝงที่ศึกษามี 7 ตัวแปร ตัวแปรสังเกตได้ 24 ตัวแปร ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ใช้มาเป็นหลักฐานสนับสนุนผลการวิเคราะห์ทางสถิติ ข้อค้นพบสำคัญพบว่า (1) ตัวแปรการนำส่งอิทธิพลต่อตัวแปรการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยผ่านตัวแปรการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ และตัวแปรการจัดการกระบวนการตามลำดับ โดยงานวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นว่าตัวแปรต่างๆในรูปแบบที่ศึกษาสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้ร้อยละ 79.3 (2) ตัวแปรการจัดการกระบวนการส่งผลทางตรงต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพียงตัวแปรเดียว โดยที่ตัวแปรการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลไม่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพ ทั้งนี้ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกชี้ว่า โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งขาดแคลนบุคลากรทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องทำหน้าที่ที่มีใช้วิชาชีพตนด้วยซึ่งอาจส่งผลถึงผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพที่ไม่ดีนัก (3) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($chi-square = 209.68$, $df = 188$, $p = .133$, $GFI = .957$, $AGFI = .931$, $RMSEA = .017$)

ภาควิชา รัฐประศาสนศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ปีการศึกษา 2559

5780628324 : MAJOR PUBLIC ADMINISTRATION

KEYWORDS: HOSPITAL ACCREDITATION / COMMUNITY HOSPITAL

YODSAPAT SRINGARM: FACTORS INFLUENCING HOSPITAL ACCREDITATION OF COMMUNITY HOSPITALS IN AYUTTHAYA PROVINCE. ADVISOR: ASST. PROF. SIRAPATSORN WONGTHONGDEE, Ph.D., 237 pp.

This research aimed to study the causal factors influencing Hospital Accreditation of community hospitals in Ayutthaya Province. Data from 381 healthcare-related officials in 7 re-accredited community hospitals in Ayuthaya were collected; moreover, the 7 top officers were selected to provide in-depth information. The research instruments included (1) the questionnaire consisting of 4 sections with its reliability of 0.98 and the IOC value lying between 0.60-1.00 and (2) the interview construction questionnaire. The proposed model consisted of 7 latent variables and 24 observed variables. The quantitative analysis was done by frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product-moment correlation coefficient, and path analysis. In addition, in-depth information could explain the quantitative results. The key results could be summarized as follows: (1) Leadership affected Measurement Analysis and Knowledge Management which influenced Process Management. Process Management then created Hospital Accreditation. This research, moreover, indicated that the variables in this model accounted for 79.3% of the variance. (2) Process Management directly affected Hospital Accreditation while Human Resource Focus did not affect Hospital Accreditation because hospitals lacked healthcare officers which could not bring about the good results. (3) The casual relationship model of factors influencing Hospital Accreditation of community hospitals in Ayutthaya Province was fitted with the empirical data ($chi-square = 209.68$, $df = 188$, $p = .133$, $GFI = .957$, $AGFI = .931$, $RMSEA = .017$).

Department: Public Administration Student's Signature

Field of Study: Public Administration Advisor's Signature

Academic Year: 2016

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กระผมขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริภัสสรค์ วงศ์ทองดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา และช่วยดึงศักยภาพในการทำวิจัยของกระผมเท่าที่กระผมจะสามารถกระทำได้ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ รัฐฉัตรานนท์ ดร.ประเสริฐ พัฒนผลไพบุลย์ ที่คอยชี้แนะการทำวิจัยจนบังเกิดผลลัพธ์ในที่สุด และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ศิริประกอบ ที่กระตุ้นเตือนให้กระผมได้เห็นเส้นทางในการแสวงหาความจริงของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยที่จำเป็นต้องกล่าวถึงบุคคลเหล่านี้ ได้แก่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้เน้นย้ำถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย อ.ดร.อาภากร สุปัญญา แห่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล บุคคลผู้เปิดทางให้กระผมได้เห็นหัวใจของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และคอยตอบคำถามทุกครั้งเมื่อมีข้อสงสัย ผู้ประสานงานโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่สละเวลาช่วยเหลือ ประสานงาน ติดต่อกะผมตลอดงานวิจัย และสำคัญที่สุดคือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกระดับที่เมตตากระผมในการให้ข้อมูลในการทำวิจัย

เหนือสิ่งอื่นใดความสำเร็จครั้งนี้จะบังเกิดขึ้นมิได้ถ้าไม่มีบุคคลเหล่านี้ที่คอยสนับสนุน กระผมในทุกๆเรื่อง กล่าวคือ นายสำเนา และนางเจษฎา ศรีงาม ผู้เป็นทั้งพ่อแม่และครูบาอาจารย์ของกระผม นายณัฐวุฒิ นาคง เพื่อนที่คอยให้คำปรึกษาในทุกๆเรื่อง นายสุทธิชัย รักษ์จันทร์ พี่ชายที่คอยช่วยสอน ชี้แนะ การอภิปรายถกแถลงในประเด็นต่างๆให้แหลมคมขึ้น เจ้าหน้าที่หลักสูตร รป.ม. และเพื่อนๆ รป.ม. รุ่นที่ 41 ทุกคนที่ร่วมลงเรือด้วยกันกับกระผมตั้งแต่แรกเข้า

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
บทที่ 1 บทนำ	4
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	4
1.2 วัตถุประสงค์	9
1.3 ขอบเขตการวิจัย	9
1.4 นิยามศัพท์ในการวิจัย.....	10
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
1.6 ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย.....	11
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	12
2.1 แนวคิดที่ว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.....	12
2.1.1 คำนิยาม	13
2.1.2 ปรัชญาการพัฒนาคุณภาพ	16
2.1.3 ปรัชญาและความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.....	20
2.1.4 ทฤษฎีทั่วไปของบัลเดริก	21
2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.....	43
2.2.1 การนำ	43
2.2.2 การบริหารเชิงกลยุทธ์.....	49
2.2.3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย.....	54

2.2.4 การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้	61
2.2.5 การมุ่งทรัพยากรบุคคล	66
2.2.6 การจัดการกระบวนการ	73
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	76
2.3.1 การวิจัยที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพภายใต้ข้อสมมติของ Baldrige.....	77
2.3.2 การวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย.....	100
2.3.3 การเปรียบเทียบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	105
2.4 สมมติฐานและโมเดลของการวิจัย	112
2.4.1 สมมติฐานของการวิจัย.....	112
2.4.2 โมเดลของการวิจัย.....	117
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	121
3.1 การสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ.....	121
3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	123
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	124
3.4 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	126
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	128
3.6 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	130
3.7 วิธีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	133
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	135
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA.....	138
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน.....	148
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.....	155

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก	165
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	181
5.1 สรุปผลการวิจัย	182
5.1.1 สรุปลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	182
5.1.2 สรุประดับความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบการดำเนินงานตามมาตรฐาน HA	182
5.1.3 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน	183
5.1.4 การวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์	184
5.1.5 การทดสอบสมมติฐานภายในโมเดลวิจัย	184
5.1.6 สรุปผลการสัมภาษณ์พินิจ	187
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	188
5.2.1 การนำ	189
5.2.2 การบริหารเชิงกลยุทธ์	190
5.2.3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย	192
5.2.4 การวิเคราะห์และจัดการความรู้	193
5.2.5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	193
5.2.6 การจัดการกระบวนการ	194
5.2.7 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	195
5.3 ข้อเสนอแนะ	196
5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	196
5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	198
รายการอ้างอิง	199
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	237

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงการเปรียบเทียบปรัชญาการจัดการคุณภาพทั้งองค์การกับค่านิยมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	21
ตารางที่ 2	การเปรียบเทียบค่านิยมหลักและแนวคิดของรางวัลคุณภาพและมาตรฐาน HA	28
ตารางที่ 3	แสดงค่านิยมของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย	29
ตารางที่ 4	แสดงองค์ประกอบสำคัญในตัวแบบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี	40
ตารางที่ 5	แสดงความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	56
ตารางที่ 6	แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการจำแนกตามการศึกษาของนักวิชาการ	58
ตารางที่ 7	แสดงองค์ประกอบสำคัญภายในตัวแบบที่ใช้ในการศึกษา	77
ตารางที่ 8	แสดงองค์ประกอบสำคัญภายในตัวแบบที่ใช้ในการศึกษา	83
ตารางที่ 9	แสดงองค์ประกอบสำคัญในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA.....	87
ตารางที่ 10	แสดงองค์ประกอบหลักในเครื่องมือของ Wilson and Collier (2000).....	92
ตารางที่ 11	แสดงองค์ประกอบสำคัญภายในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ.....	94
ตารางที่ 12	แสดงการเปรียบเทียบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	105
ตารางที่ 13	แสดงผลการทดสอบสมมติฐานในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีทั่วไปของบัลดริจ (Baldrige general theory).....	110
ตารางที่ 14	สรุปหลักฐานทางวรรณกรรมถึงความสัมพันธ์ของตัวแปร	116
ตารางที่ 15	แสดงตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้ของงานวิจัย	124
ตารางที่ 17	แสดงค่าแอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามในส่วนองค์ประกอบการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดคุณภาพในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	127
ตารางที่ 18	แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล	129
ตารางที่ 19	แสดงจำนวนบุคลากรตามประชากรที่ผ่านการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพ	131

ตารางที่ 20	แสดงสัญลักษณ์และความหมายที่ใช้ในงานวิจัย.....	136
ตารางที่ 21	แสดงข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง	138
ตารางที่ 22	แสดงค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่งของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	143
ตารางที่ 23	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้	145
ตารางที่ 24	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการนำ	149
ตารางที่ 25	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์	150
ตารางที่ 26	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย ..	151
ตารางที่ 27	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้.....	152
ตารางที่ 28	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการมุ่งทรัพยากรบุคคล	153
ตารางที่ 29	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการจัดการกระบวนการ.....	154
ตารางที่ 30	ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการพัฒนาคุณภาพ	155
ตารางที่ 31	ค่าสถิติความสอดคล้องของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในภาพรวม	157
ตารางที่ 32	แสดงค่ามาตรฐานของการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม	160
ตารางที่ 33	แสดงอิทธิพลทางตรงของตัวแปรสาเหตุกับตัวแปรผลและผลการทดสอบสมมติฐาน	163
ตารางที่ 34	แสดงสังเขปของปัญหาและอุปสรรคและข้อเด่นของการบริหารตามมาตรฐาน HA จากการสัมภาษณ์.....	169

ตารางที่ 35 แสดงผลการสัมภาษณ์ที่มำของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค.....	170
ตารางที่ 36 แสดงผลการสัมภาษณ์ที่มำของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปเกี่ยวกับข้อเด่น	170
ตารางที่ 37 แสดงเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรในงานวิจัยก่อนหน้าและงานวิจัยนี้.....	184



บทที่ 1

บทนำ

ในบทนำของการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จะกล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตของการวิจัย นิยามศัพท์ในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย โดยจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากกว่าในอดีต อันเนื่องมาจากเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง ความก้าวหน้าดังกล่าวทำให้ประชาชนตระหนักรู้ถึง “สิทธิการรักษาพยาบาล” ที่มากขึ้นอย่างไม่เคยมีมาก่อน และความก้าวหน้าทางวิทยาการความรู้ต่างๆ (จรัสสุวรรณเวลา, 2546) ได้ทำลายสัมพันธ์ภาพระหว่าง “หมอ” กับ “คนไข้” ที่แต่เดิม “หมอ” มีสถานภาพเสมือนผู้ให้ความอนุเคราะห์ และ “คนไข้” มีสถานะเป็นผู้ได้รับการอนุเคราะห์ (ทวีศักดิ์เผือกสม, 2550) ได้กลายเป็นความสัมพันธ์แบบโลกสมัยใหม่ที่จัดสถานภาพให้ “หมอ” เป็นผู้ให้บริการ ขณะที่ให้ “คนไข้” เป็นลูกค้า และความสัมพันธ์แบบนี้เองทำให้องค์กรหรือสมาคมต่างๆ ที่ดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพได้ตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงนี้ ดังจะเห็นได้จาก ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) ในหลักการสำคัญข้อที่หนึ่งซึ่งกำหนดว่า “สิทธิของผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพ” โดยปฏิญญาได้กำหนดแนวทางหนึ่งที่ต้องปฏิบัติตามคือ การรับรองคุณภาพนับเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (The World Medical Association, 2015; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2551) ขณะที่คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยในประเทศไทย (แพทยสภา, 2558) ไม่ปรากฏคำมั่นสัญญาในเรื่องของสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพโดยตรง แต่ปรากฏข้อความที่เป็นนัยว่าการรักษาพยาบาลของสหวิชาชีพด้านสุขภาพจะกระทำภายใต้มาตรฐาน จริยธรรม และดุลยพินิจตามหลักวิชาการทางการแพทย์ การสื่อข้อความดังกล่าวของสหวิชาชีพด้านสุขภาพแสดงให้เห็นว่าคุณภาพในการรักษาพยาบาลมีความจำเป็นยิ่ง เพราะหากบกพร่องเรื่องของคุณภาพแล้วจะเป็นเหตุให้นำมาสู่ความเสียหายไม่เฉพาะแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่รวมถึงผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล และกล่าวให้ถึงที่สุดคือความเสียหายต่อสังคมและประเทศชาติ ดังนั้นเพื่อป้องกันอุปสรรคดังกล่าว โรงพยาบาลจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะสร้างโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น

การสถาปนาของหลักการและความพยายามของการพัฒนาระบบสุขภาพได้เน้นย้ำให้เห็นว่า “คุณภาพ” มีความสำคัญและจำเป็นยิ่งต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และ “การพัฒนาคุณภาพ” เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการด้านสุขภาพต้องสร้างขึ้นอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ด้วยเหตุผลที่ได้กล่าวไว้แล้วในเบื้องต้น การตระหนักถึงความจำเป็นในเรื่องคุณภาพทำให้สถานพยาบาลทั่วโลกนำแนวคิดหรือปรัชญาการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ (Total Quality Management) มาเป็นฐานคติในการดำเนินงาน รวมถึงประเทศไทยที่ได้ปฏิบัติตามกระแสนี้ด้วยโดยมี**สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)** ทำหน้าที่เป็นผู้ขับเคลื่อนทิศทางการพัฒนาคุณภาพให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และเป็นผู้รับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานตามข้อกำหนด โดยปรัชญาการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การนี้ได้ถูกสร้างขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในนามของ **“มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ”** (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มีความมุ่งหมายให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพของกระบวนการ ทั้งยังให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงานซึ่งสอดคล้องกับหลักการการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การที่ยึดปรัชญาสำคัญสามประการ ประกอบด้วย **ปรัชญาการมุ่งเน้นลูกค้า** (customer-driven philosophy) **ปรัชญาการมุ่งผู้ปฏิบัติงาน** (employee-driven philosophy) และ**ปรัชญาไคเซ็น** (Kaizen) (เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) และมีสมมติฐานว่าหากการบริหารจัดการมุ่งสู่ปรัชญาทั้งสามนี้แล้วจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพขององค์การ โดยในตัวเองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับปัจจุบันนั้นมีโครงสร้าง หลักการ และองค์ประกอบสำคัญ เช่นเดียวกับตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย (TQA) หรือรางวัลคุณภาพแห่งชาติ มัลคอล์ม บัลดริจ (MBNQA) ซึ่งประกอบด้วย การนำ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นลูกค้า การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์ การจัดการกระบวนการ และผลลัพธ์การดำเนินการ ทั้งนี้ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นยิ่งที่ต้องมีกระบวนการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเพราะคุณภาพเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เนื่องจาก การบกพร่องคุณภาพก่อให้เกิดปัญหาเรื่องความไว้วางใจโรงพยาบาลจากผู้มีส่วนได้เสีย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2555) อาทิ การมีระบบงานที่ไม่เกิดความไม่สอดคล้องกับผู้ใช้บริการเป็นผลให้เกิดการร้องเรียนและการฟ้องร้องต่างๆ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน เกิดการเข้าใจผิดระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย และข้อสำคัญของการบกพร่องคุณภาพทำให้โรงพยาบาลเสียโอกาสในการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ผู้ปฏิบัติงานเสียโอกาสการพัฒนาศักยภาพของตนเอง

ความพยายามขับเคลื่อนคุณภาพในโรงพยาบาลของประเทศไทยได้ปรากฏอย่างชัดเจนในปี 2524 (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2543) เมื่อมีการพัฒนาการบริหารจัดการ

โรงพยาบาลชุมชนโดยมุ่งเน้นการบริหารจัดการทั่วไป และการรักษาพยาบาล ในปี 2536 เป็นจุดเริ่มต้นของการนำแนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล ต่อมาในปี 2538 เริ่มมีการประกันคุณภาพการพยาบาลโดยกองการพยาบาล ในปีเดียวกันนี้เกิดมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชก ในปี 2542 เกิดสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ต่อมาในปี 2552 เกิดพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือเรียกโดยย่อว่า สรพ. โดยมีบทบาทในการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพเพื่อให้ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับของสังคม เมื่อพิจารณาลำดับเวลาของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในเรื่องคุณภาพของโรงพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาความพยายามของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในการขับเคลื่อนคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทยในปัจจุบันซึ่งมิได้มองแค่คุณภาพและความปลอดภัยเฉพาะในอาณาบริเวณที่ตั้งของโรงพยาบาลเท่านั้นเพราะมีบ่อยครั้งที่ความไม่ราบรื่นเกิดขึ้น ณ จุดเชื่อมต่อของระบบงานระหว่างโรงพยาบาลนั้นคือการส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น หรือการส่งผู้ป่วยกลับมารักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านซึ่งแนวคิดของงานคุณภาพในปัจจุบัน การจัดการกระบวนการที่มีคุณภาพต้องมองให้ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่คุณค่าของการจัดบริการ และเมื่อปี 2558 เป็นปีแรกที่โรงพยาบาลทั่วประเทศได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA เกินกว่าร้อยละ 50 สรพ. จึงเห็นว่าเป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะต่อยอดการพัฒนากระบวนการคุณภาพให้ขยายวงกว้างไปกว่าการประเมินรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่งนั้นคือการประเมินรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Healthcare Network Certification: PNC) แต่มีเงื่อนไขประการหนึ่งว่า “...เครือข่ายที่จะขอรับการประเมินรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัดจะต้องมีโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าวนั้นได้รับการรับรองชั้น HA แล้วไม่ต่ำกว่า 2 ใน 3 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในเครือข่าย...” นอกจากนี้จะมีการประเมินในระดับจังหวัดแล้ว สรพ. ยังมีการประเมินรับรองระบบสุขภาพในระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ในอนาคตอีกด้วย โดยมีเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งว่า “...อำเภอที่จะขอรับการประเมินรับรองมาตรฐาน โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าวนั้นจะต้องผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ (HA) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว...” (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) เมื่อพิจารณาในขั้นนี้แล้วทำให้ทราบว่า การรับรอง PNC และ DHS เป็นการรับรองระบบที่เชื่อมกันอย่างไร้รอยต่อดังที่กล่าวไว้แล้ว และตัวแปรสำคัญที่เป็นเงื่อนไขหลักในการรับรองระบบคือโรงพยาบาลชุมชนจะต้องผ่านรับรอง HA แล้ว แต่ปัญหาของโรงพยาบาลชุมชนที่ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2558) ผู้อำนวยการ สรพ. กล่าวไว้คือ “...โรงพยาบาลชุมชนมักจะเจอปัญหาการทำงานที่ไม่คงที่ เนื่องจากแพทย์มีการหมุนเวียนไปตลอด โดยเฉพาะ โรงพยาบาล

ชุมชนขนาดเล็กซึ่งแพทย์ที่มาประจำมีการเปลี่ยนตลอดแทบทุกปี ทำให้กระบวนการในการขอรับรองคุณภาพ HA ไม่ต่อเนื่อง พอแพทย์เปลี่ยนใหม่ก็ต้องมาเริ่มกันใหม่ หรือแพทย์บางคนก็ไม่สนใจที่จะทำก็มี ขณะที่บางแห่งยังคงไปทำงานแบบมีกรอบ ทำให้รู้สึกว่าการทำงานเพื่อให้ได้รับการรับรอง HA นั้นยาก ทำให้มี**โรงพยาบาลชุมชน**หลายแห่งยังติดอยู่กับกระบวนการขั้นที่ 2¹ อยู่เป็นเวลานาน ดังนั้น การทำงานเพื่อขอรับรองคุณภาพ HA จึงอยู่ที่ความต่อเนื่อง และต้องมีทีมงานดำเนินการที่เข้มแข็ง แม้จะเปลี่ยนผู้อำนวยการก็ยังสามารถเดินหน้าต่อได้...” ดังนั้น ความท้าทายในการพัฒนาคุณภาพของ**โรงพยาบาลชุมชน**จึงต้องสร้างให้ทีมงานมีความเข้มแข็งและดำเนินการตามมาตรฐาน HA อย่างบูรณาการไม่แยกส่วนเพราะหาก**โรงพยาบาลชุมชน**ไม่สามารถผ่านการรับรอง HA ได้ย่อมประสบปัญหาการบูรณาการเครือข่ายสุขภาพทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอในอนาคต และสำคัญที่สุดย่อมส่งผลให้**โรงพยาบาลชุมชน**ไม่เป็นที่ไว้วางใจต่อสังคม ด้วยเหตุนี้**โรงพยาบาลชุมชน**จึงเป็นหน่วยที่น่าสนใจยิ่งต่อการศึกษาอันเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ**โรงพยาบาล**ตามมาตรฐาน HA

หากกล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพ**โรงพยาบาลชุมชน**เพื่อให้ผ่านการรับรองกระบวนการพัฒนาคุณภาพนั้นจำเป็นต้องดำเนินงานตามมาตรฐาน**โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)** ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญจำนวน 7 ตัวแปรดังที่กล่าวไว้ก่อนหน้า โดยบรรดาตัวแปรทั้งหลายนั้นล้วนมี**รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างกัน**ตามแนวคิดของบัลตริจ กล่าวคือเมื่อองค์การได้ดำเนินการในตัวแปรใดๆย่อมส่งผลต่อตัวแปรอื่นตามโครงสร้างทางทฤษฎี (ธัชชัย อำนาจผลวิวัฒน์, 2553) โดยนัยนี้ หากได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพ**โรงพยาบาลชุมชน**โดยศึกษาผ่านรูปแบบความสัมพันธ์ภายในองค์ประกอบมาตรฐาน HA จะทำให้ทราบถึงการทำงานของตัวแปรสำคัญภายในมาตรฐาน HA และจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งถ้าได้ทราบว่า เมื่อองค์การได้ดำเนินการกับตัวแปรหนึ่งแล้วจะส่งผลหรือไม่ส่งผลกับอีกตัวแปรหนึ่งย่อมทำให้**โรงพยาบาล**เห็นถึงโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้**โรงพยาบาลชุมชน**ที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพจะให้เห็นแบบแผนของการดำเนินงานสำหรับการพัฒนาคุณภาพเพื่อประยุกต์แบบแผนให้เข้ากับ**โรงพยาบาล**ของตน

สำหรับการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุนั้นควรจะศึกษากับองค์การที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพเพราะจะเห็นลักษณะความสัมพันธ์ที่ชัดเจน (ธัชชัย อำนาจผลวิวัฒน์, 2553) ซึ่งจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดย**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**ได้แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ**โรงพยาบาล**เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัยโดยได้ขับเคลื่อนคุณภาพเรื่อยมาจนกระทั่งในปี 2542 **โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**ได้ผ่านการรับรองคุณภาพเป็น**โรงพยาบาลคุณภาพ**แห่ง

¹ การได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ (HA) หรือรับรองขั้นที่ 3 นั้น **โรงพยาบาล**จะต้องผ่านการประเมินขั้นที่ 1 และ 2 มาก่อนโปรดอ่านเพิ่มเติมได้จากคู่มือมาตรฐาน**โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ** โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558)

แรกของประเทศไทย และปัจจุบันโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีจำนวนทั้งสิ้น 16 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง ในปี 2554 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมีการจัดตั้งเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ HA ด้วยระบบที่เลี้ยงของประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 9 แห่ง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2554) โดยทำหน้าที่ดูแลโรงพยาบาล 25 แห่งในเขตรับผิดชอบของตนซึ่งปรากฏว่า **จังหวัดพระนครศรีอยุธยา** เป็นจังหวัดเดียวที่มีโรงพยาบาลที่เลี้ยงที่ทำหน้าที่ดูแลโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลท่าเรือ เพื่อให้โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพได้เกิดการขับเคลื่อนและตื่นตัวอย่างต่อเนื่องกับงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ส่งผลให้ในปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้รับรองกระบวนการคุณภาพแล้วทั้งสิ้น 12 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่งซึ่งในจำนวนนี้มีโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่งที่ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพซ้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2559) แสดงให้เห็นว่า **โรงพยาบาลชุมชน** ทั้ง 7 แห่งนี้มีกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องนับว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นมีทีมงานที่เข้มแข็ง ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจยิ่งต่อการหาคำตอบว่าโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการรับรองคุณภาพซ้ำ (re-accreditation) ดังกล่าวมีปัจจัยอะไรที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และแต่ละปัจจัยนั้น **ทำงานกันอย่างไร** โดยทั้งนี้ เครื่องยืนยันความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจะสะท้อนได้จากผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

หากกล่าวเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ผู้วิจัยจะอภิปรายเป็นสองส่วน โดยในส่วนแรกเป็นงานวิจัยจากต่างประเทศและส่วนที่สองเป็นงานวิจัยในประเทศไทย ในส่วนงานวิจัยจากต่างประเทศนั้นจะพบว่าเป็นการศึกษาโดยอาศัยตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติมัลคอล์ม บัลดริจ (MBNQA) เป็นฐานคิดของงานวิจัยโดยใช้เทคนิคโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นซึ่งการสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลขององค์ประกอบสำคัญในตัวแบบ ประกอบด้วย การนำ การวางแผน เชิงกลยุทธ์ การมุ่งลูกค้า การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งทรัพยากรมนุษย์ การจัดการกระบวนการ และผลการดำเนินการ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารวิจัยทั้งที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรงพยาบาล (Meyer and Collier, 2001; Kim and Oh, 2012; Sang M. Lee, et.al, 2013) และไม่ใช่โรงพยาบาล (Winn and Cameron, 1998; Wilson and Collier, 2000; Flynn and Saladin, 2001) โดยงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งการทดสอบทฤษฎีทางการบริหารทั่วทั้งองค์การซึ่งปรากฏในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA ซึ่งมีสมมติฐานว่า การนำจะขับเคลื่อนระบบ และระบบก็จะส่งอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงาน (Winn and Cameron, 1998) นอกจากการใช้ตัวแบบรางวัลคุณภาพในการศึกษาแล้ว ยังมีการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพอีกด้วย (Nadine

Hietschold, et al, 2014) ส่วนที่สองเป็นงานวิจัยในประเทศไทยซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ได้ทำการทดสอบตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ อาทิ ภาวะผู้นำ ความผูกพันในองค์กร การให้การศึกษา การฝึกอบรม การจูงใจ ในลักษณะที่ส่งอิทธิพลต่อผลแห่งการพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพขององค์กร หรือการนำนโยบายไปปฏิบัติ (ธนพร มาสมบูรณ์, 2551; อธิวิทย์ ตั้งจิตไพศาล, 2553; ปนัดดา ขวตบัว, 2554; พชร จันทาวงศ์, 2547; พิมพิไล ไพศาลย์, 2550; วันชัย พิริยะวดี, 2545; วิศณี พรหมพันธุ์, 2544; สุลัดดา พงศ์รัตนามาน, 2542; สุศิริภรณ์ อุดมสุข, 2548) อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของปัจจัยในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในลักษณะที่ใช้เทคนิคโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นยังมีจำนวนน้อย (นิภาพร ลครวงศ์, 2547) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดทางวิชาการของงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่อาศัยเทคนิควิธีการศึกษาดังกล่าว

เมื่อพิจารณาถึงความน่าสนใจต่อการศึกษาถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้เทคนิคโมเดลความสัมพันธ์สมการโครงสร้างเชิงเส้นในการหาค่าตอบซึ่งเป็นเทคนิคที่ยังไม่แพร่หลายสำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทยและเพื่อเป็นการเติมช่องว่างทางวิชาการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นว่าข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจากการศึกษาด้วยเทคนิคโมเดลสมการโครงสร้างจะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย โรงพยาบาล และวงวิชาการ กล่าวคือผู้กำหนดนโยบายจะมองเห็นการพัฒนาโครงสร้างของตัวแบบการพัฒนาโรงพยาบาลให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นในอนาคต ผู้บริหารโรงพยาบาลจะมองเห็นภาพรวมของการวางแผนนโยบายการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลว่าจุดแข็งจุดอ่อนรวมถึงปัญหาอุปสรรคอยู่ที่ใดขององค์กร และวงวิชาการจะต่อยอดการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่ยังไม่สามารถค้นพบได้ รวมถึงเป็นการเพิ่มพูนงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งคำถามนำวิจัยว่า “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีลักษณะอย่างไร”

1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1.3 ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตครอบคลุมเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ผ่านการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพ (HA) ซ้ำตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปตาม

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี จำนวน 7 แห่ง โดยเป็นการสอบถามจากทีมนำและทีมผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

1.4 นิยามศัพท์ในการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้การเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ผู้วิจัยขอให้นิยามศัพท์ในการวิจัย ดังนี้

1.4.1 โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลประจำอำเภอ ประเภทโรงพยาบาลชุมชน โดยมีจำนวนเตียงตั้งแต่ 10-120 เตียง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1.4.2 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง ทีมนำ ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหน่วยงาน หรือทีมปฏิบัติงาน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นๆ ในโรงพยาบาลในทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพซึ่งอยู่ในกลุ่มงานต่อไปนี้ (1) กลุ่มอำนวยการ (2) กลุ่มการพยาบาล (3) กลุ่มเทคนิคบริการ (4) กลุ่มบริการทางการแพทย์ (5) กลุ่มเวชปฏิบัติชุมชน และ (6) กลุ่มงานที่โรงพยาบาลแห่งนั้นจัดตั้งขึ้นเพื่อสนองภารกิจของโรงพยาบาล

1.4.3 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หมายถึง ปรัชญาการบริหารโดยประกอบด้วย ปรัชญาย่อย 3 ปรัชญา ประกอบด้วย ปรัชญาการมุ่งเน้นลูกค้า ปรัชญาการมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงาน และ ปรัชญาไคเซ็นหรือการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นฐานคติของตัวแบบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

1.4.4 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้ “การพัฒนาคุณภาพ” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Hospital Accreditation” เพราะจุดมุ่งหมายของ “Hospital Accreditation” มีมากกว่าการรับรอง กล่าวคือการรับรอง (Hospital Accreditation) เป็นเพียงส่วนเสริม แต่ส่วนหลักมุ่งให้โรงพยาบาลได้เรียนรู้หาโอกาสพัฒนาอยู่เสมอ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ด้วยกัน 3 ด้าน ดังนี้

1.5.1 ประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย

ผู้วิจัยคาดว่าจะงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในฐานะผู้กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลจะได้ทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การนำเสนอในบทนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอออกเป็นสี่ส่วนหลักประกอบด้วย (1) แนวคิดว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ (4) สมมติฐานและโมเดลวิจัย โดยสาระสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการแสดงให้เห็นในแต่ละส่วนอธิบายพอสังเขปได้ดังนี้ **แนวคิดว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล** ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอวิธีคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทยซึ่งได้นำหลักการและโครงสร้างของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ Malcolm Baldrige ของประเทศสหรัฐอเมริกามาใช้ให้เข้ากับธรรมชาติของสังคมไทย ดังนั้น ในส่วนนี้จึงเป็นการนำเสนอวิธีคิดและข้อสมมติของ Baldrige และปรัชญาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย ต่อจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเสนอ**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล** ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอปัจจัยสำคัญที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เชื่อว่าเป็นตัวแปรสำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยจะนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอการศึกษาวิจัยของต่างประเทศและในประเทศไทยซึ่งผู้วิจัยจะแสดงให้ถึงทฤษฎี แนวทางและวิธีการศึกษาของงานแต่ละชิ้นโดยการเปรียบเทียบและวิพากษ์เพื่อเป็นการต่อยอดการศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย และในส่วนสุดท้ายผู้วิจัยจะนำเสนอ**สมมติฐานและโมเดลการวิจัย** กล่าวคือเป็นการนำเสนอตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยนี้และโมเดลแสดงถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรภายใต้การศึกษานี้

2.1 แนวคิดว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

คุณภาพและความปลอดภัยเป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศ แม้จะมี ความพยายามในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่ก็ยังพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ ความ ขัดแย้งความเสี่ยงและความสูญเสียไปต่างๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาล จำเป็นที่จะต้อง มีกลไกเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ที่ได้ผลและปรับเปลี่ยน ให้เข้ากับสถานการณ์ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) โดย แนวทางการศึกษาการพัฒนาคุณภาพในปัจจุบันนั้นจำแนกโดยสังเขปได้ 5 แนวทาง (Connor, 1997; สิริวิท อีสรุ, 2557) ดังนี้ **แนวทางที่ 1 หลักการของ TQM** ภายใต้การศึกษานี้ องค์การที่น้อมรับวิธีการบริหารคุณภาพจะใช้วิธีการระบุเครื่องมือหรือวิธีการ อาทิ ทีมคร่อมสายงาน การใช้สถิติควบคุมการทำงาน การน้อมนำหลักการปรัชญาการบริหารคุณภาพ **แนวทางที่ 2 คำสอนของ guru คุณภาพ** ภายใต้การศึกษานี้ องค์การจะนำคำสอนของบรรดา guru คุณภาพมาใช้กับการบริหารขององค์การ อาทิ ข้อบัญญัติ 14 ประการของเดมมิง **แนวทางที่ 3 การพิจารณาจากองค์การตัวอย่างที่เป็นเลิศ**

ภายใต้การศึกษานี้ องค์กรจะนำตัวอย่างองค์กรที่เป็นเลิศมาเป็นตัวเทียบเคียงกับองค์กรของตน **แนวทางที่ 4 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของญี่ปุ่น** ภายใต้การศึกษานี้ องค์กรจะนำเอากลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ เครื่องมือ เทคนิควิธีของอุตสาหกรรมญี่ปุ่นมาใช้ **แนวทางที่ 5 รางวัลคุณภาพ** ภายใต้การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์รางวัลคุณภาพต่างๆ อาทิ รางวัล MBNQA รางวัล TQA เป็นต้น

สำหรับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทย หากจัดประเภทการได้มาซึ่งมาตรฐานกำกับคุณภาพโรงพยาบาลนั้นจะตรงกับแนวทางที่ 5 กล่าวคือหลักการและโครงสร้างของมาตรฐานโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลต่างๆ ใช้ขับเคลื่อนคุณภาพมาจากหลักการและโครงสร้างของรางวัลคุณภาพแห่งชาติมัลคอล์ม บัลดริจของประเทศสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA) (กิตตินันท์ อนรรฆมณี, 2558) ซึ่งปัจจุบันหลักการและโครงสร้างดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นเป็น **“มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ”** โดยมาตรฐานนี้ได้รับการรับรองจากองค์กรระหว่างประเทศ International Society for Quality in Healthcare (อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล 2559) โดยนัยนี้สะท้อนว่ามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นมาตรฐานสากลเป็นที่น่าเชื่อถือได้ในระดับนานาชาติ ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะเริ่มทบทวนแนวคิดของหลักการและโครงสร้างของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA ซึ่งถูกเรียกว่า **“Baldrige General Theory” หรือทฤษฎีทั่วไปของบัลดริจ** แล้วจึงนำเสนอวิธีคิดของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย แม้โครงสร้างการพัฒนาหรือการบริหารคุณภาพจะเหมือนกันกับรางวัล MBNQA แต่ปรัชญาเบื้องหลังมิใช่ตัวเดียวกันซึ่งจะได้อภิปรายในส่วนถัดไป ก่อนการกล่าวถึง**ทฤษฎีทั่วไปของบัลดริจ** ผู้วิจัยจะนำกล่าวถึงคำว่า **คำนิยามคุณภาพ ปรัชญาของคุณภาพ และปรัชญาและความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล** ดังนี้

2.1.1 คำนิยาม

การให้คำนิยามของคำว่า “คุณภาพ” นั้น เป็นการยากที่จะนิยาม เพราะมีความผันแปรไปตามมุมมอง บริบทของแต่ละบุคคล ดังนั้น คำนิยามของคำว่า “คุณภาพ” จึงไม่มีคำนิยามใดที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นสากล (Mosadeghrad, 2014b) อย่างไรก็ตาม คำว่า “คุณภาพ” ได้ถูกนิยามไว้หลากหลายความหมาย อาทิ

คุณภาพ หมายถึง ธรรมชาติหรือคุณลักษณะพื้นฐานของสินค้าหรือบริการ ปัจจุบันคำว่า “คุณภาพ” ถูกใช้อย่างไม่ถูกต้องในการบอกระดับความยอดเยี่ยมหรือความเหนือกว่าสิ่งอื่นๆ เพราะคำว่า คุณภาพ ต้องการคำคุณศัพท์อธิบายคุณสมบัติ อาทิ คุณภาพต่ำ หรือคุณภาพสูง ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นการเปรียบเทียบของความสำเร็จของสินค้าหรือบริการนั้น (Wiggins, 2014)

คุณภาพ หมายถึง การทำตามที่ถูกคำต้องการ องค์การจะต้องคำนึงถึงความต้องการของลูกค้าอยู่ตลอด ต้องระวังไม่ให้ห่วงโซ่คุณภาพ (quality chain) หลุดออกจากกัน เพราะหากลูกค้าเกิดความไม่พอใจจะกลายเป็นภาพพจน์ทางลบขององค์การ ความบกพร่องยังเกิดขึ้นจากการขาดความมุ่งมั่นในการให้บริการ ห่วงโซ่จึงหลุดได้ในตอนใดตอนหนึ่งระหว่างการส่งสินค้าหรือการบริการ (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545)

คุณภาพ หมายถึง ความยอดเยี่ยมของสินค้าหรือบริการ เช่น คนพูดว่าสินค้านั้นมีคุณภาพสูงสำหรับในโรงงานอุตสาหกรรม คุณภาพอาจหมายถึง การวางตำแหน่งของวัตถุแต่ละชิ้นตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ได้อย่างแม่นยำ ส่วนในโรงพยาบาล คุณภาพอาจหมายถึง การเป็นมืออาชีพ (Turner,1993 อ้างถึงใน เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545)

คุณภาพ หมายถึง คุณสมบัติโดยรวมของผลิตภัณฑ์ สินค้าหรือบริการของกิจการตลอดจนองค์กรใดๆที่แสดงถึงความสามารถในการตอบสนอง ทั้งความต้องการที่ชัดเจนและความต้องการที่แฝงเร้นของลูกค้า (ISO8402:1994 อ้างถึงใน วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2550)

คุณภาพ หมายถึง สินค้าหรือบริการที่ปราศจากการชำรุดหรือข้อบกพร่อง เป็นไปตามข้อกำหนดหรือได้มาตรฐาน เป็นไปตามความต้องการของลูกค้า สร้างความพึงพอใจหรือความประทับใจให้แก่ลูกค้า และเป็นเลิศในทุกด้าน (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2550)

โดยสรุปแล้ว แม้ว่าคำว่า คุณภาพ นั้นมีการนิยามที่หลากหลายตามความเชื่อและประสบการณ์ของแต่ละคน แต่มีนิยามร่วมกันในการสื่อถึงคำว่าคุณภาพคือความพึงพอใจของผู้มารับบริการ อย่างไรก็ตาม “คุณภาพ” ในระบบบริการสุขภาพนั้นมีความยากทั้งในการนิยามและการวัดมากกว่า ในภาคบริการหรืออุตสาหกรรมอื่นๆ เนื่องจากในภาคบริการด้านสุขภาพมีคุณลักษณะที่มีความเฉพาะอย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่ (1) ภาวะแห่งการจับต้องไม่ได้ (Intangibility) (2) ภาวะวิวิธพรรณ (Heterogeneity) และ (3) ภาวะแห่งการเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (Simultaneity) ซึ่งทั้งสามภาวะนี้ทำให้คำว่า “คุณภาพ” สำหรับการบริการสุขภาพมีความยากในการให้คำนิยามและการวัดระดับของคุณภาพ โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ (Mosadeghrad, 2014a)

(1) ภาวะแห่งการจับต้องไม่ได้ (Intangibility)

การบริการด้านการดูแลสุขภาพคือสินค้าที่จับต้องไม่ได้ และไม่สามารถถูกสัมผัส รู้สึกมองเห็น นับ หรือวัดได้เหมือนสินค้าในภาคอุตสาหกรรมการผลิตอื่นๆ การผลิตสินค้าที่จับต้องได้ทำให้สามารถวัดคุณภาพในเชิงปริมาณได้ เพราะว่าคุณภาพเหล่านั้นสามารถถูกสัมผัสตัวอย่าง และถูกทดสอบคุณภาพผ่านกระบวนการผลิตและการนำไปใช้ อย่างไรก็ตาม คุณภาพของการบริการด้านการดูแลสุขภาพก็ขึ้นอยู่กับกระบวนการบริการ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับลูกค้า คุณลักษณะ

บางอย่างของคุณภาพในการดูแลสุขภาพ อาทิ ความเหมาะสมแก่เวลา (timeliness) ความสอดคล้อง (consistency) และความถูกต้อง (accuracy) เป็นสิ่งที่วัดได้ยาก

(2) ภาวะวิวิธพรรณ (Heterogeneity)

การบริการด้านการดูแลสุขภาพมีความเป็นไปได้ยากที่จะให้บริการอย่างคงเส้นคงวาโดยการบริการนั้นมีความต่างระหว่างกระบวนการ ลูกค้า สถานที่และการให้บริการในแต่ละวัน ภาวะวิวิธพรรณหรือภาวะความไม่สอดคล้องกันนี้สามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องด้วยความแตกต่างทางวิชาชีพ อาทิ วิชาชีพแพทย์ วิชาชีพพยาบาล ที่ได้ส่งมอบบริการแก่ผู้ป่วยที่มีความต้องการที่แตกต่างกันไป มาตรฐานคุณภาพจึงยากที่จะกำหนดในระบบปฏิบัติงานตามมาตรฐานบริการ (service operations) นอกจากนี้ วิชาชีพที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพได้ส่งมอบบริการที่มีความแตกต่างกันเพราะว่ามีปัจจัยบางอย่างที่ไม่เหมือนกันของแต่ละวิชาชีพ เช่น ประสบการณ์ ความสามารถส่วนตัว และบุคลิกภาพของผู้ปฏิบัติงาน

(3) ภาวะแห่งการเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (Simultaneity)

การบริการด้านการดูแลสุขภาพเป็นการบริการที่ถูกผลิตและถูกบริโภคในเวลาเดียวกัน และไม่สามารถถูกเก็บไว้บริโภคในครั้งต่อไปได้ สิ่งนี้เองทำให้การควบคุมคุณภาพมีความยาก เพราะลูกค้าไม่สามารถตัดสิน “คุณภาพ” ก่อนการซื้อและบริโภคได้ ทั้งนี้ไม่เหมือนกับการผลิตสินค้าอื่นๆ การบริการด้านการดูแลสุขภาพมีแนวโน้มน้อยมากที่จะมีการตรวจสอบคุณภาพขั้นสุดท้าย ดังนั้น ผลลัพธ์อันเกิดแต่การบริการดูแลสุขภาพจึงไม่สามารถที่จะรับประกันได้

แม้ว่า คุณภาพในการบริการสุขภาพ จะเป็นแนวคิดที่มีความเป็นอัตวิสัย ซับซ้อนและมีหลากหลายมิติ แต่มีนักวิชาการจำนวนหนึ่งได้พยายามให้คำนิยามของคำว่า **คุณภาพ** ในบริบทของการบริการสุขภาพไว้ เช่น

คุณภาพของการดูแลสุขภาพ หมายถึง การประยุกต์ใช้วิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในลักษณะที่เพิ่มประโยชน์ทางสุขภาพโดยปราศจากการเพิ่มความเสี่ยง (Donabedian, 1980 อ้างถึงใน Mosadeghrad, 2014)

คุณภาพของการดูแลสุขภาพ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่มากกว่าความคาดหวังของผู้ป่วย และได้รับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยมีทรัพยากรต่างๆให้การสนับสนุนการทำงานของบุคลากร (Ovretvit, 2009 อ้างถึงใน Mosadeghrad, 2014)

คุณภาพของการดูแลสุขภาพ หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยมีความอึดเอมใจอย่างสม่ำเสมอด้วยการจัดเตรียมการบริการดูแลสุขภาพที่ให้ผลเป็นที่พอใจ (efficacious) มีประสิทธิผล (effective)

และมีประสิทธิภาพ (efficient) ทั้งนี้มาตรฐานหรือคู่มือทางการให้บริการสุขภาพจะต้องเน้นเรื่อง **ความต้องการของลูกค้าและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน** (Mosadeghrad,2013 อ้างถึงใน Mosadeghrad, 2014)

นอกจากนี้ **อาภากร สุปัญญา (2557)** ได้กล่าวถึงคำว่า **คุณภาพในโรงพยาบาล**อาจทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจว่าประโยชน์อันเกิดแต่การพัฒนาคุณภาพจะตกแก่ประชาชนผู้มารับบริการแต่ฝ่ายเดียว โดยอาภากรเสนอว่า ถ้าใช้คำว่า **ความไว้วางใจ** จะเป็นการสื่อถึงผู้ให้บริการด้วย ซึ่งการนิยามนี้ได้สะท้อนถึงปรัชญาการพัฒนาคุณภาพทั้งในแง่ของผู้ให้และผู้รับบริการไปพร้อมกัน (อาภากร สุปัญญา, 2557)

2.1.2 ปรัชญาการพัฒนาคุณภาพ

ปรัชญาการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร เป็นปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งจะได้กล่าวถึงในหัวข้อถัดไป โดยปรัชญาดังกล่าวมีปรัชญาหลัก 3 ปรัชญาที่เป็นฐานแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ **ปรัชญาการให้ความสำคัญกับลูกค้า (customer-driven) ปรัชญาการให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงาน (employee-driven) และปรัชญาไคเซ็น (Kaizen)** โดยทั้ง 3 ปรัชญาสามารถอภิปรายเป็นลำดับได้ดังนี้ (เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545)

2.1.2.1 ปรัชญาการให้ความสำคัญกับลูกค้า (customer-driven philosophy)

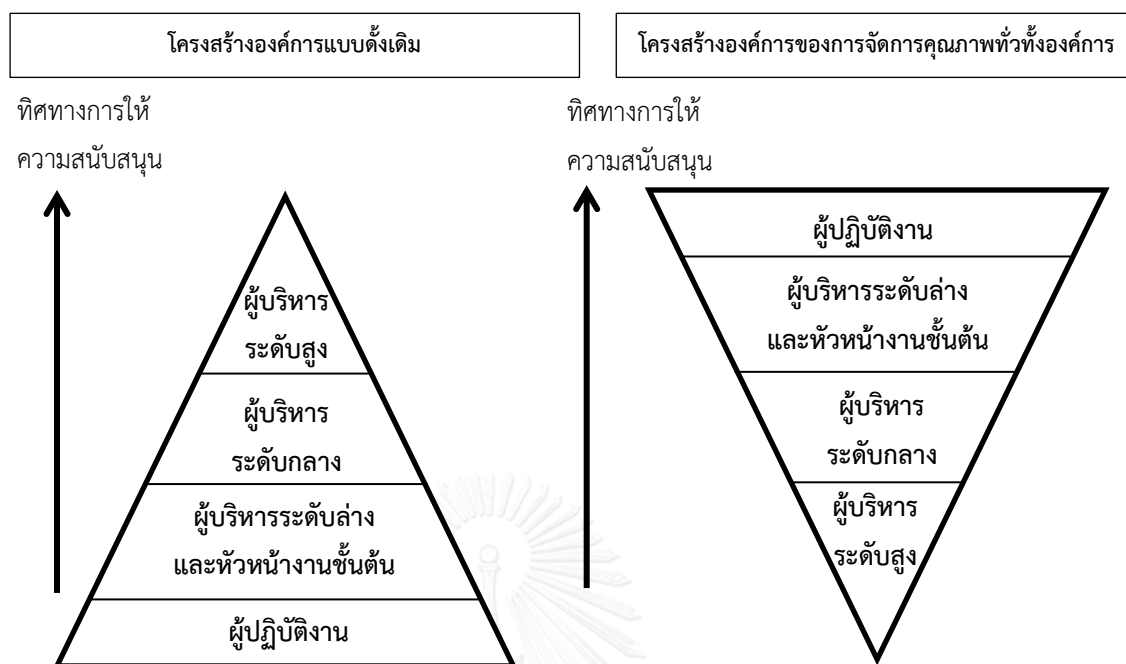
ปรัชญาแรกเป็นปรัชญาที่ให้ความสำคัญกับความต้องการของลูกค้า เช่น ให้ความสนใจตั้งแต่เริ่มแรกที่ลูกค้าเดินเข้าประตูถัดอาคาร ร้านค้า และให้การต้อนรับอย่างเป็นมิตร ผู้ผลิตและผู้ขายพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับลูกค้า เพื่อหาทางตอบสนองในสิ่งที่ลูกค้าต้องการ หรือถ้าเป็นไปได้ก็ต้องสามารถให้ในสิ่งที่เกินกว่าลูกค้าคาดหวัง เพื่อสร้างความประทับใจให้กับลูกค้าและนำมาซึ่งชัยชนะในการแข่งขัน ปัจจุบันองค์การรู้ว่า ถ้าหากยังให้บริการแบบเดิม ลูกค้าอาจเบื่อและหันไปสนใจผู้ผลิตหรือผู้ขายรายอื่น ในที่สุดเขาก็ต้องออกจากธุรกิจไป สมัยใหม่จึงเน้นว่าลูกค้าคือพระราชา นอกจากการมองลูกค้าเป็นพระราชาแล้ว ในสมัยใหม่ยังมุ่งสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับสินค้าและบริการอีกด้วย เพราะองค์การสมัยใหม่รู้ว่าลูกค้าไม่ได้มองเฉพาะค่าใช้จ่ายอย่างเดียว ลูกค้ายังเลือกซื้อสินค้าด้วยเหตุผลอื่นๆ องค์การจึงมุ่งสร้างคุณค่าทั้งหมดให้เกิดขึ้นกับการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองต่อลูกค้า โดยการให้ความสนใจกับความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า นำเอาสิ่งที่ลูกค้าต้องการและความคาดหวังนั้นมาผลิตเป็นสินค้าหรือบริการ และในระหว่างนั้นก็สนใจติดตามการเปลี่ยนแปลงของความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าอยู่ตลอดเวลา

แนวทางสมัยใหม่นี้เรียกว่า **แนวทางการให้ความสำคัญกับคุณค่า** (value-driven approach) หลักการของแนวทางนี้มองว่า นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายแล้ว ลูกค้ายังมีค่านิยมต่อคุณค่าอื่นๆ อีกหลายประการ อาทิ ความสามารถในการใช้งาน ระยะเวลาที่ใช้ คุณภาพและความยืดหยุ่นของสินค้าและบริการซึ่งความยืดหยุ่นนี้หมายถึง การมีโอกาสในการเลือกของลูกค้า และความสามารถในการปรับตัวของสินค้าและบริการต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แนวทางการให้ความสำคัญกับคุณค่ากำลังได้รับความสนใจจากการศึกษาการบริหารเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการจัดการจัดการปฏิบัติการ (Operations Management) ซึ่งเป็นแนวคิดผสมผสานที่ง่ายต่อการเข้าใจและนำไปใช้ มีทั้งส่วนที่พลวัตและคงที่ เป็นแนวคิดที่มีลักษณะเป็นกลยุทธ์อยู่ในตัว แนวคิดนี้เน้นการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าเริ่มตั้งแต่การศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับลูกค้า นำเอาข้อมูลมาจัดวางกระบวนการผลิตและการให้บริการให้มีประสิทธิภาพ สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับลูกค้า เช่น อะไรที่จะทำให้เอาชนะคู่แข่งได้ อะไรที่เป็นคุณค่าที่ทำให้ลูกค้ายอมรับ และอะไรที่ทำให้พ่ายแพ้แก่คู่แข่งทั้งในปัจจุบันและอนาคต การมีข้อมูลเช่นนี้เป็นพื้นฐานที่ช่วยให้เข้าใจลูกค้าเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545)

2.1.2.2 ปรัชญาการให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงาน (employee-driven philosophy)

ปรัชญาถัดมาคือ การให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงาน สาเหตุที่ต้องให้ความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงาน ก็เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานพบเห็นปัญหาต่างๆ ด้วยตัวของเขาเอง แต่กลับไม่มีอำนาจแก้ไข ในที่สุดผู้ปฏิบัติงานก็จะปรับตัวให้เคยชินกับปัญหา จนกลายเป็นปัญหาเรื้อรังและเป็นตัวบั่นทอนประสิทธิภาพในการทำงาน การจัดการทั่วทั้งองค์การจึงเกิดแนวคิดที่จะสร้างทีมงานและมอบอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติงาน โดยมองว่าการมอบอำนาจเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสคิดริเริ่มสร้างสรรค์อย่างเต็มที่ มีแรงจูงใจและมีความผูกพันต่อองค์การ อย่างไรก็ตาม การมอบอำนาจก็จะทำได้ก็ต่อเมื่อผู้ปฏิบัติงานได้รับการอบรมแล้ว วิธีการมอบอำนาจได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องให้เครื่องมือที่ดีที่สุดในการทำงาน ให้อำนาจการตัดสินใจอย่างเต็มที่ และให้รางวัลอย่างเป็นธรรม การจัดการคุณภาพที่องค์การมักนิยมจัดสายการบังคับบัญชาใหม่โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่แตกต่างกันมาทำงานเป็นทีมเดียวกันเพื่อร่วมรับผิดชอบต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวต่อการทำงานด้วยกัน เช่น บริษัทไคร้สเลอร์จัดทีมงานใหม่ตามลักษณะรถยนต์ที่ผลิตให้แต่ละทีมประกอบด้วย วิศวกร นักวางแผน ผู้จัดการตลาด นักออกแบบ นักวิเคราะห์การเงิน และผู้ป้อนวัตถุดิบที่อยู่ภายนอก แต่ละทีมรับผิดชอบการขายรถยนต์แต่ละแบบไม่แยกหน้าที่กันเหมือนก่อน ผลปรากฏว่าทำให้คุณภาพดีขึ้น ค่าใช้จ่ายลดลงและสามารถลดระยะเวลาการนำสินค้าออกสู่ตลาดได้ การจัดการคุณภาพที่ทั้งองค์การได้เปลี่ยนปรัชญาการบริหารโดยได้กลับหัวองค์การใหม่ ดังแสดงรูปที่ 2.1

รูป 2.1 แสดงการเปรียบเทียบโครงการสร้างองค์การแบบดั้งเดิมกับการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การ



ที่มา: เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2545)

ในรูปที่ 2.1 การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การมองว่า องค์การแบบดั้งเดิมให้ความสนับสนุนไม่ถูกทิศทาง เพราะไปให้ความสนับสนุนตามลำดับชั้นแบบปิรามิด ในที่สุดจะไปจบที่ผู้บริหารระดับสูง ทำให้ผู้บริหารระดับสูงเป็นคนกำหนดทุกอย่างเองหมด แต่อันที่จริงนั้นผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุดกับลูกค้าและผู้รู้รายละเอียดของการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่รู้เรื่องคุณภาพมากที่สุด เขารู้ปัญหา ผลกระทบและแนวทางแก้ไขดี ดังนั้น การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การจึงเห็นว่าควรเปลี่ยนความสนับสนุนใหม่ โดยหันมาสนับสนุนผู้ปฏิบัติในระดับล่างเพื่อให้เขาสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

2.1.2.3 ปรัชญาไคเซ็น (Kaizen)

ปรัชญาที่สาม คือปรัชญาไคเซ็น เป็นปรัชญาของญี่ปุ่น แต่ปัจจุบันได้กลายเป็นแนวคิดสากลไปแล้ว ปรัชญาไคเซ็น หมายถึง การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นการปรับปรุงระบบทั้งหมด โดยทำทีละเล็กทีละน้อย แต่ทำอย่างสม่ำเสมอ ผู้บริหารคุณภาพตามหลักไคเซ็นไม่มีวันพอใจกับสิ่งที่เขาได้ปรับปรุงไป เพราะถือว่าคุณภาพเป็นการเดินทางที่ไม่มีวันสิ้นสุดและไม่มีจุดหมายสุดท้าย พวกเขาจะทดลอง วัต แก้ไข และปรับปรุงการทำงานอยู่เสมอ ดังนั้นญี่ปุ่นจะไม่คิดว่าของเสียเป็นศูนย์ไปหมดแต่จะค้นหาจุดที่อาจเกิดความเสียหายหรือจุดที่เป็นปัญหาอยู่ตลอด ปรัชญาไคเซ็นมีความหมายเท่ากับการให้ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นวิถีชีวิต

สำหรับวิธีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องโดยทั่วไป ได้แก่

- (1) ปรับปรุงสินค้าและบริการ และทำให้คุณภาพของสินค้าและบริการมีความสม่ำเสมอมากขึ้น
- (2) เร่งวงจรการผลิตสินค้าและบริการให้เร็วขึ้น เพื่อ่นระยะเวลาการผลิตสินค้าและบริการให้ลดลง
- (3) ทำให้การผลิตสินค้าและบริการมีความยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น ปรับเปลี่ยนได้ทันความต้องการของลูกค้าและเทคโนโลยีใหม่ๆได้เร็วขึ้น
- (4) ลดค่าใช้จ่ายและทำให้ของเสียมีจำนวนลดลง เช่น การตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ลดของเหลือเศษ การทำงานซ้ำ ตลอดจนตัดกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มออกไป

ฉะนั้น จะเห็นสาระสำคัญของปรัชญาการจัดการคุณภาพทั้งองค์การว่า ส่วนใหญ่จะเน้นหลักการ 3 ประการ คือประการแรก ให้องค์การทุกคนมีความสามารถปรับปรุงองค์การ ประการที่สอง จุดมุ่งหมายสุดท้ายขององค์การก็คือการมุ่งการตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าด้วยการผลิตสินค้าและบริการ ประการที่สาม ต้องมองว่ากระบวนการมีความสำคัญไม่แพ้ผลลัพธ์ เพราะผลลัพธ์ที่ดีจะมาจากกระบวนการที่ดี ถ้าหากปรับปรุงกระบวนการให้ดี ผลลัพธ์ที่ดีก็จะตามมา สรุปว่าปรัชญาการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การเป็นเรื่องให้ความสำคัญต่อพนักงาน ลูกค้า และการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (Feinberg,1998 อ้างถึงใน เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ,2545) **เดมมิ่ง** กูรูคุณภาพเน้นย้ำว่า ผู้บริหารต้องยอมรับปรัชญาคุณภาพว่าเป็นศาสนาใหม่ (New religion) ขององค์การ สำหรับคำสอนของเดมมิ่งอภิปรายได้ดังนี้ (1) จงสร้างปณิธานอันแน่วแน่ในการปรับปรุงคุณภาพ (2) จงยอมรับปรัชญาใหม่ๆของการบริหารคุณภาพ (3) จงยุติการควบคุมคุณภาพโดยการตรวจสอบ (4) จงยุติวิธีดำเนินธุรกิจโดยการตัดสินกันที่ราคาขายเพียงอย่างเดียว (5) จงปรับปรุงระบบการผลิตและการให้บริการอย่างต่อเนื่อง (6) จงฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ (7) จงสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้น (8) จงจำกัดความกลัวให้หมดไป (9) จงทำลายสิ่งกีดขวางต่อความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ (10) จงกำจัดคำขวัญและเป้าหมายที่เกินจำเป็น (11) จงกำจัดจำนวนโควตาที่เป็นตัวเลข (12) จงกำจัดสิ่งกีดขวางความภาคภูมิใจของพนักงาน (13) จงจัดทำแผนการศึกษาและฝึกอบรมที่เข้มข้น (14) จงลงมือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง หากผู้นำองค์การละเลยหลักปรัชญาดังกล่าวจนเกิดปรากฏการณ์การปฏิบัติงานที่ย่ำแย่ (bad practices) ซึ่ง**เดมมิ่ง** (W. Edwards Deming, 1986) ได้เรียกปรากฏการณ์เหล่านั้นว่าโรคที่อาจทำให้องค์การตายได้ (The Deadly Diseases) ซึ่งเขาได้แสดงให้เห็น 7 โรค ดังนี้ โรคการขาดความต่อเนื่องตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ โรคการมุ่งเน้นผลกำไรระยะสั้น โรคการชอบประเมินผลงานของผู้บริหาร โรคการเปลี่ยนผู้บริหารบ่อย

โรคการบริหารที่ขอใช้เพียงแค่ตัวเลขที่มองเห็นได้เท่านั้น โรคต้นทุนการรักษาพยาบาลที่มากเกินไป และโรคต้นทุนทางกฎหมายที่สูงเกินไป

2.1.3 ปรัชญาและความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

สำหรับปรัชญาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย ด้วยชื่อเรียกว่า **Hospital Accreditation** และด้วยภาพสุดท้ายที่ปรากฏออกมาในรูปแบบการรับรองอาจทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนมองไม่เห็นแก่นแท้ที่อยู่เบื้องหลังภาพที่เห็น แท้ที่จริงแล้วการรับรองเป็นเพียงแรงจูงใจและให้กำลังใจแก่การทำดีของโรงพยาบาล คุณค่าที่แท้จริงอยู่ที่คุณภาพและความปลอดภัยที่ให้แก่ผู้ป่วยอยู่ที่กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล การประเมินหรือเยี่ยมสำรวจจากภายนอกเป็นเสมือนตัวช่วยเร่งปฏิริยาช่วยเร่งการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างมีทิศทางมีเป้าหมายเป็นการกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญด้วยการถามคำถามเพื่อกระตุ้นความคิดซึ่งบางครั้งอาจถูกละเลยไปด้วยความรู้สึกเคยชินกับสถานการณ์เป็นเสมือนการซ้อมรบกับข้าศึกซึ่งฝังตัวอยู่ภายในอันได้แก่ความเสี่ยงทั้งหลาย และข้าศึกภายนอกได้แก่ปัญหาสุขภาพและความคาดหวังของผู้รับบริการ การซ้อมรบทำให้เห็นความเสี่ยงที่ฝังตัวอยู่ การเยี่ยมสำรวจจึงมิใช่การพิพากษา มิใช่เรื่องของการผ่านและไม่ผ่าน แต่เป็นเรื่องของการเตรียมความพร้อมเพื่อต่อสู้กับข้าศึกตัวจริงที่เข้ามาโจมตีโรงพยาบาลอยู่ทุกเมื่อไม่ว่าจะรู้ตัวบ้างและไม่รู้ตัวบ้าง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการรวมตัวการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันมีความตื่นตัว มีแบบแผนที่ชัดเจน ถ้าไม่เข้าใจแก่นแท้ของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะเต็มไปด้วยรูปแบบที่ไม่จำเป็น เกิดความเครียดและความอึดอัด ปล่อยปละละเลยไม่เตรียมพร้อมการเผชิญหน้ากับข้าศึกตัวจริง

การให้คำนิยามของคำว่า “**การพัฒนาคุณภาพ**” ได้ปรากฏในคู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง การจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การนิยามดังกล่าวมีความสอดคล้องกับปรัชญาของการจัดการคุณภาพทั้งองค์การโดยมีปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังการจัดการคุณภาพทั้งองค์การจำนวน 3 ปรัชญา (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) ประกอบด้วย ปรัชญาการให้ความสำคัญกับลูกค้า (customer-driven) ปรัชญาการให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงาน (employee-driven) และปรัชญาไคเซ็น (Kaizen) ซึ่งปรัชญาทั้งสามนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายในส่วนก่อนหน้าไว้แล้ว อย่างไรก็ตามในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะแสดงให้เห็นว่า แท้ที่จริงแล้ว การ

พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีปรัชญาการจัดการคุณภาพทั้งองค์การอยู่เบื้องหลังหลักการที่ปรากฏในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ดังแสดงให้เห็นได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบปรัชญาการจัดการคุณภาพทั้งองค์การกับค่านิยมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ปรัชญาการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ	องค์ประกอบค่านิยมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
1. ปรัชญาการให้ความสำคัญกับลูกค้า (customer-driven)	(1) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (2) การมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่
2. ปรัชญาการให้ความสำคัญกับผู้ปฏิบัติงาน (employee-driven)	(1) การทำงานเป็นทีม
3. ปรัชญาไคเซ็น (Kaizen)	(1) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (2) ระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยง (3) การประกันคุณภาพ

ที่มา: จากการประมวลของผู้วิจัย

จากตารางแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องระหว่างปรัชญาการจัดการคุณภาพทั้งองค์การกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจึงสามารถอธิบายด้วยหลักการจัดการคุณภาพทั้งองค์การตามคำอธิบายที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ชื่อที่ใช้เรียกการจัดการคุณภาพทั้งองค์การมีมากกว่าหนึ่งชื่อ เช่น การจัดการคุณภาพทั้งองค์การ การจัดการคุณภาพ หรือคุณภาพทั้งองค์การ เป็นต้น (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) และเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ในงานวิจัยนี้จะใช้คำว่า “การพัฒนาคุณภาพ” สื่อถึงการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ

2.1.4 ทฤษฎีทั่วไปของบัลดริจ

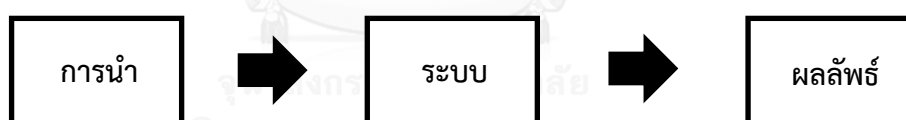
การศึกษาในแนวทางนี้ที่พบส่วนใหญ่จะใช้องค์ประกอบจากตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะการนำรางวัลคุณภาพแห่งชาติมัลคอล์ม บอลดริจมาเป็นกรอบอ้างอิงในการศึกษาวิจัย เนื่องจากว่าตัวแบบหรือเกณฑ์รางวัลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดของการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การ (Total Quality Management: TQM) ที่นำเสนอโดยผู้เชี่ยวชาญหรือกูรูด้านคุณภาพ อาทิ เดมมิ่ง ครอสบี จูราน อิชิกาวา (Hongyi Sun, 2011) โดยกรอบแนวคิดของรางวัล

คุณภาพแห่งชาติมัลคอล์ม บัลดริจ (MBNQA) ที่ถูกนำมาทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความผันแปรไปตามช่วงเวลาที่ตั้งสถาบันมาตรฐานและเทคโนโลยีแห่งชาติสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาปรับปรุงไปตามสภาวะแวดล้อมทางพลวัตของเศรษฐกิจของโลกและเทคโนโลยี (SM Lee, 2006) โดยแนวทางของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA (Baldrige Approach) ได้ถูกพัฒนาให้ชัดเจน เหมาะสม ตามกาลสมัยโดยผู้วิจัยจะแสดงให้เห็นแนวทางนี้ 2 แนวทางซึ่งเป็นแนวทางในยุคแรกและยุคปัจจุบัน แม้ว่าจะมีฐานคติในมุมมองเชิงระบบเช่นเดียวกัน แต่ในระดับรายละเอียดแล้วจะมีคำอธิบายที่มีความแตกต่างกัน โดยอภิปรายได้ดังนี้

(1) แนวทางบัลดริจในยุคแรก : Baldrige General Theory

ใน Baldrige General Theory (Darryl D. Wilson and David A. Collier, 2000; Susan M. Meyer and David A. Collier, 2001) ได้กล่าวถึงข้อสมมติเบื้องต้นของตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA ว่า “การนำจะขับเคลื่อนระบบและระบบจะสร้างสรรค์ผลลัพธ์” (Leadership drives the System which creates Results) โดยระบบที่ว่านั้น หมายถึง การจัดการกระบวนการ การพัฒนาและจัดการทรัพยากรบุคคล การวางแผนกลยุทธ์ สารสนเทศและการวิเคราะห์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แปลงแนวทางดังกล่าวไว้ในรูปภาพที่ 2.2

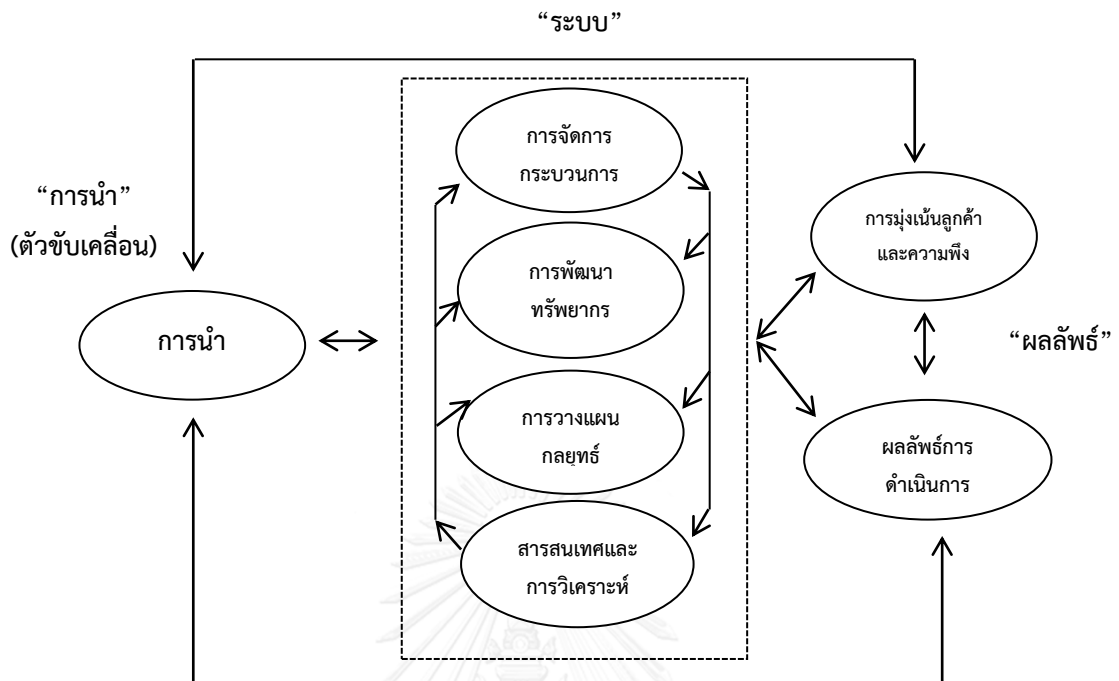
รูปที่ 2.2 แสดงข้อสมมติของแนวทางของบัลดริจ (Baldrige Approach)



ที่มา: Meyer and Collier (2001)

ทั้งนี้ ข้อสมมติที่กล่าวไว้แล้วนั้นถูกนำมาสร้างผสานกับแนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การ (Total Quality Management) (Sang M. Lee, 2013) จนเกิดเป็นตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติมัลคอล์ม บัลดริจ (MBNQA) ในยุคแรก ดังแสดงได้ดังรูปที่ 2.3

รูปที่ 2.3 แสดงตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติมัลคอล์ม บัลดริจ (MBNQA) ในปี 1995



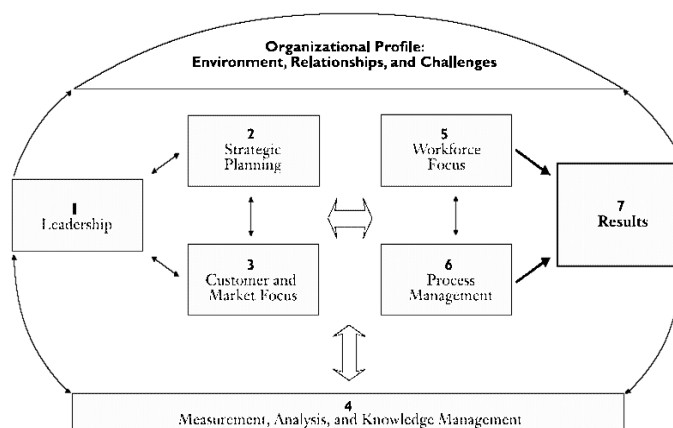
ที่มา: Wilson and Collier (2000)

ตัวแบบรางวัลคุณภาพนี้ “การนำ” ทำหน้าที่เป็นตัวขับเคลื่อนทั้งค่านิยม เป้าหมาย และระบบขององค์กร โดยระบบประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ สารสนเทศและการวิเคราะห์ การวางแผน กลยุทธ์ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการจัดการกระบวนการ โดยองค์ประกอบที่เป็นผลลัพธ์ จำแนกได้ 2 องค์ประกอบได้แก่ การมุ่งเน้นลูกค้าและความพึงพอใจ และผลลัพธ์การดำเนินการ โดยทุกองค์ประกอบมีข้อสมมติว่าองค์ประกอบมีความเกี่ยวเนื่องกัน (Sang M. Lee, 2013) ดังเห็นได้จากลูกศรสองทางดังแสดงในรูปภาพที่ 2.3 โดยตัวแบบที่ว่ามีนักวิชาการ อาทิ Meyer and Collier (2001) นำไปทดสอบว่าตัวแบบมีความตรงหรือไม่ และองค์ประกอบมีความสัมพันธ์ต่อกันหรือไม่ รวมถึงการสร้างเครื่องมือวัดองค์ประกอบภายใต้ตัวแบบนี้ ซึ่งจะได้อภิปรายถึงงานวิจัยเหล่านี้ ทั้งข้อค้นพบสำคัญและข้อโต้แย้งในโอกาสถัดไป แม้ว่าจุดเริ่มต้นของ แนวทางของบัลดริจ (Baldrige Approach) นี้จะเริ่มต้นในปีทศวรรษที่ 1990 แต่งานวิจัยหลายชิ้นยังอ้างอิงถึงแนวทางนี้ในการสร้าง โมเดลหรือกรอบแนวคิดในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเชื่อมโยง (linkage) องค์ประกอบการบริหารงานคุณภาพ (TQM practices) โดยอาศัยตรรกะของแนวทางบัลดริจที่กล่าวว่า “การนำจะส่งผลต่อระบบแล้วระบบจะสร้างผลลัพธ์” อย่างไรก็ตาม แนวทางของบัลดริจ (Baldrige Approach) นี้ ก็ได้ถูกปรับปรุงให้มีความเหมาะสมตามกาลสมัย

(2) แนวทางบัลดริจในยุคปัจจุบัน : Baldrige Burger

บัลดริจเบอร์เกอร์ (Baldrige Burger) เป็นแนวทางหรือเกณฑ์ที่ให้มุมมองเชิงระบบ เช่นเดียวกับ Baldrige General Theory เพื่อให้องค์การบรรลุผลการดำเนินการที่เป็นเลิศโดยทั้ง ค่านิยมหลักและเกณฑ์เป็นรากฐานและกลไกในการเชื่อมโยงระบบทั้งหมดเข้าด้วยกัน แต่การจัดการ การดำเนินการโดยรวมจะประสบผลสำเร็จนั้นต้องอาศัยการสังเคราะห์ (Synthesis) การมุ่งไปในทาง เดียวกัน (Alignment) และการบูรณาการ (Integration) โดยการสังเคราะห์หมายถึง การมอง ภาพรวมขององค์กรโดยใช้ความต้องการหลักของธุรกิจซึ่งรวมถึงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และแผนงาน เป็นพื้นฐาน การมุ่งไปในแนวทางเดียวกันหมายถึง การเชื่อมโยงระหว่างข้อกำหนดต่างๆ ในหมวด ตามที่ระบุไว้ในเกณฑ์เพื่อให้แผนงาน กระบวนการ วัตถุประสงค์ และกิจกรรมต่างๆ มุ่งไปในทางเดียวกัน และการบูรณาการหมายถึง องค์ประกอบต่างๆ ในระบบการจัดการผลการดำเนินงานขององค์กรมี การทำงานเชื่อมสัมพันธ์กันทั้งหมด โดยรูปที่ 2.4 แสดงให้เห็นการวางแนวทางขององค์กรให้มุ่งไปใน ทิศทางเดียวกัน ตัวอย่างเช่น ผู้นำระดับสูงมุ่งเน้นการกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์และการมุ่งเน้นลูกค้า ซึ่งหมายความว่า ผู้นำระดับสูงต้องติดตาม ตอบสนองและจัดการการดำเนินการ โดยอาศัยผลลัพธ์ ทางธุรกิจเป็นพื้นฐาน การมุ่งไปในแนวทางเดียวกันยังรวมถึงการใช้ตัววัดหรือดัชนีชี้วัดเพื่อเชื่อมโยง กลยุทธ์หลักเข้ากับกระบวนการหลักและการจัดสรรทรัพยากรภายในองค์กรให้สอดคล้องกันเพื่อ ปรับปรุงผลการดำเนินการโดยรวม และทำให้ลูกค้าพึงพอใจด้วย โดยเกณฑ์รางวัลแบ่งได้ 7 หมวด ที่ อยู่ภายในบัลดริจเบอร์เกอร์โดยประกอบด้วย (National Institute of standards and Technology, 2015; สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2547)

รูปที่ 2.4 แสดงบัลดริจเบอร์เกอร์ (Baldrige Burger)



ที่มา: NIST(2015)

1. การนำองค์กร (Leadership)

2. การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Planning)
3. การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด (Customers and Market Focus)
4. การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (Measurement, Analysis, and Knowledge Management)
5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (Workforce Focus)
6. การจัดการกระบวนการ (Process Management)
7. ผลลัพธ์ (Results)

โดยตัวแบบยังมีการเชื่อมโยงเกณฑ์รางวัลซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

โครงสร้างองค์กร (Organizational Profile) เป็นการอธิบายวิธีการดำเนินการขององค์กร สภาพแวดล้อมทางธุรกิจ ความสัมพันธ์หลักในการปฏิบัติงาน และความท้าทายเชิงกลยุทธ์ซึ่งเป็นแนวทางที่ครอบคลุมระบบการจัดการดำเนินการขององค์กรโดยรวม

ระบบปฏิบัติการ (Operational System) ประกอบด้วยเกณฑ์ทั้ง 6 หมวดซึ่งอยู่กึ่งกลางของภาพซึ่งระบุลักษณะของการปฏิบัติการและผลลัพธ์ ซึ่งแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มการนำองค์กร และกลุ่มผลลัพธ์

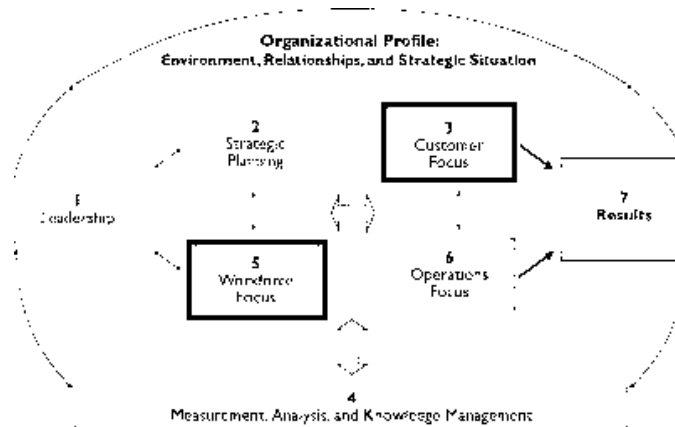
กลุ่มการนำองค์กร ประกอบด้วย การนำองค์กร (หมวด 1) การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (หมวด 2) และการมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด (หมวด 3) โดยเกณฑ์เหล่านี้ถูกจัดเข้าไว้ด้วยกันเพื่อเน้นความสำคัญว่าการนำองค์กรต้องมุ่งที่กลยุทธ์และลูกค้า ผู้นำระดับสูงต้องกำหนดทิศทางขององค์กร เพื่อแสวงหาโอกาสทางธุรกิจในอนาคต

กลุ่มผลลัพธ์ ประกอบด้วย การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (หมวด 5) การจัดการกระบวนการ (หมวด 6) และผลลัพธ์การดำเนินการ (หมวด 7) โดยพนักงานและกระบวนการหลักมีบทบาททำให้การดำเนินงานสำเร็จและนำไปสู่ผลลัพธ์ทางธุรกิจขององค์กร กิจกรรมทุกอย่างมุ่งสู่ผลลัพธ์ทางธุรกิจ ซึ่งประกอบด้วยผลลัพธ์ด้านลูกค้า ผลิตภัณฑ์และบริการ การเงินและการปฏิบัติงาน รวมถึงผลลัพธ์ด้านทรัพยากรบุคคลและความรับผิดชอบต่อสังคม ลูกค้ารณวนอนที่ตรงกลางของภาพแสดงแสดงการเชื่อมโยงกลุ่มการนำองค์กรเข้ากับกลุ่มผลลัพธ์ ซึ่งความเชื่อมโยงดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จขององค์กร ยิ่งกว่านั้นลูกศรนี้ยังชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการนำองค์กร (หมวด 1) และผลลัพธ์ทางธุรกิจ (หมวด 7) ส่วนการที่ลูกศรมีหัวสองข้างนั้นแสดงความสำคัญของการป้อนข้อมูลกลับในระบบการจัดการที่มีประสิทธิผล

พื้นฐานของระบบ (foundation) การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ (หมวด 4) มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้องค์กรมีการจัดการที่มีประสิทธิผล รวมทั้งการปรับปรุงผลการดำเนินงานและความสามารถในการแข่งขันโดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริง การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้นี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญของระบบการจัดการดำเนินการโดยรวม

บัลตรีจเบอร์เกอร์ (Mark Graham Brown, 2013) เป็นชื่อเรียกของตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (MBNQA) เหตุที่เพราะตัวแบบมีลักษณะเหมือนแฮมเบอร์เกอร์ โดยมีกล่องแต่ละกล่องแทนองค์ประกอบต่างๆที่เจ็ดตัว ได้แก่ การนำ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นลูกค้า การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ และผลการดำเนินงาน ทั้งนี้กล่องหมายเลข 4 (รูปที่ 2.4) เป็นฐานรากของเบอร์เกอร์แสดงให้เห็นว่า “การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้” มีความสำคัญต่อทุกๆองค์ประกอบของตัวแบบรางวัลคุณภาพ อย่างไรก็ตาม มีนักวิชาการ (Mark Graham Brown, 2013) ได้วิพากษ์ตัวแบบ MBNQA ว่า ประการแรก “การมุ่งเน้นลูกค้า” ควรจะเป็นตัวขับเคลื่อนมากกว่า “การนำ” เพราะผู้นำองค์กรจะต้องอาศัยสภาวะแวดล้อมทางตลาดในการตัดสินใจ และตลาดนี้เองจะเป็นตัวกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปัจจัยอื่นๆ ประการที่สอง การกำหนดให้ส่วนบนของเบอร์เกอร์เป็นโปรไฟล์ขององค์การ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ และการทำทนาย นั้นหมายความว่าบางองค์การจะนำเอาองค์ประกอบหมายเลข 2 คือการวางแผนกลยุทธ์มาเป็นส่วนบนสุดของเบอร์เกอร์ แสดงให้เห็นว่า “การวางแผนกลยุทธ์” มีความสัมพันธ์ครอบคลุมทุกองค์ประกอบในตัวแบบเช่นเดียวกับการวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ นอกจากนี้ยังมีข้อโต้แย้งของนักวิชาการจำนวนหนึ่งว่าตัวแบบของบัลตรีจไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อาทิ การศึกษาของ (Susan M. Meyer, 1998) และ (Darryl D. Wilson and David A. Collier, 2000) โดยนักวิชาการได้แนะนำว่ากลุ่มการนำควรประกอบด้วยประเด็นกลยุทธ์และทรัพยากรบุคคลสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hongyi Sun (2011) ที่นำเสนอว่า การมุ่งทรัพยากรบุคคลไม่มีผลต่อผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์การ ขณะที่ การมุ่งเน้นลูกค้ามีผลต่อผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเขาได้เสนอปรับตัวแบบบัลตรีจและจัดองค์ประกอบของกลุ่มการนำองค์กรและกลุ่มผลลัพธ์ใหม่ดังแสดงดังรูปที่ 2.5 (Hongyi Sun, 2011)

รูปที่ 2.5 แสดงบัลดริจเบอร์เกอร์ (Baldrige Burger) ที่ปรับปรุงใหม่ของ Hongyi Sun (2011)



ที่มา: Hongyi Sun (2011)

อย่างไรก็ตาม ในเกณฑ์ปี 2015-2016 (National Institute of Standards and Technology, 2015) ของตัวแบบบัลดริจได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยตัวแบบ (framework) ไม่ปรากฏเป็นลักษณะบัลดริจเบอร์เกอร์อีกต่อไป ตัวแบบได้ถูกออกแบบใหม่เพื่อเน้นธรรมชาติของระบบบัลดริจ โครงสร้างที่เชื่อมประสานกันได้สะท้อนความเชื่อมโยงทั้งระบบ โครงร่างองค์การหรือโปรไฟล์องค์การคือ ภูมิหลังอันสื่อถึงแง่มุมต่างๆของระบบผลการดำเนินการขององค์การ และการเน้นบทบาทสำคัญของการบูรณาการโดยย้ำว่า ไม่มีส่วนใดของระบบที่สามารถดำเนินการอย่างเอกเทศโดยไม่พึ่งพิงส่วนอื่น ทั้งนี้ตัวแบบโดยรวมประกอบด้วยบทบาทสำคัญของค่านิยมหลักซึ่งเป็นฐานของระบบการนำและการจัดการผลการดำเนินงาน โดยตัวแบบที่ปรากฏในเกณฑ์ปี 2015-2016 ของ Baldrige Excellence Framework แสดงได้ดังรูปที่ 2.6

รูปที่ 2.6 แสดงตัวแบบ 2015-2016 Baldrige Excellence Framework



ที่มา: NIST (2015)

แม้ว่าตัวแบบที่ปรากฏใน 2015-2016 Baldrige Excellence Framework จะมีลักษณะรูปทรงไม่ใช่เบอร์เกอร์ และยังปรากฏ “**ค่านิยมหลักและแนวคิด**” เป็นฐานรองรับระบบการกระบวนการคุณภาพแล้ว แต่ความสัมพันธ์ของระบบปฏิบัติการยังคงไม่เปลี่ยนแปลงที่ประกอบด้วยสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มการนำองค์กร (การนำ กลยุทธ์ และลูกค้า) และกลุ่มผลลัพธ์ (ผู้ปฏิบัติงาน กระบวนการ และผลลัพธ์) นอกจากนี้ มุมมองเชิงระบบยังคงให้ความสำคัญกับการสังเคราะห์ (Synthesis) การมุ่งไปในแนวทางเดียวกัน (Alignment) และการบูรณาการ (Integration) เช่นเดียวกับตัวแบบบัลดริจเบอร์เกอร์

(3) ค่านิยมของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การเกิดขึ้นมาของทั้ง 7 องค์ประกอบข้างต้น มีที่มาจากค่านิยมหลักและแนวคิดต่างๆ แม้ว่าในแต่ละช่วงสมัยจะมีการปรับปรุงตัวแบบรางวัลแต่โดยรวมแล้วค่านิยมและแนวคิดยังคงไว้ซึ่งหลักการเดิม (National Institute of standards and Technology, 2015; สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2547) โดยเกณฑ์รางวัลประกอบด้วย การนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์ ความเป็นเลิศที่มุ่งเน้นลูกค้า การเรียนรู้ขององค์กรและของแต่ละบุคคล การให้ความสำคัญกับพนักงานและคู่ค้า ความคล่องตัว การมุ่งเน้นอนาคต การจัดการเพื่อนวัตกรรม การจัดการโดยใช้ข้อมูลจริง ความรับผิดชอบต่อสังคม การมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์และการสร้างคุณค่า และมุมมองเชิงระบบ โดยไม่ว่าจะเป็นตัวแบบ MBNQA ในปี 2003 หรือปี 2015-2016 รวมถึงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (มาตรฐาน HA) ล้วนมีค่านิยมไปในทิศทางเดียวกัน โดยผู้วิจัยได้แสดงการเปรียบเทียบไว้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่านิยมหลักและแนวคิดของรางวัลคุณภาพและมาตรฐาน HA

มาตรฐาน HA	2015-2016 Baldrige Excellence Framework (Health Care) ²	2003 MBNQA ³
ทิศทางนำ	มุมมองเชิงระบบ	มุมมองเชิงระบบ
	การนำอย่างมีวิสัยทัศน์	การนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์
	การเรียนรู้และความคล่องตัวขององค์กร	การเรียนรู้ขององค์กรและของแต่ละบุคคล

² ดูรายละเอียดเพิ่มเติมจาก 2015–2016 Baldrige Excellence Framework: A Systems Approach to Improving Your Organization’s Performance (Health Care)

³ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมจาก สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2547)

มาตรฐาน HA	2015-2016 Baldrige Excellence Framework (Health Care) ²	2003 MBNQA ³
		ความคล่องตัว
ผู้รับผลงาน	การมุ่งเน้นผู้ป่วย	ความเป็นเลิศที่มุ่งเน้นลูกค้า
	ความรับผิดชอบต่อสังคมและสุขภาพชุมชน	ความรับผิดชอบต่อสังคม
คนทำงาน	การให้คุณค่าผู้ปฏิบัติงาน	การให้ความสำคัญกับพนักงานและลูกค้า
	จริยธรรมและความโปร่งใส	
การพัฒนา	การจัดการเพื่อนวัตกรรม	การจัดการเพื่อนวัตกรรม
	การมุ่งเน้นความสำเร็จ	การมุ่งเน้นอนาคต
	การจัดการโดยข้อเท็จจริง	การจัดการโดยใช้ข้อมูลจริง
	การส่งมอบคุณค่าและผลลัพธ์	การมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์และการสร้างคุณค่า
พาเรียนรู้	การเรียนรู้และความคล่องตัวขององค์กร	การเรียนรู้ขององค์กรและของแต่ละบุคคล ความคล่องตัว

ที่มา: National Institute of standards and Technology (2015) ;สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2547) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558) และการสังเคราะห์ของผู้วิจัย

โดยผู้วิจัยได้แสดงค่านิยมซึ่งเป็นฐานคิดของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558) ซึ่งประกอบด้วยค่านิยมพื้นฐานที่แต่ละโรงพยาบาลพึงมีเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมแห่งคุณภาพ ถึงที่สุดค่านิยมเหล่านี้จะนำมาซึ่งวัฒนธรรมคุณภาพแก่องค์กร โดยค่านิยมดังกล่าวประกอบด้วย (1) ทิศทางนำ (2) ผู้รับผล (3) คนทำงาน (4) การพัฒนา (5) พาเรียนรู้ โดยรายละเอียดความหมาย ความสำคัญ และวิธีการเพื่อบรรลุค่านิยมนั้น แสดงไว้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่านิยมของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

ค่านิยม	ความหมาย	ความสำคัญ	วิธีการ
1.ทิศทางนำ 1.1 ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์	▶ ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์ นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกันสู่	▶ ผู้นำคือผู้กำหนดทิศทาง เป็นแบบอย่าง อนุญาตและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง	▶ กำหนดทิศทาง สร้างค่านิยม ตั้งความคาดหวัง ▶ กำหนดกลยุทธ์ระบบงาน วิธีการไปสู่เป้าหมาย กระตุ้นนวัตกรรม

ค่านิยม	ความหมาย	ความสำคัญ	วิธีการ
	เป้าหมายที่สูงกว่า		<ul style="list-style-type: none"> ▶ นำค่านิยมและกลยุทธ์มาชี้นำกิจกรรมและตัดสินใจ ▶ กระตุ้น จูงใจ สนับสนุน ▶ เป็นแบบอย่างที่ดี
1.2 มุมมองเชิงระบบ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ▶ การเชื่อมต่อระหว่างกระบวนการต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ▶ การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล ▶ การพิจารณาวงรอบของปัจจัยนำเข้ากระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบสะท้อนกลับ ▶ การจัดการองค์กรและองค์ประกอบทั้งหมด เพื่อบรรลุความสำเร็จ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ การบริหารและพัฒนาแบบแยกส่วนไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างคุ้มค่า และทำให้สมาชิกในองค์กร สับสนอ่อนล้า 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ สังเคราะห์ (synthesis) มองภาพรวมขององค์กรใช้ความต้องการหลักขององค์กร เป้าหมายเชิงกลยุทธ์และแผนงานเป็นพื้นฐาน ▶ มุ่งไปในแนวทางเดียวกัน (alignment) ทำให้เป้าหมาย แผนงาน กระบวนการ วัฒนธรรม และกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ▶ บูรณาการ (integration) เชื่อมโยงแนวคิด องค์ประกอบ และระบบต่างๆ ขององค์กรเข้าด้วยกัน
1.3 ความคล่องตัว	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น ▶ การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ สังคมคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว ▶ การปรับตัวที่ไว้วางใจคือการก้าวไปข้างหน้าก่อนผู้อื่น 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน ▶ สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการอย่างรวดเร็ว ▶ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว ยืดหยุ่น ตรงความต้องการเฉพาะ

ค่านิยม	ความหมาย	ความสำคัญ	วิธีการ
			<ul style="list-style-type: none"> ▶ ผู้ปฏิบัติงานได้รับอำนาจในการตัดสินใจ ▶ การออกแบบระบบบริการที่ได้ผล ประหยัด ให้คุณค่ากับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย ▶ ให้ความสำคัญกับการวัดและลดวงจรรอบเวลาควบคู่ไปกับการปรับปรุงด้านอื่นๆ
2. ผู้รับผล 2.1 การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้มารับบริการ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ สมองความต้องการใช้มาตรฐานวิชาชีพเพื่อผลลัพธ์ที่ดี ▶ ผู้รับผลงานมีทั้งเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นผู้รับผลงาน และผู้ป่วย ครอบครัว ฯลฯ ที่เป็นผู้รับผลงานภายนอก 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ หน้าที่หลักของระบบบริการสุขภาพคือการมีสุขภาพดีของประชาชน ครอบครัว ชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ รับรู้ปัญหา/ความต้องการ ทั้งระดับบุคคล กลุ่มโรค ทั่วไป ชุมชน ▶ ตอบสนอง ให้บริการที่ตรงปัญหา ได้ผลปลอดภัย ใส่ใจ เคารพสิทธิ/ศักดิ์ศรี ใช้มาตรฐานวิชาชีพดูแลด้วยความระมัดระวังดูแลอย่างเต็มที่ มีความสามารถ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ▶ รับเสียงสะท้อน
2.2 การมุ่งเน้นสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ แนวคิดเรื่องสุขภาพคือคุณภาพ ▶ การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ การเจ็บป่วยจำนวนมาก ไม่รู้สาเหตุ แต่สามารถดูแลให้มีความสุขได้ ▶ สุขภาวะ พบได้ทั้งในยามเจ็บป่วยหรือแม้ยามจะเสียชีวิต ▶ ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียว 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ใช้แนวคิด focus on health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย ▶ พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม ▶ สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาวะและการบำบัดรักษา
2.3 ความ	<ul style="list-style-type: none"> ▶ การปฏิบัติตาม 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ บริการสุขภาพอาจ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ปฏิบัติตามกฎระเบียบ

ค่านิยม	ความหมาย	ความสำคัญ	วิธีการ
รับผิดชอบต่อชุมชน	กฎระเบียบ ป้องกัน ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ช่วยเหลือและดูแลสุขภาพชุมชน	ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม ►องค์กรบริการสุขภาพมีหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชน นอกเหนือจากบริการในที่ตั้ง	ข้อบังคับ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ► อนุรักษ์ทรัพยากรและการลดความสูญเปล่า ตั้งแต่ต้นทาง ► คาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งในด้านสถานที่ การใช้รังสี/สารเคมี อันตรายด้านชีวภาพ และวางแผนป้องกันความเสี่ยง/อันตรายที่จะเกิดขึ้น ► ตอบสนองอย่างเปิดเผยเมื่อเกิดปัญหา ► ให้สารสนเทศและการสนับสนุนที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความตระหนัก ► การให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน ค้นหาศักยภาพในชุมชนและสนับสนุนให้ชุมชนมีความสามารถในการดูแลปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง
3. คนทำงาน 3.1 การให้คุณค่าแก่ผู้ปฏิบัติงาน	►ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข	►คนคือทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ►systems approach ได้ผลดีกว่าการกล่าวโทษ	►มีกัลยาณมิตร/ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร้ากุกูล ► ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น ยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง ► ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้กล้าคิด

ค่านิยม	ความหมาย	ความสำคัญ	วิธีการ
			กล้าทำ ▶ จัดวิธีทำงานที่ยืดหยุ่น มีสมรรถนะ หลากหลาย ▶ ใช้ systems approach ในการแก้ปัญหาความผิดพลาด
3.2 พันธะผูกพันของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน	▶คือการที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมาย และความสำเร็จขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน	▶ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน ▶คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคน ทำหน้าที่ ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว	▶แต่ละคนทำงานประจำให้ดี ทำเต็มความสามารถ ระเบียบวินัย เอื้ออาทร ▶พัฒนางานของตน ร่วมพัฒนากับผู้อื่น ▶ ผู้นำกำหนดความคาดหวังที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เสริมพลังเป็นแบบอย่าง
3.3 การทำงานเป็นทีม	▶การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน การเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่างๆ	▶บริการสุขภาพมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างกว้างขวาง	▶สร้างเครือข่าย ความสัมพันธ์ มีความยืดหยุ่น การตอบสนอง การแลกเปลี่ยนความรู้ ▶ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและประสานงานที่ดีในการปฏิบัติงานประจำ ▶ ทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามโอกาสพัฒนาที่พบ ▶ มีกลไกดูภาพรวม กำหนดทิศทาง การพัฒนา ติดตามกำกับ การพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยหรือระบบงานหลักโดยทีมสหสาขาวิชาชีพหรือทีมคร่อมสายงาน

ค่านิยม	ความหมาย	ความสำคัญ	วิธีการ
			▶ ขยายไปสู่ความร่วมมือกับภายนอก
3.4 การปฏิบัติเชิงจริยธรรมและวิชาชีพ	<p>▶ การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>▶ การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน</p>	<p>▶ การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย</p> <p>▶ สังคมมีความคาดหวังสูงต่อผู้ประกอบวิชาชีพและรับไม่ได้กับผลไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการละเลยหรือการปฏิบัติที่ปราศจากจริยธรรมและมาตรฐาน</p> <p>▶ ผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องมีอิสระในการตัดสินใจ ความมีอิสระนั้นต้องควบคู่ไปกับการรับผิดชอบ</p> <p>▶ ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการให้คำแนะนำหรือพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย</p>	<p>▶ ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนมีจิตสำนึกในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพพัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น</p> <p>▶ ด้วยหลักง่ายๆ ว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” หรือ “ดูแลดุจญาติมิตร” จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก</p> <p>▶ มีกลไกที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะควบคุมกำกับกันเองทั้งในลักษณะของการป้องปรามและดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน</p>
4. การพัฒนา 4.1 ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม	▶ การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่	▶ หัวใจสำคัญของนวัตกรรมคือจินตนาการ	▶ จัดการให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำ
		▶ สถานการณ์ที่คำตอบไม่ชัดเจน เป็นโอกาสเปิดสำหรับจินตนาการและนวัตกรรม	▶ ผู้บริหารส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองความคิดใหม่ๆ ส่งเสริมการฝึกอบรมด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม
			▶ ส่งเสริมการสร้าง

ค่านิยม	ความหมาย	ความสำคัญ	วิธีการ
			น วั ต ก ร ร ม ใน กระบวนการจัดบริการ
4.2 การจัดการ โดยข้อเท็จจริง	▶ การตัดสินใจบน พื้นฐานของข้อมูล ที่ได้รับการวิเคราะห์ อย่างเหมาะสม	▶ ข้อมูลข่าวสารที่ดีทำให้ ทราบระดับปัญหาที่ แท้จริง ลำดับ ความสำคัญ สาเหตุของ ปัญหา ข้อดีข้อเสียของ ทางเลือกต่างๆ	▶ คัดเลือกและใช้ตัวชี้วัด ซึ่ง สะ ท อ น สิ่ง ที่ มี ความสำคัญทางคลินิก สุขภาพของชุมชน และ การบริหารจัดการของ องค์กร โดยวัดอย่าง สมดุลในทุกด้าน ▶ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหา แนวโน้ม คาดการณ์ และ ดูความเป็นเหตุเป็นผล ▶ ป ร ะ เ มื น แ ล ะ ปรับเปลี่ยนตัววัดหรือ ดัชนีชี้วัด เพื่อให้ เหมาะสมกับ เป้าประสงค์ยิ่งขึ้น ▶ สร้างวัฒนธรรมการใช้ ข้อมูลในการตัดสินใจใน ทุกระดับ
4.3 การปรับปรุง กระบวนการอย่าง ต่อเนื่อง	▶ การหาโอกาสพัฒนา และ ดำ เนิ น การ ปรับปรุงกระบวนการ ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มี การขยับเป้าหมายของ ผลงานขึ้นอย่าง ต่อเนื่องและสอดคล้อง กับความเป็นไปได้	▶ ความคาดหวังของผู้รับ ผลงานที่เพิ่มขึ้น ▶ มีโอกาสทำให้เรียบง่าย และมีประสิทธิภาพขึ้น เสมอ ▶ ส ถ า น ก า ร ณ์ เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด	▶ วัฒนธรรมการค้นหา โอกาสพัฒนา และ ดำเนินการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่องในทุกระดับ: บุคคล โครงการ หน่วยงาน องค์กร ▶ ใช้กลยุทธ์ในการค้นหา โอกาสพัฒนาที่ หลากหลาย เช่น การ ทบทวนผลงาน การรับ ฟังผู้รับผลงาน การ เปรียบเทียบ กับ ข้อกำหนด/มาตรฐาน มี ทีมงานจากสหสาขา วิชาชีพมาองภาพรวม

คำนิยาม	ความหมาย	ความสำคัญ	วิธีการ
			<ul style="list-style-type: none"> ▶สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ▶สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา
4.4 การมุ่งเน้นผลลัพธ์	<ul style="list-style-type: none"> ▶การกำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานและการพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสียจะได้รับ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน ▶การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้สามารถเชื่อมโยงแผนงานและกิจกรรมต่างๆ เข้าด้วยกันได้ ▶การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ▶การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญจะทำให้เกิดความศรัทธาต่อองค์กร 	<ul style="list-style-type: none"> ▶วัดผลการดำเนินการขององค์กรโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์สำคัญ ▶ใช้ตัววัดผลการดำเนินการแบบนำ (leading indicator) และแบบตาม (lagging indicator) ร่วมกันอย่างสมดุล เพื่อสื่อลำดับความสำคัญ ติดตามผลการดำเนินการ และนำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์ ▶รักษาสมดุลของคุณค่าระหว่างผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ชุมชน ผู้จ่ายเงิน ธุรกิจ นักศึกษา ผู้ส่งมอบและพันธมิตร ผู้ลงทุน และสาธารณะ
4.5 การยึดถือหลักฐานเป็นเครื่องตัดสินใจ	<ul style="list-style-type: none"> ▶การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ▶การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> ▶บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม จะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการ ซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลของวิธีการตรวจรักษาต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶นำ CPG ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ▶Gap Analysis ▶ นำศาสตร์ทางด้านระบาดวิทยาคลินิกและเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ

ค่านิยม	ความหมาย	ความสำคัญ	วิธีการ
		<p>▶บริการสุขภาพต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนต่างๆ มากมาย การใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพควบคู่กับการใช้ข้อมูลวิชาการจึงเป็นสิ่งจำเป็น</p> <p>▶ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แม้ความรู้ที่เขียนไว้ในตำราก็อาจจะล้าสมัยเร็วเกินกว่าที่คิด</p>	<p>▶นำข้อมูลวิชาการมาใช้ในลักษณะของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นองค์รวมคือใช้ประกอบกับการเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยอาศัยกลุ่มผู้ป่วยและปัญหาสำคัญในผู้ป่วยดังกล่าวเป็นตัวตั้ง</p>
<p>5. พาเรียนรู้</p> <p>5.1 การเรียนรูู้</p>	<p>▶การเรียนรูู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อมเพื่อตอบสนองปรับตัวเพิ่มประสิทธิภาพ</p>	<p>▶สิ่งมีชีวิตต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอดองค์กรก็เปรียบเหมือนสิ่งมีชีวิต</p>	<p>▶ มีกัลยาณมิตร / ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร้ากุศล</p> <p>▶ ให้การศึกษา ฝึกอบรม ให้โอกาสพัฒนา สร้างแรงจูงใจ</p> <p>▶ เรียนรู้ด้วยการมีส่วนร่วม</p> <p>▶ หาโอกาสที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงและทำให้ดีขึ้น</p> <p>▶ ปลุกฝังการเรียนรู้เข้าไปในวิถีการทำงานปกติประจำวัน</p> <p>▶ ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย การให้บริการสถานที่สิ่งแวดล้อม สร้างการเรียนรู้</p>
<p>5.2 การเอื้อ</p>	<p>▶ ให้พลังทุกคนในการ</p>	<p>▶การเสริมพลังทำให้เกิด</p>	<p>▶ ผู้มีอำนาจเห็น</p>

ค่านิยม	ความหมาย	ความสำคัญ	วิธีการ
อำนาจ	ดูแลสุขภาพตนเองให้พลังเจ้าหน้าที่แก้ปัญหาพัฒนางานด้วยตนเอง	ความรับผิดชอบ ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งพิง ขยายวงกว้าง	<p>ประโยชน์ เต็มใจลดอัตราและการผูกขาดอำนาจของตน</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ผู้บริหารกระจายอำนาจและเพิ่มพลังการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ▶ ผู้ประกอบวิชาชีพพยายามให้ผู้ป่วยประชาชน สามารถดูแลตนเอง ▶ มีการสื่อสารที่ดี มีข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม มีการประเมินและสะท้อนกลับ

ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558)

ค่านิยม ปรัชญา ความเชื่อขององค์กรจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานในองค์กร (ชนิดา จิตตรุทธะ, 2553) แม้ว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีความคิดความเชื่อที่แตกต่างกันไป แต่เมื่อโรงพยาบาลต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กรก็ควรที่จะต้องปรับค่านิยมทั้ง 5 ประการให้ผู้ปฏิบัติงานได้ซึมซับด้วยการให้วิธีการต่างๆที่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558) ได้นำเสนอไป สาเหตุที่จะต้องดำเนินการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากว่า การวางระบบหรือโครงสร้างการบริหารคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพได้ระบุไว้ทั้ง 7 องค์ประกอบนั้นจะกลายเป็นเพียงรูปแบบมิใช่วัฒนธรรมคุณภาพที่แท้จริงถ้าหากว่า ผู้ปฏิบัติงานไม่มีค่านิยมขององค์กรคุณภาพเป็นวิถีชีวิตซึ่งเรื่องนี้ W. Edwards Demming เน้นย้ำว่า หัวใจสำคัญของปรัชญาคุณภาพไม่ใช่แค่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องหากแต่ว่าอยู่ที่พนักงานที่มีค่านิยมแห่งคุณภาพเป็นตัวนำทางในการดำเนินชีวิตของพวกเขา (W. Edwards Deming, 1986)

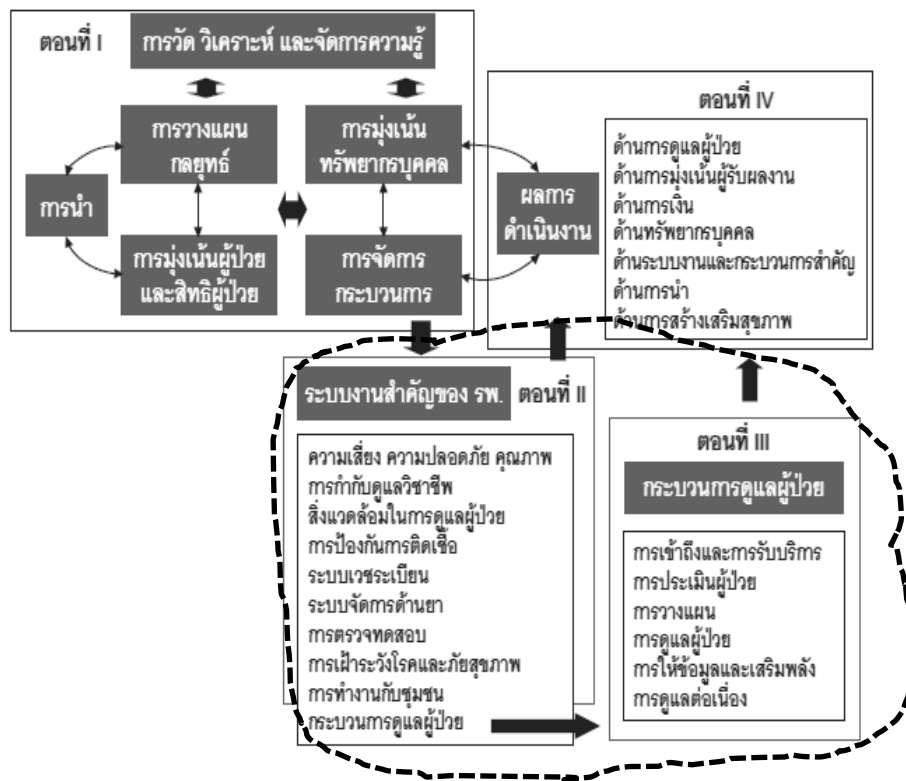
(4) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี⁴ เป็นการบูรณาการร่วมกันของ 3 หลักการที่สำคัญได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 มาตรฐานที่กรมอนามัยจัดทำ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติสู่องค์กรที่เป็นเลิศ

⁴ รายละเอียดเพิ่มเติมโปรดอ่านคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โดยสามารถดาวน์โหลดข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตได้จาก http://medinfo.psu.ac.th/nurse/NEW/QC/HA%20Standard_58_fn.pdf

(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)การบูรณาการมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหามาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกันอยู่แล้ว ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในลักษณะของการบูรณาการระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศให้ก้าวไปสู่เป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ องค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพคือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยใช้อักษรย่อว่า สรพ. โดยภาพรวมของมาตรฐานสามารถแสดงได้ดังรูปที่ 2.7

รูปที่ 2.7 แสดงตัวแบบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี



ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558)

หมายเหตุ: เส้นประที่ล้อมรอบตอนที่ 2 และ 3 เป็นส่วนหนึ่งของ “การจัดการกระบวนการ”

การใช้มาตรฐานฉบับนี้ให้เกิดประโยชน์ จะต้องนำไปใช้ด้วยความเข้าใจในบริบทของตนเอง สามารถระบุดูหาข้อบกพร่องหรือประเด็นสำคัญแต่ละเรื่องในหน่วยงานหรือองค์กรของตนได้ ควบคู่ไปกับการใช้หลักคิดการพัฒนาสำคัญที่เป็นพื้นฐาน 5 ประการ คือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้และการหมุนวงล้อของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (PDSA) หรือที่เรียกกรอบแนวคิดรวมนี้อย่างง่ายว่า 3C-PDSA การนำมาตรฐานไปใช้ จำเป็นต้องเข้าใจเป้าหมายของ

มาตรฐาน เข้าใจแนวคิดเชิงระบบที่มองทุกอย่างเชื่อมต่อกันอย่างเป็นองค์รวม แล้วพยายามนำไปประเมินสิ่งที่ปฏิบัติจริง เช่น ประเมินกับผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาลจริงๆ ประเมินกับบุคคลที่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้รับผลงานของระบบงานต่างๆ โดยเป้าหมายของการประเมินคือการค้นหาโอกาสพัฒนามากกว่าที่จะประเมินเพื่อความพึงพอใจกับระดับคุณภาพที่เป็นอยู่ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) ซึ่งมาตรฐานมีรายละเอียดอธิบายพอสังเขปได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบสำคัญในตัวแบบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

มิติ	องค์ประกอบสำคัญ
ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร	
การนำ	(1) การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (2) การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม
การบริหารเชิงกลยุทธ์	(1) การจัดทำกลยุทธ์ (2) การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ
การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน	(1) ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (2) ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (3) สิทธิผู้ป่วย
การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้	(1) การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (2) การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้
การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	(1) ความผูกพันของบุคลากร (2) สภาพแวดล้อมของบุคลากร
การจัดการกระบวนการ	(1) การออกแบบระบบงาน (2) การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน
ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	
การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	(1) ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (2) ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ
การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ	(1) การพยาบาล (2) แพทย์
สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	(1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย

มิติ	องค์ประกอบสำคัญ
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	(2) เครื่องมือและระบบสาธารณสุข (3) สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (1) ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (2) การป้องกันการติดเชื้อ (3) การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด
ระบบเวชระเบียน	(1) ระบบบริหารเวชระเบียน (2) เวชระเบียนผู้ป่วย
ระบบการจัดการด้านยา	(1) การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (2) การใช้ยา
การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง	-
การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	-
การทำงานกับชุมชน	(1) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (2) การเสริมพลังชุมชน
ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย	
การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	-
การประเมินผู้ป่วย	-
การวางแผน	(1) การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (2) การวางแผนจำหน่าย
การดูแลผู้ป่วย	(1) การดูแลทั่วไป (2) การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (3) การดูแลเฉพาะ
การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	-
การดูแลต่อเนื่อง	-
ตอนที่ 4 ผลการดำเนินงาน	
ผลการดำเนินงาน (Performance Results)	(1) ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (2) ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (3) ผลด้านการเงิน (4) ผลด้านทรัพยากรบุคคล

มิติ	องค์ประกอบสำคัญ
	(5) ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ
	(6) ผลด้านการนำ
	(7) ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2558)

เมื่อพิจารณาภาพรวมของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพแล้วแบ่งได้เป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ภาพรวมการบริหารองค์กร ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย และตอนที่ 4 ผลการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอย่างถี่ถ้วนจะพบว่ามาตรฐานโรงพยาบาลดังกล่าวเป็นตัวแทนของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA และรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทยซึ่งมีลักษณะโครงสร้างเป็น**บัลดริจเบอร์เกอร์** (Baldrige Burger) โดยตอนที่ 2 และ 3 แท้ที่จริงแล้วอยู่ในองค์ประกอบของ “การจัดการกระบวนการ” กิตตินันท์ อนุธรรมณี (2558) ได้กล่าวว่า โครงสร้างของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ได้นำหลักการและโครงสร้างมาจากรางวัลคุณภาพ MBNQA TQA มาปรับปรุงพัฒนาขึ้นเป็นมาตรฐาน HA และยังคงกล่าวถึง ตอนที่ 2 และ 3 ของมาตรฐานด้วยว่า เหตุที่ต้องขยายความออกจากการจัดการกระบวนการนั้น เพราะมาตรฐาน HA เป็นมาตรฐานที่ใช้ในโรงพยาบาลโดยเฉพาะเรื่อง**ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล** เพราะเป็นระบบงานที่ใหญ่มากในโรงพยาบาล แม้บางส่วนจะไม่ได้กระทบผู้ป่วยโดยตรง แต่ถ้าระบบงานไม่ดีจะกระทบต่อผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ในระบบงานสำคัญยังมีเรื่องของ**กระบวนการดูแลผู้ป่วย**ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ใหญ่มากในโรงพยาบาลเพราะเป็นเรื่องที่กระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง ด้วยเหตุนี้ มาตรฐาน HA จึงต้องขยายความในตอนที่ 2 และ 3 ส่วนในตอนที่ 4 นั่นคือผลการดำเนินงาน โดยโรงพยาบาลจะเป็นที่ไว้วางใจของประชาชนจะต้องมี**ผลการดำเนินงานที่ดี** (อาภากร สุปัญญา, 2557) โดยนัยนี้สะท้อนว่าตัวแปรผลการดำเนินงานเป็นการสะท้อนถึงการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2551) ซึ่งประกอบด้วย ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ผลด้านการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน ผลด้านการเงิน ผลด้านทรัพยากรบุคคล ผลด้านระบบงาน และกระบวนการสำคัญ ผลด้านการนำ และผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบหรือตัวแปรที่จะทำให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการ**พัฒนาคูณภาพตามมาตรฐานสากล** (Sang M. Lee, et al,2013; กิตตินันท์ อนุธรรมณี ,2558) จะประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การนำ การวางแผนกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ โดยสามารถพิจารณาแต่ละองค์ประกอบผ่านแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยต่างๆ ได้ในหัวข้อถัดไป

2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย ผู้ที่ทำหน้าที่คอยขับเคลื่อนคุณภาพให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐคือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งได้ทำหน้าที่กำกับทิศทางการพัฒนาคุณภาพโดยวางหลักการและโครงสร้างมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (มาตรฐาน HA) เช่นเดียวกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (MBNQA) ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วนั้น มาตรฐาน HA เชื่อว่าองค์ประกอบหรือตัวแปรสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพได้ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การนำ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ สามารถอธิบายแต่ละองค์ประกอบได้ดังต่อไปนี้

2.2.1 การนำ

ความหมาย

การนำเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ “ผู้บริหารระดับสูง” คำว่า การนำ ในมาตรฐาน HA หรือใน TQA ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Leadership” ทำให้มีการแปลอีกอย่างหนึ่งว่า “ภาวะผู้นำ” อย่างไรก็ตามมาตรฐาน HA ได้อธิบายถึง “การนำ” ไว้ 2 ประการ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) **ประการแรก** การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง กล่าวคือการที่ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ **ประการที่สอง** การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม กล่าวคือการที่องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน ทั้งนี้ผู้นำต้องสื่อสาร วิสัยทัศน์ ค่านิยม พฤติกรรมอันพึงประสงค์ต่อผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับคำตอบแทนจากโรงพยาบาลและไม่ได้คำตอบแทน เช่น แพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร และนิสิตนักศึกษาทางการดูแลสุขภาพ (Susan M. Meyer, 1998)

โดยในรางวัล TQA หรือ MBNQA ได้นำเสนอว่า การนำ คือพลังชนิดหนึ่งที่สามารถส่งเสริมกระทำอันก่อให้เกิดการขับเคลื่อนกลุ่มคน และระบบองค์กรไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์ (Susan M. Meyer and David A. Collier, 2001; นิตย สัมภาษณ์, 2546) โดยพลังที่ว่านั้นอาจได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่กฎหมายกำหนดมาอย่างเป็นทางการทำให้บุคคลนั้นถูกสมมติว่าเป็นผู้นำขององค์กร แต่ในความเป็นจริงแล้วการที่ผู้นั้นได้รับอำนาจมิได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะผู้นำที่ไม่เป็นทางการซึ่งหมายถึงพลังที่สามารถควบคุมวิธีคิด

การให้คุณค่า และพฤติกรรมของบุคคลอื่นได้อาจมีความสำคัญเท่ากับหรือเหนือกว่าอำนาจที่เป็นทางการ

ความสำคัญ

หากกล่าวถึงทฤษฎีภาวะผู้นำ (Leadership Theories) โดยมีนักคิดจำนวน 4 กลุ่มที่พยายามจะอธิบายภาวะผู้นำโดยได้อธิบายภาวะผู้นำในด้านต่างๆแตกต่างกันออกไป ประกอบด้วย ทฤษฎีลักษณะเด่นของผู้นำ ทฤษฎีพฤติกรรมของผู้นำ ทฤษฎีผู้นำตามสถานการณ์ และทฤษฎีผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยในงานวิจัยนี้จะนำเสนอทฤษฎีผู้นำการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีจุดเน้นที่คุณภาพของผู้นำซึ่งยิ่งใหญ่ในด้านการสร้างวิสัยทัศน์ สร้างแรงบันดาลใจและสร้างพลังให้แก่ผู้ตาม ในกลุ่มทฤษฎีผู้นำการเปลี่ยนแปลงนี้ได้แบ่งผู้นำออกเป็นสองอย่างได้แก่ ผู้นำการปฏิบัติ และผู้นำการปฏิรูป โดย นิตย สัมมาพันธ์ (2546) ได้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้ (นิตย สัมมาพันธ์, 2546)

ผู้นำการปฏิบัติ (Transactional Leaders) เป็นผู้มีบทบาทในการจูงใจผู้ปฏิบัติงานให้ปฏิบัติงานที่ระดับหนึ่งตามความคาดหวังของหน่วยงานที่กำลังดูแลให้เป็นไปตามนโยบาย บรรดาผู้นำประเภทนี้แสดงบทบาทดังกล่าวด้วยการช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงความรับผิดชอบในหน้าที่ ระบุเป้าหมายที่ต้องการจะทำให้สำเร็จ มีความมั่นใจว่าจะสามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายตามมาตรฐาน เป็นต้น ขณะที่ **ผู้นำการปฏิรูป** (Transformational Leaders) เป็นผู้นำที่สามารถจูงใจให้บุคคลต่างๆออกแรงพยายามเหนือความคาดหมายตามปกติด้วยการสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยผู้นำการปฏิรูปมีคุณภาพพิเศษ 6 ประการได้แก่ การมีวิสัยทัศน์ (Vision) การมีอำนาจจากการยอมรับนับถือ (Reference Power) การแสดงนัยของความเป็นเลิศ (Symbolism) การเอื้ออำนาจ (Empowerment) การกระตุ้นภูมิปัญญาให้เกิดขึ้น (Intellectual Stimulation) และความสัตย์ซื่อถื่อมั่น (Integrity)

ภาวะผู้นำการปฏิรูปนี้ถือเป็นการท้าทายผู้บริหารอย่างสำคัญ เพราะเพียงแต่การมีลักษณะเด่นของผู้นำ (Traits) การมีความรู้เรื่องพฤติกรรม หรือความรู้เกี่ยวข้องกับผู้นำตามสถานการณ์ก็ยังไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการขององค์กรที่เป็นเลิศ ผู้นำจะต้องมีวิสัยทัศน์ สร้างแรงบันดาลใจ สร้างพันธมิตรผูกพันในผู้ปฏิบัติงาน สร้างความผูกพันให้ผู้ปฏิบัติยอมอุทิศตัวให้แก่องค์กร รวมถึงการสร้าง ความพึงพอใจและความทุ่มเทเพื่อความสำเร็จแก่องค์กร ซึ่งลักษณะที่กล่าวมานี้เป็นความหมายของภาวะผู้นำการปฏิรูป สอดคล้องกับการให้ความหมายของภาวะผู้นำในปรัชญาการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรที่ว่า (Nadine Hietschold, 2014) “ผู้บริหารระดับสูงต้องสร้างฐานรากของค่านิยม นโยบายอย่างชัดเจน และจัดให้มีทรัพยากรอย่างเหมาะสม การบริหารจัดการสามารถเปลี่ยนบรรยากาศในการทำงานให้เกิดการยอมรับในการบริหารคุณภาพ และทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร รวมถึงการมีความรับผิดชอบต่อความ

เป็นพลเมืองสาธารณะที่ดี และการปกป้องสิ่งแวดล้อม สุขภาพของประชาชน รวมทั้งการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ” เช่นเดียวกับการให้ความหมาย “การนำ” ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีผู้นำการเปลี่ยนแปลงดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว

ในการศึกษาเรื่อง **Visionary Leadership** ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (สุรีพันธุ์ เสนา นุช, 2553) ได้นำเสนอแนวคิด 8 ประการของการนำอย่างมีวิสัยทัศน์ ประกอบด้วย

ประการที่ 1 ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์อย่างแท้จริงต้องฝึกฝนตนเองให้มีมุมมองความต้องการในอนาคตของสังคมไปพร้อมกับมุมมองทางธุรกิจ มององค์การด้วยสายตาคนภายนอก ตำแหน่งของผู้นำเป็นจุดที่ดีที่สุดสำหรับมุมมองใหม่นั้นผู้นำต้องมองข้ามลูกค้าในปัจจุบัน และมองข้ามไปในตลาดแห่งอนาคต

ประการที่ 2 บ่อยครั้งที่ความคิดใหม่ๆ อาจจะเป็นความบ้าที่สุดโต่งและต้องเผชิญกับการต่อต้าน ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ต้องไม่ท้อถอย จะต้องสื่อสารแนวคิดของเขาไปสู่โลกภายนอกและสร้างแรงกดดันจากภายนอกเข้าสู่ภายใน

ประการที่ 3 เป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ต้องทำให้คนในองค์การยอมรับการเปลี่ยนแปลง ทั้งในส่วนของสังคมภายนอกและภายในองค์การ และจะต้องมองเห็นว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับองค์การในสถานการณ์นั้นๆ

ประการที่ 4 ในการเปลี่ยนแปลงผู้นำไม่จำเป็นต้องผ่อนปรนในการให้กรอบแนวคิดใหม่ๆ ทัศนคติ และการเริ่มต้นตามกลไกของทิศทางใหม่ในองค์การ

ประการที่ 5 ผู้นำจะต้องสร้างสรรค์โครงสร้างใหม่ๆ เข้าไปแทนที่โครงสร้างเก่าซึ่งจะมีการต่อต้านแอบแฝงอยู่ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงใดๆ ต้องมั่นใจว่าจะไม่กระทบต่อค่านิยมหลักที่ยังรากลึกขององค์การเป็นอันขาด

ประการที่ 6 ภารกิจขององค์การนั้น ผู้นำไม่สามารถกระทำได้ตามลำพังจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสนับสนุนให้เกิดผู้นำในการเปลี่ยนแปลง และทำให้การเปลี่ยนแปลงมีการปฏิบัติอย่างแท้จริง โดยไม่ได้เป็นเพียงแนวคิดของผู้นำเท่านั้น

ประการที่ 7 ที่สำคัญที่สุดคือผู้นำต้องมุ่งมั่นในการสร้างสรรค์องค์การด้วยเป้าหมายที่สูงส่ง และทำให้ทีมงานมีความผืนร่วมกันไม่ใช่เพียงแค่คิดนอกกรอบเท่านั้น

ประกาศที่ 8 ผู้นำต้องบริหารงานประจำวันไปพร้อมกับการสร้างระบบงานใหม่ วิธีคิดใหม่ๆ เพื่อสร้างทุนมนุษย์ในองค์กรและปรับปรุงการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

โดยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ประสบความสำเร็จด้วยผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ และมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้วิสัยทัศน์เป็นจริงด้วยการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคน การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นคุณภาพและจริยธรรมทำให้ปัจจุบันโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นที่ยอมรับในฐานะคุณภาพที่มีความสามารถในการรักษาโรคยากและซับซ้อนเป็นที่พึ่งของประชาชนใน 14 จังหวัดภาคใต้และเป็นความภาคภูมิใจของคนในองค์กรทุกระดับ ในการบริหารจัดการองค์กรไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตาม ผู้บริหารจะคำนึงถึงคำว่าคุณภาพอยู่เสมอและ **ปลูกฝังความหมายของ คุณภาพฝังลึกเข้าไปในทุกส่วนขององค์กร** โดยผู้บริหารจะมองไปข้างหน้า แล้วสร้างความเข้าใจในองค์กรถึงเป้าหมายที่จะไปด้วยกันโดยการริเริ่มที่สำคัญหลายประการจนกลายมาเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้องค์กรเติบโตอย่างมั่นคงเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศและต่างประเทศการริเริ่มดังกล่าวประกอบด้วย การมุ่งเน้นในการพัฒนาบุคลากร การนำเครื่องมือบริหารสมัยใหม่มาใช้ในองค์กร การบริหารจัดการด้านการเงิน การนำระบบประเมินผลเชื่อมโยงกับการพัฒนาองค์กร การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสร้างประสิทธิภาพในการทำงาน และนโยบายการใช้จ่าย Generic การดำเนินงานดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการให้คำนิยามการนำอย่างมีวิสัยทัศน์ของ Donald J. Trump ประธานาธิบดีของประเทศสหรัฐอเมริกาและนักธุรกิจผู้ทรงอิทธิพลว่า **Visionary Leadership** หมายถึง ผู้ที่เห็นในสิ่งที่ผู้อื่นมองไม่เห็น คิดในสิ่งที่ผู้อื่นคิดไม่ถึง ที่สำคัญคือเชื่อในความคิดของตนที่มีความแตกต่างและผลักดันให้เกิดขึ้น เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่ผู้บริหารได้ทุ่มเทแรงจูงใจ แรงกายในการผลักดันสิ่งที่เห็น จนทำให้ทุกคนในองค์กรได้เห็นและประสบความสำเร็จร่วมกัน (สุรีพันธุ์ เสนานุช, 2553)

สำหรับมาตรฐาน HA ได้มีมุมมองต่อ “การนำ” เป็น 2 มิติ ดังนี้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

1. การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง หมายถึง หมายถึง ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการซึ่งพิจารณาจาก (1) วิสัยทัศน์และค่านิยม และ (2) การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร ทั้งนี้มาตรฐาน HA ได้ชี้แนะให้โรงพยาบาลควรดำเนินตามดังนี้

(1) วิสัยทัศน์และค่านิยม

ก. ผู้นำระดับสูงกำหนดและจัดทำเอกสารที่แสดงพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจวิสัยทัศน์ ค่านิยม ผ่านระบบการนำไปยังบุคลากรทุกคนและคู่พันธมิตรสำคัญเพื่อนำไปปฏิบัติ การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร

ข. ผู้นำระดับสูงจัดทำเอกสารที่แสดงจริยธรรมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคลากรในองค์กร และสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริม กำหนด และส่งผลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรมที่ดี

ค. ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน การบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร การสร้างนวัตกรรม ความคล่องตัวขององค์กร การเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากรสัมพันธภาพในการทำงานที่ดี ความร่วมมือและการประสานบริการ

ง. ผู้นำระดับสูงสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

(2) การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

ก. ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับบุคลากรให้อำนาจการตัดสินใจและจูงใจบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร ผู้นำระดับสูงกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารสองทางที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้งองค์กร ผู้นำระดับสูงมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและการยกย่องชมเชย เพื่อหนุนเสริมการมุ่ง เน้นผู้ป่วย ผู้รับผลงาน การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ และการมุ่งเน้นผลงานที่ดี

ข. ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงผลงาน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กรรวมทั้งระดับความคาดหวัง ในจุดเน้นดังกล่าว ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบุดำเนินการที่จำเป็น

2. การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม หมายถึง การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม กล่าวคือ การที่องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน ซึ่งพิจารณาจาก (1) การกำกับดูแลกิจการ (2) พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมาย และมีจริยธรรม และ (3) การสนับสนุนชุมชนและสุขภาพของชุมชน ทั้งนี้มาตรฐาน HA ได้ชี้แนะให้โรงพยาบาลควรดำเนินตามดังนี้

(1) การกำกับดูแลกิจการ

ก. องค์กรทบทวนและแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ของผู้บริหาร ความรับผิดชอบต่อด้านการเงิน ความโปร่งใสในการดำเนินงาน การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายในและภายนอก และการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ข. องค์กรประเมินผลงานของผู้นำทุกระดับ ผู้นำระดับสูงใช้ผลการทบทวนเหล่านี้ไปปรับปรุงประสิทธิภาพของผู้นำแต่ละคน และประสิทธิภาพของระบบการนำ

(2) พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

ก. องค์กรระบุและคาดการณ์ถึงความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบต่อสังคม และความกังวลของสาธารณชนเนื่องมาจากบริการ การดำเนินงานขององค์กร องค์กรมีการเตรียมการเชิงรุกในประเด็นดังกล่าว รวมถึงการใช้กระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม มีการกำหนดกระบวนการ ตัวชี้วัด และเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย รวมทั้งลดความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านลบเหล่านั้น

ข. องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม

(3) การสนับสนุนชุมชนและสุขภาพของชุมชน

องค์กรกำหนดชุมชนสำคัญและสิ่งที่จะให้การสนับสนุนแก่ชุมชน องค์กรสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน องค์กรสนับสนุนสุขภาพของชุมชน ประสานงานและสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ เพื่อจัดให้มีบริการที่ประสานกันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน

หากกล่าวถึงทฤษฎีของบัลดิริจที่มีฐานคติว่าการนำเป็นตัวขับเคลื่อนองค์กร (Meyer and Collier ,2001) แสดงให้เห็นว่า การนำมีอิทธิพลต่อทุกส่วนขององค์กร นอกจากนี้ การศึกษาเชิงประจักษ์จำนวนหนึ่งได้แสดงให้เห็นว่าการนำส่งผลต่อหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารเชิงกลยุทธ์ (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Meyer and Collier ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al,2013) การมุ่งเน้นลูกค้า (Flynn and Saladin ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al,2013) การวัดวิเคราะห์ และจัดการความรู้ (Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al,2013) การมุ่งทรัพยากรบุคคล (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Meyer and Collier ,2001; Kim and Oh ,2012) และการจัดการกระบวนการ (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier; Meyer and Collier ,2001) โดยสรุปแล้ว ในการริเริ่มกิจกรรมคุณภาพต่างๆได้นั้นจะเกิดจากผู้บริหาร โดยผู้บริหารระดับสูงต้องสร้างฐานรากของค่านิยม นโยบายอย่างชัดเจน และจัดให้มีทรัพยากรอย่างเหมาะสม การบริหารจัดการสามารถเปลี่ยนบรรยากาศในการทำงานให้เกิดการยอมรับในการบริหารคุณภาพ และทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Nadine Hietschold, et al, 2014)

2.2.2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

ความหมาย

การศึกษาเกี่ยวกับการบริหารหรือการจัดการเชิงกลยุทธ์ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนเกิดขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1950 คำว่า “กลยุทธ์” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า strategy มาจากภาษากรีกสองคำผสมกันคือคำว่า stratos แปลว่า กองทัพ และคำว่า agein แปลว่า นำหน้า เมื่อรวมกันแล้ว กลยุทธ์ในรากศัพท์เดิมจึงหมายถึงการนำทางให้องค์กรโดยรวม และเมื่อพิจารณาคำว่า กลยุทธ์ ในความหมายของภาครัฐหมายถึง ชุดของทางเลือกระยะยาวเกี่ยวกับเป้าประสงค์เชิงปฏิบัติการและนโยบายรวมทั้งแผนปฏิบัติการของแผนงานของรัฐบาล ในการกำหนดทางเลือกมีปัจจัยสำคัญสองประการคือ วัตถุประสงค์ของแผนงานที่รัฐกำหนดไว้ และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของแผนงาน (วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์, 2546)

ความสำคัญ

การบริหารทั่วทั้งองค์กรเป็นกลยุทธ์ขององค์กรที่ต้องการการบริหารจัดการในระยะยาว องค์กรต้องผสมผสานกลยุทธ์เชิงคุณภาพขององค์กรเพื่อให้เกิดผลอันยอดเยี่ยมอย่างมั่นคงและยั่งยืน แผนงานคุณภาพจะเป็นตัวกำหนดวิสัยทัศน์ของอนาคตขององค์กรและให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอยู่บนขอบข่ายไม่ออกนอกทาง หากปราศจากแผนงานกลยุทธ์คุณภาพแล้ว องค์กรก็ไม่สามารถกำหนดวัตถุประสงค์และสิ่งที้องค์การให้ความสำคัญได้อย่างชัดเจน ดังนั้น องค์กรที่ไม่กำหนดเป้าหมายในกิจกรรมคุณภาพจะนำมาซึ่งความล้มเหลวของการจัดสรรทรัพยากรต่อหน่วยงานภายในที่ต้องการทรัพยากร (Nadine Hietschold และคณะ, 2014) ในมาตรฐาน HA (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) การบริหารเชิงกลยุทธ์ มีส่วนประกอบ 2 ส่วน ได้แก่ (1) การจัดทำกลยุทธ์ หมายถึง การที่องค์กรกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนอง ความท้าทายขององค์กรและสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร และ (2) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ หมายถึง การที่องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติและติดตามความก้าวหน้า เพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์ ซึ่งเมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบว่าการแบ่งออกเป็นสองส่วนดังกล่าว แท้จริงแล้วคือกระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management Process) โดยพิจารณาได้ 5 ขั้นตอน (วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์, 2546; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) ได้แก่

(1) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม เป็นขั้นตอนที่องค์กรค้นหาจุดอ่อนสำคัญที่อาจถูกมองข้าม การหาความท้าทายและข้อได้เปรียบ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการบรรลุ

ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์การ จะเห็นได้ว่าการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเป็นการศึกษาข้อมูลของสถานการณ์และสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปจากแหล่งต่างๆทั้งภายในและภายนอกองค์การ หรือโรงพยาบาลเพื่อประกอบการวางแผนกลยุทธ์ในการให้การดูแลสุขภาพของประชาชนและการเป็นผู้นำทางการพยาบาล (นงนุช บุญยัง, 2553)

(2) การจัดทำทิศทางขององค์การ เป็นขั้นตอนของการพิจารณากำหนดภารกิจขององค์การ หลังจากที่มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมซึ่งเน้นเหตุผลในการมีองค์การ และเป้าประสงค์ขององค์การ ซึ่งเน้นประโยชน์ที่ได้รับจากการมีองค์การ

(3) การกำหนดกลยุทธ์ โดยพิจารณาออกแบบ เลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงจากการวิเคราะห์ทางเลือกด้วยเทคนิคต่างๆ ทั้งนี้วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ในโรงพยาบาลต้องสอดคล้องกับความท้าทายขององค์การโดยตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญขององค์การ ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพหรือความต้องการสุขภาพและมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าการกำหนดกลยุทธ์เป็นการกำหนดเป้าหมาย วิธีการ และสร้างแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อช่วยให้องค์การบรรลุวิสัยทัศน์ รวมถึงแผนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ (นงนุช บุญยัง, 2553)

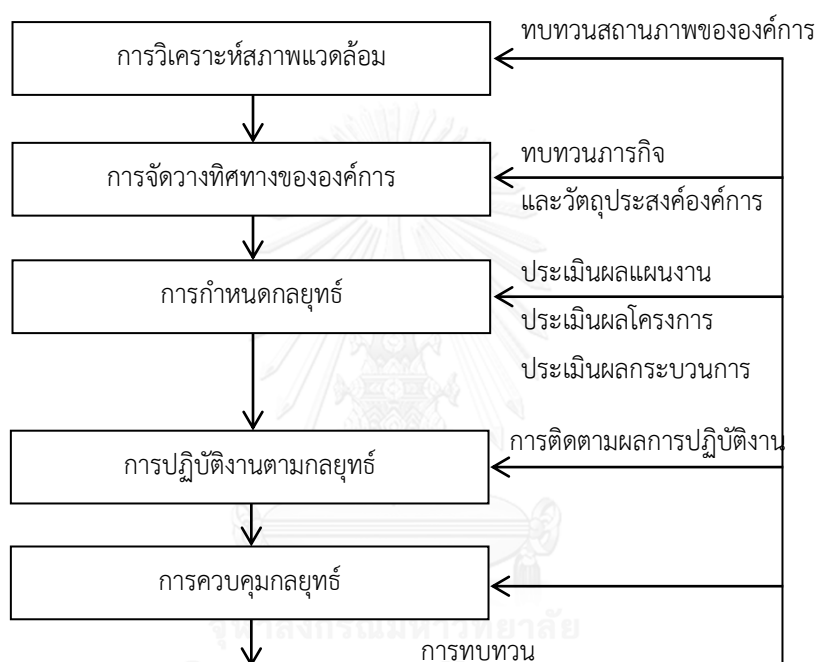
(4) การปฏิบัติงานตามกลยุทธ์ โดยดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานตามกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ให้เป็นไปอย่างราบรื่นโดยคำนึงถึงโครงสร้างขององค์การ วัฒนธรรมองค์การ ความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น ความคล่องตัวขององค์การในการปฏิบัติตามแผนสำรอง การปรับเปลี่ยนแผนและปฏิบัติตามแผนที่มีการปรับเปลี่ยน เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามที่พึงประสงค์ จะเห็นได้ว่าการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติเป็นกระบวนการถ่ายทอดแผนลงสู่การปฏิบัติและการชี้แจงให้บุคลากรเข้าใจในแผนกลยุทธ์ที่กำหนดเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ (นงนุช บุญยัง, 2553)

(5) การควบคุมเชิงกลยุทธ์ โดยวิธีการติดตามผลการปฏิบัติงานและวิธีการประเมินผลกระบวนการและประเมินผลสำเร็จขององค์การ

กระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง จากขั้นตอนที่ 1 ไปจนถึงขั้นตอนที่ 5 และมีการทบทวนโดยเวียนกลับมาขั้นตอนที่ 4 จนถึงขั้นตอนที่ 1 โดยพิจารณาสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งองค์การต้องเผชิญและปรับกลยุทธ์ให้องค์การดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมตามเวลา โดยอยู่ภายใต้การรับผิดชอบของผู้บริหารระดับสูง (วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์, 2548) สำหรับในโรงพยาบาลการวางแผนกลยุทธ์มีแนวทางจัดทำคล้ายกับการวางแผนทางธุรกิจซึ่งจะต้องจัดทำให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาลโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำร่างยุทธศาสตร์ระดับกระทรวง เขตฯ และจังหวัดพิจารณาร่วมกับการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ โรงพยาบาล และบูรณาการวิเคราะห์กับสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นเมื่อมีการกำหนดร่างยุทธศาสตร์

ระดับโรงพยาบาลแล้วคณะกรรมการจัดทำร่างยุทธศาสตร์นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารเพื่อให้ความเห็นชอบ ภายหลังจากร่างยุทธศาสตร์ได้รับความเห็นชอบแล้ว ผู้อำนวยการจะเป็นผู้รับผิดชอบถ่ายทอดยุทธศาสตร์แก่กลุ่มงานต่างๆเพื่อจัดทำแผนกลยุทธ์กลุ่มงานที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์โรงพยาบาล กลุ่มงานจะถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ที่กำหนดสู่หน่วยงานภายในกลุ่มงานเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนองแผนกลยุทธ์ (นงนุช บุญยัง, 2553)

รูปที่ 2.8 แสดงกระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์



ที่มา: วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์ (2548)

จะเห็นได้ว่า แม้ว่าการวางแผนเชิงกลยุทธ์จะเป็นกระบวนการทางแนวคิดที่ผู้นำอาจเป็นผู้จัดทำขึ้นหรือว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะมาเป็นผู้จัดทำเพื่อให้เกิดแผนกลยุทธ์ที่เต็มไปด้วยคุณค่าและประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพ (Sang M. Lee, et al, 2013; นิตย สัมมาพันธ์, 2546; ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี, 2557) แต่ทว่าแผนนั้นจะไม่มีประโยชน์ หากผู้นำไม่ขับเคลื่อนให้แผนกลยุทธ์ได้ถูกนำไปปฏิบัติ สำหรับในโรงพยาบาลนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในฐานะผู้บริหารสูงสุดจะเป็นผู้รับผิดชอบถ่ายทอดยุทธศาสตร์โรงพยาบาลแก่กลุ่มงานต่างๆ เพื่อจัดทำแผนกลยุทธ์กลุ่มงานที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์โรงพยาบาล และกลุ่มงานจะถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ที่กำหนดสู่หน่วยงานภายในกลุ่มงานเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนองแผนกลยุทธ์ (นงนุช บุญยัง, 2553) โดยสิ่งหนึ่งที่จะต้องกล่าวถึงคือความสำเร็จของนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผ่านตัวแบบกระบวนการของระบบราชการ ของวรเดช จันทรศร (2552) กล่าวคือ ตัวแบบนี้เชื่อว่าบรรดา

อำนาจทั้งหลายไม่ได้อยู่ในตำแหน่งที่เป็นทางการ แต่กระจายอยู่ที่องค์กร การตั้งนั้นผลแห่งการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติย่อมขึ้นกับระดับการยอมรับและปรับกลยุทธ์เข้าเป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ประจำวันของผู้ปฏิบัติงาน ตัวแบบนี้เชื่อว่า การไม่บรรลุกลยุทธ์ขององค์กรมิใช่ว่าผู้ปฏิบัติงานไม่มีประสิทธิภาพ หากแต่ว่าผู้นำไม่เข้าใจสภาพความเป็นจริงของการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นในองค์กร (วรเดช จันทรศร, 2552)

สำหรับมาตรฐาน HA ได้มีมุมมองต่อ “การบริหารเชิงกลยุทธ์” เป็น 2 มิติ ดังนี้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

1. การจัดทำกลยุทธ์ หมายถึง การที่องค์กรกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความท้าทายขององค์กรและสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งพิจารณาจาก (1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ และ (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ทั้งนี้มาตรฐาน HA ได้ชี้แนะให้โรงพยาบาลควรดำเนินการดังนี้

(1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

ก. ผู้นำระดับสูง ด้วยความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนและใช้กรอบเวลาที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม

ข. ในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ชุมชนที่รับผิดชอบ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

(2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ก. มีการจัดทำเอกสารที่แสดงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น(นำเสนอวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ)

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญและใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กรตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น

ค. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ครอบครัวชุมชนบุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

2. การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ หมายถึง การที่องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติและติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์ ซึ่งพิจารณาจาก (1) การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ และ (2) การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ทั้งนี้มาตรฐาน HA ได้ชี้แนะให้โรงพยาบาลควรดำเนินการตามดังนี้

(1) การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

ก. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ข. องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการ องค์กรจัดสรรทรัพยากรอย่างสมดุลเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ

ค. มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ ในกรณีที่มีความจำเป็น

ง. องค์กรจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ได้ แผนระบุผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นต่อบุคลากร และโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ

จ. มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญและใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอในการติดตามความก้าวหน้าของการนำนโยบายขั้นตอนงาน วิธีปฏิบัติงาน และแผนงานลงสู่การปฏิบัติ ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และหนุนเสริมให้ทั้งองค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน

(2) การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

องค์กรคาดการณ์ผลการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดสำคัญในข้อ (1) จ ตามกรอบเวลาของการวางแผน โดยพิจารณาจากเป้าประสงค์ ผลงานที่ผ่านมา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม องค์กรตอบสนองต่อความแตกต่างของผลงานเมื่อเทียบกับองค์กรที่ดำเนินงานหรือมีกิจกรรมในลักษณะใกล้เคียงกัน ทั้งความแตกต่างในปัจจุบันและความแตกต่างที่ได้จากการคาดการณ์

หากพิจารณาในทฤษฎีของบัลคริจที่มีฐานคิดว่า “การนำจะขับเคลื่อนระบบ และระบบจะสรรสร้างผลลัพธ์” (Meyer and Collier ,2001) และการศึกษาเชิงประจักษ์จำนวนหนึ่งได้ยืนยันถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ “การบริหารเชิงกลยุทธ์” อันส่งผลต่อองค์ประกอบสามองค์ประกอบ

ได้แก่ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier,2000; Flynn and Saladin,2001) การมุ่งเน้นลูกค้า (Winn and Cameron,1998; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al; 2013) และการจัดการกระบวนการ (Winn and Cameron,1998; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al; 2013) และอย่างที่กล่าวไว้แล้วว่า ในการวางแผนกลยุทธ์นั้น จุดเริ่มต้นแห่งกระบวนการคือการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม โดยเฉพาะในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ภายในและภายนอกองค์กร กลยุทธ์จะทำให้เกิดการปรับปรุงความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ลูกค้า รวมถึงคุณภาพของการให้การรักษาสภาพ (Yang-Kyun Kim and Hyun-Jong Oh, 2012) จะเห็นได้ว่ากลยุทธ์ได้ตอบสนองต่อผู้ปฏิบัติ ลูกค้า และกระบวนการซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว

โดยสรุปแล้ว การบริหารทั่วทั้งองค์กรเป็นกลยุทธ์ขององค์กรที่ต้องการการบริหารจัดการในระยะยาว องค์กรต้องผสมผสานคุณภาพในกลยุทธ์ขององค์กรด้วยเพื่อให้เกิดผลอันยอดเยี่ยมอย่างมั่นคงและยั่งยืน แผนงานคุณภาพจะเป็นตัวกำหนดวิสัยทัศน์ของอนาคตขององค์กรและให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอยู่บนขอบข่ายไม่ออกนอกทาง หากปราศจากแผนงานกลยุทธ์คุณภาพแล้ว องค์กรก็ไม่สามารถกำหนดวัตถุประสงค์และสิ่งที้องค์กรให้ความสำคัญได้อย่างชัดเจน ดังนั้น องค์กรที่ไม่กำหนดเป้าหมายในกิจกรรมคุณภาพจะนำมาซึ่งความล้มเหลวของการจัดสรรทรัพยากรต่อหน่วยงานภายในที่ต้องการทรัพยากร (Nadine Hietschold, et al, 2014)

2.2.3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย

ความหมาย

คำว่า ลูกค้า เมื่อเข้ามาอยู่ในบริบทของโรงพยาบาลจะอยู่ในขอบข่ายของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ เพราะฉะนั้นการทำความเข้าใจคำว่า ผู้ป่วย ในบริบทขององค์กรคุณภาพจะต้องค้นหาความหมายจากคำว่า ลูกค้าเป็นหลัก คำว่าลูกค้ามีศัพท์ที่ใช้ในภาษาอังกฤษอยู่หลายคำ เช่น Buyer หรือ Purchaser (ผู้ซื้อ) Customer (ลูกค้า) Consumer (ผู้บริโภค) คำศัพท์ต่างๆเหล่านี้มีความหมายเหมือนกัน รวมความแล้วเรียกว่าลูกค้า ซึ่งลูกค้าอาจจะเป็นบุคคลคนเดียวหรือกลุ่มบุคคลที่มีความต้องการในสินค้าหรือบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง และความต้องการนี้สามารถบรรลุได้ด้วย การได้มาซึ่งสินค้าหรือบริการดังกล่าว (กฤษณี รื่นรัมย์, 2547) ในบริบทของโรงพยาบาลลูกค้าประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชน องค์กรผู้จ่ายเงิน ภาครัฐ นักลงทุน และนักศึกษา สายสุขภาพ โดยผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการจากโรงพยาบาล แต่ลูกค้ากลุ่มอื่นๆได้รับผลประโยชน์ทั้งในการบริการหรือจากตัวโรงพยาบาลโดยตรง ครอบครัวของผู้ป่วยมักจะอยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล และในบางกรณีครอบครัวของผู้ป่วยยังเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ชุมชนเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนในท้องถิ่นนั้นและชุมชนต้องการบริการต่างๆ เช่น โปรแกรมการได้รับการศึกษา

อบรมและการตรวจคัดกรองโรค รวมถึงการดูแลผู้ป่วยยากไร้ บริษัทประกันหรือองค์กรที่สามในการจ่ายเงินเกี่ยวข้องกับต้นทุนค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล องค์กรที่จ่ายเงินสนับสนุนโรงพยาบาลต้องการข้อมูลที่หลากหลายจากโรงพยาบาลเพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการในการรักษาพยาบาลที่มีความเหมาะสม หรือนักศึกษาสายสุขภาพถูกพิจารณาว่าเป็นลูกค้าเพราะว่าพวกเขาได้รับการฝึกปฏิบัติจากโรงพยาบาลโดยใช้สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆของโรงพยาบาลอันเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาของพวกเขา (Susan M. Meyer, 1998)

ความสำคัญ

ในเรื่องการมุ่งเน้นผู้ป่วยนี้ หรือพิจารณาในแง่หนึ่งนั่นคือการมุ่งเน้นลูกค้า โดยวิธีคิดเช่นนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดการตลาดสมัยใหม่ซึ่งเป็นการเน้นที่ตัวผู้บริโภคหรือลูกค้า ความหมายของการตลาดในยุคใหม่เป็นเรื่องของกระบวนการการส่งมอบความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า การส่งมอบความพึงพอใจคือการตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคให้ได้รับความพึงพอใจสูงสุดโดยสร้าง ขยายสินค้าหรือบริการที่มีคุณค่าและเป็นที่ต้องการอย่างแท้จริงแก่ผู้บริโภคเหล่านั้น ดังนั้นจะเห็นว่าแนวคิดการตลาดสมัยใหม่มุ่งเน้นการสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าเป็นสำคัญเพราะความพึงพอใจที่ได้รับจากการซื้อสินค้าและบริการจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ลูกค้าหวนกลับมาซื้อสินค้าและบริการนั้นอีก ในเชิงการตลาดแล้วการที่ลูกค้าต้องการสินค้าหรือบริการที่องค์กรสามารถตอบสนองได้เป็นอย่างดีและสามารถดำเนินการได้อย่างมีความก้าวหน้า มั่นคง แสดงว่าองค์กรนั้นสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าซึ่งการเจริญเติบโตอย่างยั่งยืนนี้ถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญประการหนึ่งขององค์กรในยุคปัจจุบัน (กฤษณ์ รื่นรมย์, 2547) ทั้งนี้ในองค์กรที่เป็นโรงพยาบาลได้มีการนิยามถึงการมุ่งเน้นผู้ป่วยโดย The Institute of Medicine (IOM) นิยามว่า “การดูแลสุขภาพได้สร้างหุ้นส่วนระหว่างแพทย์ผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจว่าการตัดสินใจทั้งหลายได้เคารพความต้องการในรูปแบบที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของผู้ป่วย (want) ความรู้สึกต้องการที่จะได้รับการตอบสนอง (need) และความชื่นชอบของผู้ป่วย (preference) และเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความรู้และการสนับสนุนซึ่งผู้ป่วยต้องการในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง” (Dale Shaller, 2007)

การมุ่งเน้นผู้ป่วยได้กลายเป็นเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพของชาติ แต่ในงานวิจัยของ Dale Shaller (2007) ได้แสดงให้เห็นว่าระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของเขาได้สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย ทั้งนี้ปัจจัยที่สรุปขึ้นเกิดจากการสัมภาษณ์ผู้นำองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 7 ประการ ประกอบด้วย (Dale Shaller, 2007)

(1) ผู้นำ โดยผู้นำระดับสูงต้องมุ่งมั่นและผูกพันต่อการทำองค์การเป็นหนึ่งเดียวกันและยั่งยืน โดยให้คนทั้งองค์การตระหนักในภารกิจขององค์การร่วมกัน

(2) สมาชิกขององค์การทุกคนได้รับทราบถึงวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ขององค์การอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

(3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยในระดับต่างๆ ไม่ใช่การมีส่วนร่วมเพียงแค่กระบวนการรักษาพยาบาล แต่ต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการสำคัญขององค์การ

(4) การดูแลเอาใจใส่ผู้ดูแลผู้ป่วยผ่านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการทำงานอันจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานผูกพันในทุกมิติของการออกแบบกระบวนการและปฏิบัติต่อพวกเขาด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และคำนึงว่าพวกเขาถูกคาดหวังจากผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

(5) การวัดและแสดงผลย้อนกลับอย่างเป็นระบบในการตรวจสอบผลกระทบของการแทรกแซงเฉพาะที่และการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์

(6) คุณภาพของสิ่งแวดล้อมที่จัดสร้างขึ้นซึ่งได้เตรียมพื้นที่เชิงกายภาพ และออกแบบเพื่อผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย รวมถึงผู้ปฏิบัติงาน

(7) เทคโนโลยีที่สนับสนุนซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวผูกพันในกระบวนการรักษาพยาบาล โดยการเตรียมการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารกับผู้ดูแลผู้ป่วย

ในเส้นทางสู่ความเป็นเลิศขององค์การของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ, 2556) ได้จำแนกกลุ่มลูกค้าของโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยตามความต้องการทางสุขภาพ พฤติกรรมการมาใช้บริการ และผู้มีส่วนได้เสียโดยโรงพยาบาลให้การรักษาผู้ป่วย ทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมตามข้อบ่งชี้และความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยไม่มี ความแตกต่างด้านมาตรฐานการรักษาพยาบาล โดยจำแนกได้ 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มหน่วยงานหลักประกันสุขภาพของประเทศ และกลุ่มผู้บริจาคและผู้มีอุปการคุณ

ตารางที่ 5 แสดงความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ลูกค้า	ความต้องการการและความคาดหวัง
1. ผู้ป่วยนอก	ความปลอดภัย คุณภาพการรักษาที่ได้มาตรฐาน
2. ผู้ป่วยใน	บริการที่พึงพอใจ ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพ
3. ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	ตนเอง ความรวดเร็วของการบริการ ราคาที่เหมาะสม
4. กลุ่มหน่วยงานหลักประกันสุขภาพของ	ข้อมูลที่ต้องการ ทันเวลาค่ารักษาพยาบาลที่

ลูกค้ำ	ความต้องการการและความคาดหวัง
ประเทศ	เหมาะสมเป็นธรรมชาติ
5. กลุ่มผู้บริจาคและผู้มีอุปการคุณ	ความโปร่งใสในการใช้เงินบริจาค และใช้เงินตามวัตถุประสงค์ของผู้บริจาค

ที่มา: เส้นทางการศึกษาความเป็นเลิศขององค์การปี 2556

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ทั้งนี้ผู้นำได้กำหนดให้ “การปรับปรุงบริการรักษาพยาบาลให้มีความรวดเร็ว ความถูกต้องและปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ป่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่สูงขึ้นของผู้ป่วยและญาติต่อบริการของโรงพยาบาล” เป็นส่วนหนึ่งในความท้าทายเชิงกลยุทธ์รวมถึงกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่จะพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ, 2556) โดยสิ่งหนึ่งที่ต้องพึงระลึกว่า โรงพยาบาลรัฐรายได้หลักของโรงพยาบาลมาจาก 4 แหล่งคือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)รายได้จากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และแหล่งรายได้อื่นๆ ซึ่งส่วนน้อยมาจากผู้รับบริการจ่ายเอง

นอกจากนี้ สิ่งสำคัญที่จะต้องกล่าวถึงในที่นี้คือ ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ โดยผลการศึกษาในเรื่องความภักดีและความพึงพอใจของผู้มารับบริการของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (ตามพวรรณ คุณค้ำ และเบญจมาศ เป็นบุญ, 2555) ชี้ให้เห็นว่าความรู้สึกที่ดีของผู้มารับบริการเริ่มเกิดตั้งแต่คำบอกเล่าจากผู้ที่เคยใช้บริการมาก่อนทำให้ผู้มารับบริการมีความเชื่อมั่นและเชื่อถือในเรื่องการรักษาพยาบาล ความรู้สึกที่ว่าโรงพยาบาลสามารถเป็นที่พึ่งพาได้ และเมื่อพิจารณาผู้รับบริการโดยการแบ่งเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ลูกค้ำหรือผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้รู้สึกพอใจต่อการใช้บริการ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต่างทราบอาการป่วยของตนเองและทราบข้อมูลทางการรักษาซึ่งการกลับมาใช้บริการซ้ำอีกเป็นลักษณะในเชิงที่ไม่มีเหตุผลแต่จะเป็นความรู้สึกต่อโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้สึกต่อระบบการรักษา ความสะดวก และค่าใช้จ่าย ขณะที่การศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้มารับบริการของโรงพยาบาลตำรวจ (รัฐพงษ์ อุดมศรี, 2552) แสดงให้เห็นว่าผู้มารับบริการมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการที่ผู้ปฏิบัติงานรู้จักและเข้าใจความรู้สึกของผู้มารับบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ รวมถึงการให้ความมั่นใจต่อผู้มารับบริการ นอกจากนี้ผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่าสิ่งที่ทำให้ผู้มารับบริการไม่พึงพอใจได้แก่ การรอแพทย์ตรวจนาน สถานที่คับแคบเกินไป การทำบัตรล่าช้า กลิ่นเหม็นรบกวน และเสียงดังเกินไป ทั้งนี้ผลการศึกษาของ รัฐพงษ์ อุดมศรี (2552) สามารถแก้ปัญหาโดยนำปัจจัยแห่งความสำเร็จในการเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วยจากการศึกษาของ Dale Shaller (2007) มาแก้ปัญหาเพื่อสร้างความพึงพอใจต่อผู้มารับบริการได้ ส่วนผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศิริ

ราช (อรพินท์ ไชยพยอม, 2541) แสดงให้เห็นว่าการให้เกียรติผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สร้างความพึงพอใจมากที่สุด ขณะที่ผลการศึกษาต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลบนหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลศิริราช (จงจิต หงษ์เจริญ, 2550) แสดงให้เห็นว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยได้แก่ บุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่ การให้การพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพ ด้านสวัสดิการ การให้ความรู้ และด้านสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยที่มีสร้างความพึงพอใจจากผลการศึกษาต่างๆสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 6 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการจำแนกตามการศึกษาของนักวิชาการ

ลำดับ	ปัจจัยมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ	Dale Shaller (2007)	ตามพรพรรณ คุณคำ และเบญจมาศ เป็นบุญ (2555)	รัฐพงษ์ อุดมศรี (2552)	จงจิต หงษ์เจริญ (2550)	อรพินท์ ไชยพยอม (2541)
1	ผู้นำ	●				
2	การทราบวิสัยทัศน์	●				
3	การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย	●				
4	การดูแลเอาใจใส่ผู้ดูแลผู้ป่วย	●		●	●	●
5	การวัดและแสดงผลย้อนกลับ	●	●			
6	สิ่งแวดล้อม	●		●	●	
7	เทคโนโลยี	●	●	●		

ที่มา: จากการประมวลของผู้วิจัย

เมื่อพิจารณาจากตารางย่อพบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ ที่ถูกศึกษามากที่สุดคือการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย รองลงมา สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี

สำหรับมาตรฐาน HA ได้มีมุมมองต่อ “การมุ่งเน้นผู้ป่วย” เป็น 3 มิติ ดังนี้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

1. **ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย** หมายถึง การที่องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว

ก. องค์กรระบุการจำแนกส่วนของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการ สุขภาพ องค์กรกำหนดว่าจะมุ่งเน้นบริการสุขภาพสำหรับส่วนใดของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ

ข. องค์กรรับฟังและเรียนรู้ ความต้องการและความคาดหวัง ของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน รวมทั้งระดับความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วยผู้รับผลงาน วิธีการรับฟังเหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน แต่ละกลุ่ม มีการนำความรู้นี้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน

ค. องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย ผู้รับผลงานเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย ผู้รับผลงานมากขึ้น ตอบสนองความต้องการและทำให้ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน พึงพอใจมากขึ้น และเพื่อค้นหาโอกาสสร้างนวัตกรรม

ง. องค์กรปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

2. ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน หมายถึง การที่องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือมีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน ซึ่งพิจารณาจาก (1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และ (2) การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ทั้งนี้มาตรฐาน HA ได้ชี้แนะให้โรงพยาบาลควรดำเนินการตามดังนี้

(1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ก. องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการเพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาและเพื่อให้ได้รับความร่วมมือ

ข. มีช่องทางสำหรับให้ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการ และเสนอข้อร้องเรียน องค์กรจัดทำข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติสำหรับช่องทางการติดต่อแต่ละรูปแบบและสร้างความมั่นใจว่าข้อกำหนดดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนและในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง มีการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่มี คุณภาพบริการ และผลการให้บริการ

ค. องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันท่วงที มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร

ง. องค์กรปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

(2) การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

ก. มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และใช้ข้อมูลนี้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน วิธีการวัดผลเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง

ข. มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วย ผู้รับผลงานทันที เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง

ค. องค์กรปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

3. สิทธิผู้ป่วย หมายถึง การที่องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยซึ่งพิจารณาจาก (1) คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (2) กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (3) การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ ทั้งนี้มาตรฐาน HA ได้ชี้แนะให้โรงพยาบาลควรดำเนินการตามดังนี้

(1) คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข

(2) กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

ก. องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ

ข. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย

ค. มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย

ง. ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

จ. ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล

ฉ. องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน

(3) การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

ก. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมายความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

ข. ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม

ค. มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกมัด อย่างเหมาะสม

หากพิจารณาถึงทฤษฎีของบัลคริงที่มีฐานคิดว่า “การนำจะขับเคลื่อนระบบ และระบบจะสรรสร้างผลลัพธ์” (Meyer and Collier ,2001) และการศึกษาเชิงประจักษ์จำนวนหนึ่งได้ยืนยันถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ “การมุ่งเน้นลูกค้า” อันส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นๆ ได้แก่ **การจัดการกระบวนการ** (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al,2013) **การมุ่งทรัพยากรบุคคล** (Sang M. Lee, et.al,2013) **ผลการดำเนินงาน** (Meyer and Collier ,2001; Kim and Oh ,2012) จะเห็นได้ว่าการมุ่งเน้นลูกค้าหมายถึงการที่องค์การสร้างความสัมพันธ์แบบเปิดกับผู้มารับบริการเพื่อที่จะได้ทราบถึงความต้องการ และคำติชมของผู้รับบริการเหล่านั้นอันจะนำมาซึ่งการหาวิธีที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ บรรดาความคิดเห็นต่างๆสามารถเพิ่มคุณภาพของสินค้าและบริการ และความคิดเห็นอันหลากหลายก็สามารถนำไปปรับปรุงในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาการบริการได้ นอกจากนี้ ความพึงพอใจของผู้มารับบริการอันเนื่องมาจากการได้รับการจากองค์การจะเป็นสาเหตุในความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์การ (Nadine Hietschold, et al, 2014)

2.2.4 การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้

ความหมาย

ในมาตรฐาน HA “การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้” สามารถจำแนกได้ 2 ประการ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) ได้แก่ (1) การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงานขององค์กร กล่าวคือ องค์กรจัดให้มีการวัดวิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศในทุกระดับและทุกส่วนขององค์การ และ (2) การจัดการสารสนเทศเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการความรู้ กล่าวคือ องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ ฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็นมีคุณภาพและพร้อมใช้งานสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน องค์กรสามารถสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบุคลากร

ความสำคัญ

การวัด และวิเคราะห์ ในฐานะเป็นตัวชี้วัดผล องค์กรสามารถใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการประเมินผล และควบคุมให้สิ่งต่างๆดำเนินการไปสู่เป้าหมาย และท้ายที่สุดเป็นเครื่องมือในการวางแผน ถ้าหากองค์กรไม่มีระบบการวัดผล องค์กรจะไม่ทราบว่าการจัดการกระบวนการ การ

มุ่งเน้นลูกค้าประสบความสำเร็จหรือไม่ ชุมชนและสังคมมีมุมมองต่อองค์การอย่างไร การวัด (Measurement) เป็นกระบวนการที่ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลโดยใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานใดๆ เป็นตัวประเมินสิ่งที่เราต้องการวัดผลนั้นว่าอยู่ในระดับใด ข้อมูลที่ได้จากการวัดผลที่ยังไม่ได้คัดกรองไม่อาจนำมาใช้งานได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการของผู้ใช้ได้ ดังนั้น ข้อมูลต่างๆจะต้องมีการประมวลผลพร้อมกับการตีความหมายด้วยกระบวนการวิเคราะห์ (Analysis) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์คือ สารสนเทศ (Information) สำหรับบทบาทการวิเคราะห์ผล ได้แก่ (1) การเป็นเครื่องมือในการสื่อสารถึงสถานะของสิ่งเหล่านั้นในรูปแบบที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น (2) การเป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ (3) การเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์แนวโน้มตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและเป็นเครื่องมือทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งนี้การวัดและประเมินผลนี้เมื่อมีความสัมพันธ์กับการวางแผนก็ย่อมจะมีความสัมพันธ์กับความเป็นเลิศขององค์การในด้านต่างๆ ความเป็นเลิศขององค์การทุกด้านต้องดำเนินการผ่านการวางแผน ดังนั้น การวัดวิเคราะห์จึงมีความสัมพันธ์กับกลยุทธ์ด้านการตลาด การเงิน ประบวนการ บุคลากร (ยูทธนา แซ่เตียว, 2548)

สำหรับเรื่องการจัดการความรู้ นั้น ปัจจุบันศาสตร์ในด้านการจัดการความรู้มีแนวคิดที่หลากหลาย แต่มีจุดร่วมคือ การนำความรู้มาใช้พัฒนาขีดความสามารถขององค์การให้ได้มากที่สุด โดยมีกระบวนการในการสรรหาความรู้ เพื่อถ่ายทอดและแบ่งปันไปยังบุคลากรเป้าหมายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (ยูทธนา แซ่เตียว, 2548) โดยศาสตร์ด้านนี้มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องดังต่อไปนี้ (1) การแสวงหาความรู้ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์การ (2) กระบวนการในการเก็บรวบรวมความรู้ ประสพการณ์จากภายในองค์การ (3) การสนับสนุนให้เกิดกระบวนการแบ่งปันความรู้ระหว่างบุคลากรภายในองค์การ (4) การเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถตามคุณลักษณะตามที่กำหนด (5) การคัดเลือกและสร้างสรรค์สื่อเพื่อให้การถ่ายทอดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงการใช้เทคโนโลยีให้เป็นประโยชน์ โดยเป้าหมายของการจัดการความรู้ในองค์การคือ การให้ความรู้แบบ Tacit ซึ่งเป็นลักษณะของทักษะ ฝีมือ ถ่ายทอดได้ยาก กระจายออกไปสู่ลักษณะ Explicit คือ สามารถถ่ายทอดเรียนรู้กันได้ระหว่างบุคคล ไปสู่ทีมงาน ไปจนถึงการถ่ายทอดกันภายในองค์การ หรือระหว่างองค์การ (ยูทธนา แซ่เตียว, 2548)

นอกจากนี้ องค์การประกอบ “การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้” ซึ่งถูกสมมติว่าเป็นเสมือนสมองขององค์การ (สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ, 2547) ทำให้สะท้อนถึงความสัมพันธ์กับความเป็นเลิศหรือเกณฑ์ด้านอื่นๆ ดังนี้ (ยูทธนา แซ่เตียว, 2548)

(1) องค์ประกอบ “การนำ” ผู้นำจะได้ทราบถึงความชัดเจนถูกต้องในการกำหนดทิศทางขององค์การ ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อการสร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดอำนาจการตัดสินใจ และผู้นำ

จะทราบถึงการประเมินระดับธรรมาภิบาลขององค์กร รวมถึงการทบทวนผลการดำเนินงานขององค์กร

(2) องค์กรประกอบ “การวางแผนกลยุทธ์” ในองค์กรที่ไม่มีระบบสารสนเทศอาจไม่มีข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ด้วยความเป็นจริงทำให้เสี่ยงไม่ได้ที่จะวางแผนด้วยความรู้ที่มากกว่าข้อเท็จจริง และถ้าไม่มีการวัดผลก็ไม่ทราบได้ว่ากลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นมีความสำเร็จมากน้อยเพียงใดและบทบาทใหม่ของการวัดเป็นเครื่องมือในการควบคุมกลยุทธ์ซึ่งเมื่อวัดผลในจุดใดแล้วก็จะช่วยให้สิ่งนั้นถูกนำไปปฏิบัติ

(3) องค์กรประกอบ “การมุ่งเน้นลูกค้า” การวัดผลช่วยให้องค์กรมีความรู้เกี่ยวกับลูกค้าที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และองค์กรจะทราบถึงระดับความสัมพันธ์ขององค์กรที่มีต่อลูกค้า และระดับความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อสินค้าและบริการขององค์กร

(4) องค์กรประกอบ “การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล” การวัดผลช่วยให้องค์กรให้เราทราบถึงความสำเร็จในการบริหารจัดการต่างๆ เช่น การสื่อสารที่ดี การสร้างนวัตกรรม วัฒนธรรมองค์กร การพัฒนาความก้าวหน้าในวานของพนักงาน นอกจากนี้ การวัดผลเป็นเครื่องมือหนึ่งในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานและความพึงพอใจของพนักงานซึ่งมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ เช่น ด้านประสิทธิภาพของการดำเนินงาน

(5) องค์กรประกอบ “การจัดการกระบวนการ” การวัดผลช่วยสะท้อนให้เห็นผลสัมฤทธิ์ของการสร้างคุณค่าว่าอยู่ในระดับที่องค์กรคาดหวังไว้หรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์กับปัจจัยนำเข้าแล้วการวัดผลจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานได้ นอกจากนี้การวัดผลมีบทบาทในการตรวจสอบ ทดสอบ และการตรวจประเมินกระบวนการซึ่งมีส่วนช่วยในการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานต่างๆในอนาคต

(6) องค์กรประกอบ “ผลลัพธ์” การวัดผลช่วยให้องค์กรได้ทราบถึงผลการดำเนินงานต่างๆ ในทุกๆด้านซึ่งเป็นการสรุปให้เห็นผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานต่างๆทั้งหมด

สำหรับมาตรฐาน HA ได้มีมุมมองต่อ “การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้” เป็น 2 มิติ ดังนี้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

1. การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงานขององค์กร กล่าวคือ องค์กรจัดให้มีการวัดวิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศในทุกๆระดับและทุกส่วนขององค์กร ซึ่งพิจารณาจาก (1) การวัดผลงาน (2) การวิเคราะห์ทบทวนและปรับปรุงผลงาน ทั้งนี้ มาตรฐาน HA ได้ชี้แนะให้โรงพยาบาลควรดำเนินตามดังนี้

(1) การวัดผลงาน

ก. องค์กรเลือก รวบรวม และเชื่อมโยงข้อมูล สารสนเทศ ตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันเพื่อใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ สนับสนุนการตัดสินใจและการสร้างนวัตกรรมขององค์กร

ข. องค์กรเลือกข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ ที่สำคัญ และทำให้มั่นใจว่ามีการนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ

ค. องค์กรปรับปรุงระบบการวัดผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางของบริการสุขภาพไว้ต่อการเปลี่ยนแปลงภายในหรือภายนอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด

(2) การวิเคราะห์ทบทวนและปรับปรุงผลงาน

ก. องค์กรทบทวนประเมินผลงาน และขีดความสามารถขององค์กร มีการวิเคราะห์ เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลและสร้างความมั่นใจว่าได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ องค์กรใช้การทบทวนนี้เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ และความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก

ข. องค์กรนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลงานขององค์กรมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและหาโอกาสสร้างนวัตกรรม พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร

ค. องค์กรนำผลการทบทวนประเมินผลงานขององค์กร ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบ

2. การจัดการสารสนเทศเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการความรู้ กล่าวคือ องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ ฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็นมีคุณภาพและพร้อมใช้งานสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน องค์กรสามารถสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบุคลากรซึ่งพิจารณาจาก (1) การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ (2) การจัดการความรู้ขององค์กร (3) คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศและความรู้ ทั้งนี้มาตรฐาน HA ได้ชี้แนะให้โรงพยาบาลควรดำเนินการตามดังนี้

(1) การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ

ก. ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน องค์กรภายนอก มีความพร้อมใช้งาน เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การตรวจสอบทางคลินิก การ

พัฒนาคุณภาพ การศึกษาและการวิจัย แผนงานและการจัดการสารสนเทศมีความเหมาะสมกับขนาด และความซับซ้อนขององค์กร

ข. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูลรั่วไหล และใช้งานง่าย

ค. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน

ง. องค์กรปรับปรุงกลไกการจัดให้มีข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่พร้อมใช้ ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ทิศทางของบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี

(2) การจัดการความรู้ขององค์กร

มีการจัดการความรู้ขององค์กรเพื่อให้เกิดสิ่งต่อไปนี้ การรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ของบุคลากร การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ที่เป็นประโยชน์จากผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีหรือที่เป็นเลิศ และนำไปสู่การปฏิบัติ การประมวลและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ และการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษามาประยุกต์ใช้

(3) คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศและความรู้

ก. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ขององค์กร มีความแม่นยำ เชื่อถือได้ ทันเหตุการณ์และปลอดภัย

ข. องค์กรสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ

หากพิจารณาถึงทฤษฎีของบัลคริจที่มีฐานคิดว่า “การนำจะขับเคลื่อนระบบ และระบบจะสรรสร้างผลลัพธ์” (Meyer and Collier ,2001) และการศึกษาเชิงประจักษ์จำนวนหนึ่งได้ยืนยันถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ “การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้” อันส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นๆ ได้แก่ การนำ (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Meyer and Collier ,2001) การบริหารเชิงกลยุทธ์ (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Meyer and Collier ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) การมุ่งทรัพยากรบุคคล (Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Meyer and Collier ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) การจัดการกระบวนการ (Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Meyer and Collier ,2001; Kim and Oh ,2012) การมุ่งลูกค้า (Wilson and Collier ,2000;

Flynn and Saladin ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) จะเห็นได้ว่า ระบบสารสนเทศเป็นส่วนสำคัญโครงสร้างพื้นฐานในการบริหารจัดการคุณภาพ และเพื่อการรักษาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง องค์การจึงต้องการข้อมูลที่น่าเชื่อถืออย่างสม่ำเสมอ การรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้เป็นสิ่งสำคัญในการตรวจสอบสถานะคุณภาพในปัจจุบันขณะ องค์การไม่สามารถประเมินคุณภาพของสินค้าและบริการได้อย่างถูกต้อง หากไม่สามารถวัดสถานะคุณภาพทั้งก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพ นอกจากนี้ การมีอยู่ของข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ถือเป็นความสำคัญขององค์การ (Nadine Hietschold, et al, 2014)

2.2.5 การมุ่งทรัพยากรบุคคล

ความหมาย

ในมาตรฐาน HA “การมุ่งทรัพยากรบุคคล” สามารถจำแนกได้ 2 ประการ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558) ได้แก่ (1) ความผูกพันของบุคลากร กล่าวคือองค์การสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์การและระดับบุคคล (2) สภาพแวดล้อมของบุคลากร กล่าวคือองค์การบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์การบรรลุผลสำเร็จ องค์การจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัย

ความสำคัญ

ทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการขับเคลื่อนให้องค์การประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดยความสำคัญของการบริหารงานบุคคลสามารถสรุปพอสังเขปได้ดังนี้ (ธัญญา ผลอนันต์, 2546) (1) ช่วยให้พนักงานในองค์การได้ค้นพบศักยภาพของตนเอง และพัฒนาตนเองให้มีความสามารถเชิงสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ มีความสุขและพึงพอใจในงาน เกิดความก้าวหน้าสามารถทำงานที่ให้ผลการดำเนินงานที่ดี มีประสิทธิผล (2) ช่วยพัฒนาองค์การ พนักงานที่มีคุณภาพก็จะดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ตามแนวทางที่ผู้นำระดับสูงวางเอาไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลการดำเนินการที่เป็นเลิศทั้งด้านบริการและผลิตสินค้า องค์การย่อมจะเจริญก้าวหน้า มีความมั่นคงและขยายงานออกไปได้ด้วยดี (3) ช่วยส่งเสริมความมั่นคงให้แก่สังคมและประเทศชาติ เมื่อองค์การซึ่งเป็นหน่วยหนึ่งของสังคมเจริญก้าวหน้าและมั่นคงดี ส่งผลไปถึงสังคมโดยรวมด้วย

นอกจากนี้ ธัญญา ผลอนันต์ (2546) ได้เน้นย้ำถึงความสัมพันธ์ของการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีต่อผู้นำระดับสูงทุกคนในองค์การด้วยการมองในมุมกลับว่า ผู้นำระดับสูงทุกคนต้องหลีกเลี่ยงความผิดพลาดดังต่อไปนี้ (1) การจ้างคนที่ไม่เหมาะสมกับงาน ขาดความสามารถสมรรถนะใน

การทำงาน (2) อัตราการลาออกจากงานสูง (3) พนักงานขาดความตั้งใจในการทำงานที่ให้ผลการดำเนินงานที่ดีที่สุด (4) การเสียเวลากับการสื่อสารที่ไม่เกิดประโยชน์ (5) การทำให้องค์กรต้องเป็นความกับพนักงานเนื่องจากความไม่รู้กฎหมาย (6) การทำให้องค์กรถูกร้องเรียน ฟ้องร้อง หรือตกเป็นข่าวเรื่องการจัดสถานะแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (7) การเป็นต้นเหตุหรือแสดงท่าทีที่ทำให้พนักงานคิดว่าค่าตอบแทนที่ได้รับไม่ยุติธรรม (8) การไม่เปิดโอกาสให้พนักงานได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาซึ่งเป็นการทำงานประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร (9) การกระทำที่ไม่ยุติธรรมหรือทำลายความสัมพันธ์อันดีงามก่อให้เกิดความตึงเครียดกับพนักงาน ทั้งนี้ **กิจกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์กร** หมายถึง การปฏิบัติตามนโยบายในการใช้ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายและภารกิจขององค์กร หรือเป็นกิจกรรมที่วางแผนจัดทำขึ้น เพื่อมุ่งไปในแนวทางเดียวกันของพนักงานและองค์กร ประกอบด้วย (ธัญญา ผลอนันต์, 2546)

(1) **การกำหนดนโยบายทรัพยากรบุคคล** หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ตามเจตนารมณ์ของผู้มีระดับสูงขององค์กร

(2) **การวางแผนทรัพยากรบุคคล** หมายถึง กระบวนการสำรวจความต้องการทรัพยากรบุคคลให้ได้ปริมาณ คุณภาพและตรงตามเวลาที่องค์กรต้องการซึ่งแบ่งเป็นขั้นตอนย่อยเพื่อให้องค์กรมีทรัพยากรไว้ใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในอนาคตดังนี้ หนึ่ง การพยากรณ์ความต้องการ (จำนวน ความสามารถเชิงสมรรถนะ เวลา) สอง นำผลจากข้อหนึ่งมาเปรียบเทียบกับกำลังคนในปัจจุบัน สาม กำหนดปริมาณและคุณสมบัติของพนักงานที่ต้องสรรหา หรือในบางกรณีต้องเลิกจ้าง ดังนั้นจึงมีงานอีกสองประการที่ต้องทำควบคู่ไปกับกิจกรรมนี้คือ การออกแบบงาน (Job Design) และการวิเคราะห์งาน (Job Analysis)

(3) **การสรรหา** หมายถึง กิจกรรมการจูงใจให้ผู้สมัครที่มีความสามารถเชิงสมรรถนะและทัศนคติที่องค์กรต้องการมาสมัครในตำแหน่งที่เหมาะสมเพื่อปฏิบัติตามภารกิจและให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

(4) **การคัดเลือก** หมายถึง กระบวนการคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมที่สุดสำหรับองค์กรและเหมาะสมกับตำแหน่งงานที่ต้องการโดยคัดเลือกจากผู้สมัครหรือวิธีการสรรหาแบบอื่น

(5) **การศึกษา การฝึกอบรมและการพัฒนา** หมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการที่มีความเป็นระบบมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพนักงานให้มุ่งไปในทางเดียวกันกับภารกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร รวมทั้งการจัดหาความรู้ด้านต่างๆ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะมีในอนาคต

(6) **การบริหารค่าตอบแทนและผลประโยชน์อื่น** หมายถึงผลตอบแทนหรือรางวัลทั้งหมดที่พนักงานได้รับในการแลกเปลี่ยนกับงานที่พนักงานอุทิศให้กับองค์กรทั้งนี้รวมทั้งที่เป็นตัวเงินและที่เป็นสวัสดิการรูปแบบอื่นๆ เช่น การให้ส่วนลดในการซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการขององค์กร

(7) **ความปลอดภัยและสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการคุ้มครองพนักงานจากอุบัติเหตุในการทำงาน ครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงสังคมด้วย

(8) **พนักงานและชุมชนสัมพันธ์** หมายถึง กระบวนการในการจัดความสัมพันธ์ระหว่างพนักงานด้วยกันเอง ระหว่างพนักงานกับหัวหน้างานและผู้นำระดับสูง พนักงานเป็นทั้งทรัพยากรและเป็นสิ่งแวดล้อมภายในด้วย ดังนั้นจึงต้องดูแลไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างพนักงานและชุมชนรอบๆ ด้วย

(9) **การประเมินผลการปฏิบัติงาน** หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการทำงานของพนักงาน โดยวัดและเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้เป็นกิจกรรมระหว่างพนักงานและหัวหน้างานโดยตรง แต่อยู่ในการกำกับของผู้นำระดับสูง

(10) **การจัดการสื่อสารภายใน** หมายถึง กระบวนการส่งและรับข่าวสารข้อมูลภายในองค์กรซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะเอื้ออำนวยให้กิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดข้างต้นดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิผลจึงจำเป็นต้องไปรับความเอาใจใส่และสนับสนุนจากผู้นำระดับสูงด้วย

สิ่งที่ต้องกล่าวถึงไว้ในที่นี้คือเรื่องของ**ความสุขในการทำงาน**ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นกำลังสำคัญของโรงพยาบาลทั้งปริมาณและความต้องการ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ, 2555) โดยการศึกษาด้วยวิธีเชิงคุณภาพของ ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ (2555) กล่าวว่า ความสุขของพยาบาลเกิดจากใจรักในวิชาชีพและการช่วยเหลือผู้ป่วยและประชาชนเสมือนว่าเป็นการทำบุญและอุทิศตนที่หล่อเลี้ยงจิตวิญญาณให้เข้มแข็งสามารถอยู่ในวิชาชีพแม้ว่าจะไม่มีความสุขในการทำงานและมีระดับความสุขที่ต่ำกว่าคนทั่วไป โดยศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะชี้ว่าการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลควรที่จะเพิ่มความสุข และการจะเสริมสร้างการคงอยู่ในวิชาชีพได้ต้องดำเนินการทั้งในระดับโครงสร้างองค์กร และระดับปฏิบัติการ เช่นเดียวกับ วีรญา ศิริจรรยาพงษ์ (2559) ได้กล่าวถึง ความสุขในการทำงานย่อมส่งผลต่อความผูกพันและความทุ่มเทให้กับองค์กร (วีรญา ศิริจรรยาพงษ์, 2559)

สำหรับมาตรฐาน HA ได้มีมุมมองต่อ “การมุ่งทรัพยากรบุคคล” เป็น 2 มิติ ดังนี้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

1. **ความผูกพันของบุคลากร** กล่าวคือองค์การสร้าง ความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล บุคลากรและผู้นำ

ได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดีซึ่งพิจารณาจาก (1) การเพิ่มคุณค่าบุคลากร (2) การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ (3) การประเมินความผูกพันของบุคลากร ทั้งนี้มาตรฐาน HA ได้ชี้แนะให้โรงพยาบาลควรดำเนินการตามดังนี้

(1) การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

ก. องค์กรกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน และความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละส่วน

ข. องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี และมีแรงจูงใจดังต่อไปนี้

- ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันทักษะที่มีประสิทธิผล ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพต่างสาขาระหว่างผู้ที่อยู่ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่ (ตามความเหมาะสม)

- การกระจายข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารสองทางกับหัวหน้างานและผู้บริหารที่มีประสิทธิผล

- การตั้งเป้าหมายระดับบุคคล การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม

- นวัตกรรมภายใต้สภาพแวดล้อมของงาน

- ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร

ค. ระบบประเมินและพัฒนาผลงานบุคลากร (staff performance management system) ส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานที่ดี มีความผูกพันกับองค์กร หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย ผู้รับผลงาน การให้บริการสุขภาพและการนำไปปฏิบัติให้สำเร็จผล ระบบดังกล่าวนำประเด็นเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัลการยกย่องชมเชยและการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย

(2) การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ

ก. ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- ความจำเป็นและความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งบุคลากร หัวหน้างาน และผู้บริหารระบุ

- ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ประวัติการทำงาน และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำซึ่งมีการทบทวนทุกระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี

- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร

- จริยธรรมของบุคลากรในองค์กร คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ

- ประเพณีวัฒนธรรม และมิติทางจิตวิญญาณของผู้มารับบริการ

- การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม
- สมดุลระหว่างวัตถุประสงค์ขององค์กรกับความต้องการของบุคลากร
- การเรียนรู้ และสินทรัพย์ความรู้ ขององค์กร
- โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลายรวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง

การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)

- การถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่ลาออกหรือเกษียณอายุ
- การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน

ข. ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- การพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว
- การพัฒนาความรู้ขององค์กร
- จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพและการดำเนินกิจการ
- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการ

ขององค์กร

- การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลง และนวัตกรรม
- โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช

การเป็นพี่เลี้ยงการสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)

ค. องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ โดยพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานขององค์กรร่วมด้วย

ง. องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพองค์กรมีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

(3) การประเมินความผูกพันของบุคลากร

ก. องค์กรประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม แต่ละส่วนของบุคลากร และใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร

ข. องค์กรนำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรมาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ กิจการขององค์กร เพื่อระบุโอกาสในการปรับปรุงทั้งความผูกพันของบุคลากรและผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ กิจการขององค์กร

2. สภาพแวดล้อมของบุคลากร กล่าวคือองค์การบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์การบรรลุผลสำเร็จ องค์การจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยซึ่งพิจารณาจาก (1) ขีดความสามารถ และความเพียงพอของบุคลากร (2) บรรยากาศในการทำงาน (3) สุขภาพบุคลากร ทั้งนี้มาตรฐาน HA ได้ชี้แนะให้โรงพยาบาลควรดำเนินการตามดังนี้

(1) ขีดความสามารถ และความเพียงพอของบุคลากร

ก. องค์การมีการจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงอัตรากำลังบุคลากรที่สภาวิชาชีพทางสุขภาพกำหนดพร้อมไปกับบริบทขององค์กรซึ่งแผนดังกล่าวระบุขีดความสามารถของบุคลากรและกำลังคนที่ต้องการ พร้อมทั้งการแบ่งระดับของกำลังคนและความสามารถในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถจัดบริการที่ตรงความต้องการได้ มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย

ข. มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่ง และธำรงรักษาบุคลากรใหม่บุคลากรใหม่ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ ผู้ที่มาปฏิบัติงานทางคลินิกในองค์กร และอาสาสมัคร ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานการศึกษาต่อเนื่องควรได้รับการส่งเสริมโดยองค์กร มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ องค์กรสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดอ่านของชุมชน

ค. องค์กรบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อ

- ให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ
- ใช้ประโยชน์จากความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
- หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย ผู้รับผลงาน การให้บริการสุขภาพ
- ให้ผลดำเนินการเป็นไปตามความคาดหวังหรือดีกว่า
- ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
- คล่องตัวพอที่จะตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

ง. บุคลากรได้รับการประเมินผลงานและสมรรถนะเป็นประจำ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

จ. องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและความเพียงพอขององค์กรบริหารบุคลากร ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการลดบุคลากร และเพื่อลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อมีความจำเป็น

(2) บรรยากาศในการทำงาน

ก. องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพปลอดภัย และมีการป้องกันภัย มีการกำหนดตัววัดผลงานและเป้าหมายการปรับปรุงสำหรับแต่ละประเด็นดังกล่าว

ข. องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรที่มีความหลากหลายแต่ละกลุ่ม

(3) สุขภาพบุคลากร

ก. บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน

ข. บุคลากรมีข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ

ค. องค์กรประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสโรค ไวรัสตับอักเสบบี และ HIV จากผู้ป่วย เข็มฉีดยาหรือของมีคมบาด สารเคมีในห้องปฏิบัติการก๊าซพิษ และยาเคมีบำบัด

ง. บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงาน และมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจสุขภาพทั่วไป ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน ประวัติการเจ็บป่วย และอุบัติเหตุ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน

จ. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำ งาน รวมทั้งการติดเชื้อซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ

ฉ. บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม

ช. บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม องค์กรจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ข้อบ่งชี้ในการจำกัด การปฏิบัติหน้าที่และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อซึ่งครอบคลุมถึงการให้ภูมิคุ้มกันและการจำกัดการ ปฏิบัติงาน

หากพิจารณาถึงทฤษฎีของบลัดริจที่มีฐานคิดว่า “การนำจะขับเคลื่อนระบบ และระบบจะ สรรสร้างผลลัพธ์” (Meyer and Collier ,2001) และการศึกษาเชิงประจักษ์จำนวนหนึ่งได้ยืนยันถึง ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ “การมุ่งทรัพยากรบุคคล” อันส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นๆ ได้แก่ การ จัดการกระบวนการ (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013)และ ผลการดำเนินงาน (Winn

and Cameron ,1998; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) จะเห็นได้ว่า ในบริบทของการบริหารคุณภาพนั้น การบริหารทรัพยากรบุคคลจะมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับความรู้ที่ทันสมัย มีการตระหนักรู้ถึงความผิดพลาดอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเข้าใจในผลลัพธ์ของคุณภาพนำไปสู่พันธะผูกพันอย่างยิ่งยวดต่อการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร การเปลี่ยนแปลงในทัศนคติทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและทำให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพไปทั่วทั้งองค์กรได้ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมมีส่วนในการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานแสดงความคิดเห็นสำหรับการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) และองค์กรจึงควรจะนำเอาระบบการให้รางวัลมาใช้อย่างเป็นทางการเพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ความสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคลในอีกแห่งหนึ่งคือ การให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงาน (empowerment) เพราะ ความรับผิดชอบจะขับเคลื่อนผลักดันความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน และเป็นตัวกระตุ้นการมีส่วนร่วมในองค์กร นอกจากนี้ การให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานทำให้เกิดการทราบถึงปัญหาในองค์กรจากผู้ปฏิบัติงานไปสู่ผู้บริหาร และยังทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตอบสนองต่อความผิดพลาดต่างๆได้อย่างรวดเร็ว และท้ายที่สุดการให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานจะช่วยลดความต้องการผู้ควบคุมดูแล (supervisors) และลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นได้ การบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพสามารถสร้างภาวะของการทำงานเป็นทีมได้ ผู้ปฏิบัติงานจะแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีความสำคัญหรือเป็นข้อมูลที่สำคัญที่อีกฝ่ายต้องการ ผู้ปฏิบัติงานจะทำงานได้ยืดหยุ่นขึ้น และยังพัฒนาความไว้วางใจระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน นอกจากนี้ยังสามารถปรับปรุงกระบวนการการแก้ปัญหาโดยการสร้างผลปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว (Nadine Hietschold, et al, 2014)

2.2.6 การจัดการกระบวนการ

ความหมาย

กระบวนการดำเนินงานในองค์กร คือ กลุ่มของงานต่างๆที่ทำหน้าที่ในการผลิตสินค้าและบริการส่งต่อถึงลูกค้าภายนอก หรืออาจกล่าวได้ว่ากระบวนการคือ การไหลของงานอย่างเป็นขั้นตอนและทำให้ได้สินค้าและบริการในที่สุด ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการประกอบด้วยงานที่มาจากคน เครื่องจักร การใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อการประกอบหรือแปรรูปวัตถุดิบ เทคโนโลยีและข้อมูลซึ่งรวมเรียกว่า “ปัจจัยในการผลิต” (กิตติพงษ์ วิเวกานนท์, 2547) ในมาตรฐาน HA หมวดการจัดการกระบวนการเป็นหมวดที่ใหญ่มากซึ่งถูกขยายออกมาเป็นสองตอนได้แก่ (1) ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และ (2) กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ความสำคัญ

สำหรับแนวคิดของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) นั้น มิได้สนใจว่า องค์กรจะใช้ปัจจัยการผลิตปริมาณเท่าใด แต่ปัจจัยที่ใส่เข้าไปต้องถูกใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการสร้างมูลค่าอันเป็นที่ต้องการของลูกค้าทั้งหมด เพราะส่วนที่ใช้เกินเราจะเรียกว่าความสูญเสียอันเป็นที่มาของความจำเป็นในการควบคุมกระบวนการเพื่อให้เกิดคุณภาพและผลิตภาพสูงสุดซึ่งอาจมีจุดเน้นที่ต่างกันไปของแต่ละกระบวนการ ถ้าเป็นกระบวนการให้บริการจุดที่สำคัญคือการสร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้า ทั้งนี้แนวคิดในการบริหารคุณภาพภายในองค์กรไม่ใช่เพียงการได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์และบริการที่มีคุณภาพหรือการมีกลไกที่มุ่งเน้นสร้างคุณค่าสูงสุดแก่ลูกค้าควบคู่ไปกับการรักษาความสามารถในการแข่งขันเท่านั้น หากแต่แนวคิดในเรื่องการบริหารคุณภาพยังต้องพิจารณาครอบคลุมถึงความสามารถในการปรับเปลี่ยนกลไกที่ไม่ใช่เพียงการผลิตหรือการบริการเท่านั้น แต่หมายถึงกลไกทั้งหมดที่มีส่วนต่อการสร้างคุณค่าให้แก่ผลิตภัณฑ์และบริการ ภายใต้การเปลี่ยนแปลงและสภาพแวดล้อมการแข่งขันในตลาด (กิตติพงษ์ วิเวกานนท์, 2547)

ในการจัดกระบวนการทั้งหมดขององค์กรเพื่อมุ่งสู่การเป็นกระบวนการสร้างคุณค่า โดยแต่ละกระบวนการต้องมีการดำเนินการตามเกณฑ์ต่างๆ ที่สอดคล้องกับวงจร DRMP (Define-Repeat-Measure-Predict)⁵ ซึ่งมีการใช้งานคล้ายกับวงจร PDCA โดย กิตติพงษ์ วิเวกานนท์ และคณะ อธิบายเรื่องนี้ไว้ดังนี้

กระบวนการต้องมีขอบเขตการดำเนินงาน (**Define**) ว่าเริ่มและสิ้นสุด ณ ที่ใดซึ่งเรียกว่า Key Processes พร้อมทั้งกำหนดความต้องการที่สำคัญของกระบวนการโดยการนำข้อมูลจากผู้มีส่วนได้เสียมาใช้ ซึ่งความต้องการของกระบวนการหลักๆ จะเป็นเรื่องของต้นทุน (cost) ที่ต่ำ คุณภาพหรือความพึงพอใจของลูกค้า กำลังการผลิตหรือการให้บริการของกระบวนการ และการส่งมอบที่รวดเร็ว ถูกต้อง ต่อมาเป็นเรื่องของการ **Repeat** คือการปฏิบัติงานประจำวันในกระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการควบคุมกระบวนการให้เป็นไปตามความต้องการที่สำคัญของกระบวนการซึ่งได้กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ บางครั้งเรียกว่า การบริหารงานประจำวัน (Daily Management) จากนั้นจะต้องมีการวัดหรือ **Measurement** ว่าสิ่งที่ทำไปเป็นตามความต้องการที่สำคัญของกระบวนการนั้นๆ หรือไม่ โดยจะต้องกำหนดตัวชี้วัดหลักของผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งต้องมีการนำเอาข้อมูลจากตัววัดในกระบวนการ และข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงจากลูกค้า ผู้ส่งมอบหรือคู่ค้ามาใช้ในการจัดการกระบวนการอีกด้วย ในด้านการควบคุมคุณภาพจะต้องแสดงวิธีการในการตรวจสอบ (Inspection) ทดสอบ (Test) และตรวจประเมิน (Audit) กระบวนการ นอกจากนี้ต้องพิจารณาต้นทุนในภาพรวมโดยนอกจากจะต้องลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นในกระบวนการแล้วยังต้องดำเนินการกระบวนการเชิงป้องกันเพื่อควบคุมต้นทุนการตรวจสอบและทดสอบอีกด้วย ในส่วนสุดท้ายคือการพยากรณ์ (**Predict**) กล่าวคือ

⁵ รายละเอียดของวงจร DRMP โปรดดู กิตติพงษ์ วิเวกานนท์ และคณะ (2547)

องค์การจะต้องมีแผนงานที่คาดหมายและหวังผลอย่างเป็นรูปธรรมได้ในอนาคตซึ่งสามารถทำได้โดยการปรับปรุงกระบวนการและต้องแสดงถึงการเผยแพร่การปรับปรุงไปยังหน่วยงานอื่นๆ ผลของการปรับปรุงที่เกิดขึ้นจะถูกนำไปเปรียบเทียบกับความต้องการที่สำคัญของกระบวนการเพื่อปรับทิศทางของกระบวนการให้ดียิ่งขึ้น

ในส่วนของชนิดของกระบวนการนั้นสามารถแบ่งตามบทบาทหน้าที่ต่อความสำเร็จขององค์การได้ 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้ (กิตติพงศ์ วิเวกานนท์, 2547)

(1) กระบวนการที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และกระบวนการหรือกระบวนการหลัก คือกระบวนการหลักในการดำเนินธุรกิจขององค์การที่มีส่วนโดยตรงในการสร้างมูลค่าของผลิตภัณฑ์และบริการแก่ลูกค้า ได้แก่ กระบวนการออกแบบ กระบวนการผลิตหรือบริการ กระบวนการส่งมอบ กระบวนการขายและตลาด

(2) กระบวนการสนับสนุน คือกระบวนการสนับสนุนเพื่อให้กระบวนการหลักสามารถสร้างผลิตภัณฑ์หรือบริการที่สูงสุดแก่ลูกค้า โดยมีกระบวนการที่สำคัญได้แก่ ระบบสนับสนุนการปฏิบัติงาน การจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐาน การพัฒนาเทคโนโลยี

(3) กระบวนการทางธุรกิจ คือกระบวนการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสร้างผลิตภัณฑ์ หรือบริการโดยตรง แต่เป็นการผลักดันหรือสร้างความสัมพันธ์กับภายนอกโดยมีจุดประสงค์เพื่อปรับปรุงความสำเร็จของธุรกิจ กระบวนการทางธุรกิจที่สำคัญได้แก่ กระบวนการเพื่อสร้างนวัตกรรม การได้มาซึ่งเทคโนโลยี การจัดการสารสนเทศและความรู้ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจัดหาจากภายนอก เป็นต้น

อย่างที่ได้อธิบายไว้ข้างแล้วว่า ในมาตรฐาน HA หมวดการจัดการกระบวนการเป็นหมวดที่ใหญ่ที่สุดซึ่งถูกขยายออกมาเป็นสองตอนได้แก่ (1) ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และ (2) กระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยรายละเอียดพอสังเขปของแต่ละตอนพิจารณาได้ดังนี้

(1) ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล เป็นกระบวนการที่ไม่ได้กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง แต่ถ้าหากระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลนี้ไม่ดีไม่มีประสิทธิภาพจะกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (กิตตินันท์ อนุธรรมณี, 2558) โดยระบบงานสำคัญประกอบด้วย การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ การกำกับดูแลวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน ระบบจัดการด้านยา การตรวจทดสอบ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ การทำงานกับชุมชน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

(2) **กระบวนการดูแลผู้ป่วย** โดยสิ่งที่ต้องคำนึงถึง ประกอบด้วย การเข้าถึงและการรับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลัง การดูแลต่อเนื่อง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

หากพิจารณาถึงทฤษฎีของบัลดิริจที่มีฐานคิดว่า “การนำจะขับเคลื่อนระบบ และระบบจะสรรสร้างผลลัพธ์” (Meyer and Collier ,2001) และการศึกษาเชิงประจักษ์จำนวนหนึ่งได้ยืนยันถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ“การจัดการกระบวนการ” อันส่งผลต่อผลการดำเนินงาน (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) นอกจากนี้ วรรณกรรมหลายชิ้นได้ยอมรับแนวทางการบริหารจัดการเชิงกระบวนการ (Process-oriented management) แทนการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-orientated management) องค์การต่างๆควรจะบริการจัดการด้านกระบวนการให้เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ในมิติการบริหารจัดการเชิงกระบวนการได้ตั้งอยู่บนฐานคิดว่า “ประการแรก องค์การคือระบบของกระบวนการต่างๆที่ถูกเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน ประการที่สอง การปรับปรุงกระบวนการเป็นตัวกำหนดการปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน” และองค์การต้องกำหนดกระบวนการที่สำคัญและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ได้รับสินค้าและบริการที่มีคุณภาพกว่าเดิม (Nadine Hietschold, et al, 2014) นอกจากนี้ การปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการทำงานขององค์การเป็นการลดการทำซ้ำ (reworking) ลดการสูญเสียกำลังของผู้ปฏิบัติงาน (manpower) และยังผลให้การใช้วัสดุอุปกรณ์และความผิดพลาดต่างๆลดลงด้วย (Mosadeghrad, 2014b; Volker Krüger, 2001)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แม้ว่าผู้วิจัยจะได้กล่าวถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปบ้างแล้วในส่วนที่เป็นหัวข้อของ **แนวคิดว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล** แต่ก็ยังเป็นเพียงแต่การอธิบายประกอบแนวคิดเท่านั้น ยังมิได้แสดงให้เห็นถึงวัตถุประสงค์ ทฤษฎี ตัวแปร รวมถึงวิธีการศึกษาของงานวิจัยนั้นๆ ดังนั้น ในส่วนนี้จึงเป็นการแสดงถึงการเปรียบเทียบงานวิจัยและการวิพากษ์วิจารณ์เพื่อยังประโยชน์ในการต่อยอดการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนี้ ผู้วิจัยจะแบ่งออกเป็นสองส่วนใหญ่ กล่าวคือ (1) การวิจัยที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพภายใต้ข้อสมมติของ Baldrige และ (2) การวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งงานวิจัยก่อนหน้านี้นี้จะทำให้ผู้วิจัยมองเห็นการศึกษาในเรื่องการพัฒนาคุณภาพองค์การโดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลที่ต่างประเทศและประเทศไทยดำเนินไปเป็นเช่นไร แล้วควรจะดำเนินการทำการศึกษาอย่างไรเพื่อที่จะนำมาเป็นฐานแห่งการศึกษางานวิจัยนี้ โดยรายละเอียดงานวิจัยต่างๆมีดังนี้

2.3.1 การวิจัยที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพภายใต้ข้อสมมติของ Baldrige

งานวิจัยที่ถือว่าเป็นงานชิ้นแรกของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพภายใต้ข้อสมมติของ Baldrige โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรงพยาบาลนั้นเป็นงานของ Meyer and Collier (2001) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “An empirical test of the causal relationships in the Baldrige Health Care Pilot Criteria” เพื่อทำการทดสอบเชิงประจักษ์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของตัวแปรในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA ที่ใช้ในส่วนงานบริการด้านสุขภาพในการบริหารจัดการคุณภาพโดยกลุ่มตัวอย่างคือโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 220 แห่ง ในการศึกษาครั้งนี้พยายามพัฒนาความรู้ความเข้าใจของความสัมพันธ์ของตัวแปรในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ โดยองค์ประกอบสำคัญของตัวแปรที่ใช้ในการออกแบบเครื่องมือสอบถามสามารถแสดงได้ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงองค์ประกอบสำคัญภายในตัวแบบที่ใช้ในการศึกษา

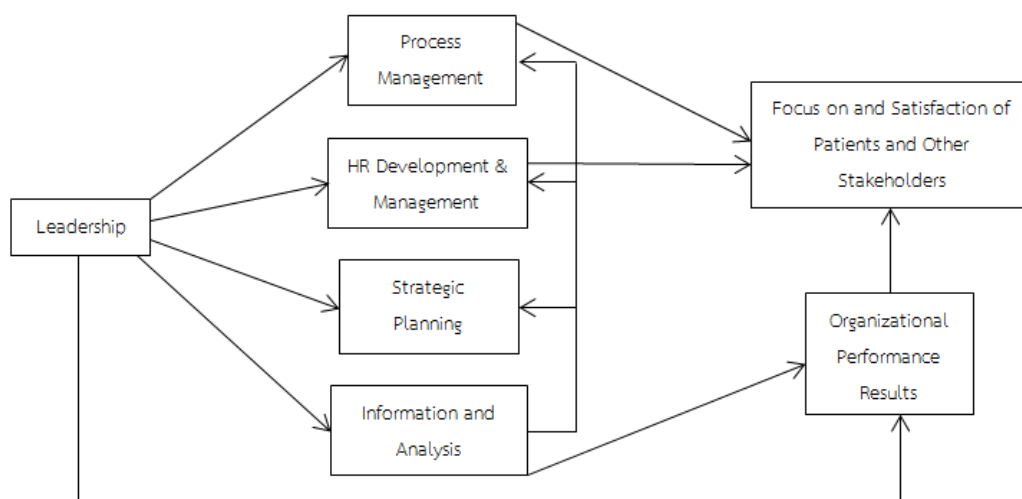
ตัวแปร	องค์ประกอบสำคัญ
การนำ (Leadership)	(1) การนำของผู้บริหารระดับสูงและผู้ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพ (2) ระบบการนำและองค์การ (3) ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและความเป็นพลเมือง
สารสนเทศและการวิเคราะห์ (information and analysis)	(1) การจัดการสารสนเทศและข้อมูล (2) การเปรียบเทียบการแข่งขันและการเทียบเคียงองค์การอื่น (3) การวิเคราะห์และการใช้ข้อมูลระดับองค์การ
การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning)	(1) การพัฒนากลยุทธ์ (2) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ
การจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management)	(1) การวางแผนและการประเมินทรัพยากรมนุษย์ (2) ระบบงานของผู้ปฏิบัติงานทางการบริการสุขภาพ (3) การให้การศึกษา การอบรม และการพัฒนาของผู้ปฏิบัติงานทางการบริการสุขภาพ (4) ความเป็นอยู่และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานทางการบริการสุขภาพ
การจั ด การ ระเบ ว น การ (Process Management)	(1) การออกแบบและการริเริ่มการให้บริการทางสุขภาพ (2) การส่งมอบบริการทางสุขภาพของผู้ป่วย

ตัวแปร	องค์ประกอบสำคัญ
	(3) การออกแบบและการส่งมอบการบริการ สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย (4) การออกแบบและการส่งมอบบริการสุขภาพ ชุมชน (5) การจัดการระดับบริหารและปฏิบัติการ (6) การจัดการผลการปฏิบัติงานของผู้นำส่ง ปัจจัยการผลิต
ผลลัพ์ขององค์การ (Organization Performance Results)	(1) ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (2) ผลลัพธ์การให้บริการสนับสนุนสุขภาพของ ผู้ป่วย (3) ผลลัพธ์การให้บริการสุขภาพของชุมชน (4) ผลลัพธ์ทางการบริหาร ธุรกิจและผู้นำส่ง ปัจจัยการผลิต (5) ผลลัพธ์ของการรับรองคุณภาพและการ ประเมินผล
การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้เสีย และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้เสีย (Focus on and Satisfaction of Patients and Other Stakeholders)	(1) ความรู้ด้านผู้ป่วยและตลาดทางด้านสุขภาพ (2) การจัดการความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้เสีย (3) ความมุ่งมั่นต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้เสีย (4) ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้เสีย (5) การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้เสีย

ที่มา: Meyer and Collier (2001)

Meyer and Collier (2001) ได้สร้างตัวแบบเพื่อนำไปทดสอบทางสถิติด้วยเทคนิค SEM โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแบบคล้ายกับตัวแบบ 1995 MBNQA แต่เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติได้ปรับตัวแบบให้เป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผล โดยผลการวิเคราะห์แสดงได้ดังรูปที่ 2.8

รูปที่ 2.8 แสดงผลการวิเคราะห์ความเป็นเหตุและผลของตัวแปรในตัวแบบที่ใช้ในการศึกษาของ Meyer and Collier



ที่มา: Meyer and Collier (2001)

ข้อค้นพบสำคัญของตัวแบบนี้ แบ่งได้ 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย บทบาทของการนำ บทบาทของสารสนเทศและการวิเคราะห์ ความพึงพอใจของลูกค้า และการวางแผนกลยุทธ์ โดยแสดงรายละเอียดต่างๆได้ดังนี้ (Susan M. Meyer and David A. Collier, 2001)

(1) บทบาทของการนำ

การนำมีอิทธิพลต่อระบบซึ่งได้แก่ สารสนเทศและการวิเคราะห์ การวางแผนกลยุทธ์ การพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการจัดการกระบวนการ หากมีการปรับปรุงในเรื่องของการนำย่อมส่งผลโดยตรงกับปัจจัยทั้งสี่ข้างต้น ดังนั้น ข้อค้นพบนี้ถือเป็นความรู้สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลในการเน้นบทบาทสำคัญของการนำเพื่อที่จะทำให้ระบบการจัดการคุณภาพมีประสิทธิภาพ และผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการนำมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลกับสารสนเทศและการวิเคราะห์ กล่าวคือผู้นำจะต้องตระหนักถึงบทบาทสำคัญของระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลในการจัดเตรียมระบบการวัด (systems of measurement) สารสนเทศ (information) และการวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) นอกจากนี้ การนำมีบทบาทโดยตรงต่อระบบการจัดการคุณภาพ และมีบทบาทโดยตรงและโดยอ้อมต่อผลลัพธ์การปฏิบัติงานดังแสดงในรูปที่ 9

(2) บทบาทของสารสนเทศและการวิเคราะห์

ข้อค้นพบสำคัญในเรื่องสารสนเทศและการวิเคราะห์มีสองประการ กล่าวคือ **ประการแรก** สารสนเทศและการวิเคราะห์เป็นตัวขับเคลื่อนให้ตัวแปร การวางแผนกลยุทธ์ การพัฒนาและจัดการ ทรัพยากรมนุษย์ และการจัดการกระบวนการ แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ ชี้ให้เห็นว่า ระบบสารสนเทศตัวแปรที่สำคัญในตัวแบบ MBNQA ผลการวิเคราะห์นี้มีความสอดคล้องกับแนวคิด ของตัวแบบที่กล่าวว่า “**ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องสร้างพื้นฐานของการวัด สารสนเทศ ข้อมูล และการวิเคราะห์**” (NIST,1995c,p.4 อ้างถึงใน Meyer and Collier ,2001) **ประการที่สอง** สารสนเทศและการวิเคราะห์มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์การปฏิบัติงานขององค์กรในโรงพยาบาลของ ประเทศสหรัฐอเมริกา ความสัมพันธ์นี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้การวัด สารสนเทศ และข้อมูลอย่างมี ประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล

(3) ความพึงพอใจของลูกค้า

ข้อค้นพบสำคัญในเรื่องความพึงพอใจของลูกค้าแบ่งได้เป็นสามประการ ได้แก่ ประการแรก การพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของลูกค้าในทางบวก ความสัมพันธ์ ดังกล่าวนี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีห่วงโซ่การให้บริการแห่งกำไร (service-profit chain theory) และความสำคัญของผู้ให้บริการที่มีทักษะในระดับสูง นอกจากนี้ การพัฒนาระบบงานให้ดีขึ้น การ ปรับปรุงการอบรมผู้ปฏิบัติงาน การวัดและการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งหมดนี้ สามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้ อีกทั้งนโยบายที่ปรับปรุงความพึงพอใจ ของผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงความจงรักภักดีและการธำรงรักษาผู้ปฏิบัติงาน เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงาน คุณภาพและคุณค่าในการบริการซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มความพึงพอใจของลูกค้า ดังนั้น ทฤษฎีห่วงโซ่ การให้บริการแห่งกำไร (service-profit chain theory) จึงได้รับการสนับสนุนด้วยผลจากการศึกษา ในครั้งนี้ ประการที่สอง การจัดการกระบวนการส่งอิทธิพลต่อความพึงพอใจของลูกค้าของ โรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาดังกล่าวมีหลักฐานว่า การออกแบบและการส่ง มอบกระบวนการทางแพทย์และไม่ใช้การแพทย์มีความสำคัญต่อความพึงพอใจของลูกค้า และการ ออกแบบและการส่งมอบดังกล่าวควรจะถูกจัดการจากมุมมองของลูกค้า เช่นเดียวกับทรัพยากรมนุษย์ ผู้ป่วยสามารถมองเห็นการจัดการกระบวนการทั้งการออกแบบและการส่งมอบการบริการทาง การแพทย์ เช่น การให้บริการเอ็กซเรย์ การผ่าตัดเล็ก และที่ไม่ใช่การบริการทางการแพทย์ เช่น แผนกชำระค่าบริการ และการบริการทางโภชนาการ ดังนั้น โรงพยาบาลที่จะปรับปรุงเรื่องความพึง พอใจของผู้ป่วยควรลงทุนสนับสนุนในเรื่องของทรัพยากรมนุษย์และการจัดการกระบวนการเป็น สำคัญ และประการที่สาม ผลลัพธ์การปฏิบัติงานขององค์กรมีอิทธิพลโดยตรงต่อความพึงพอใจของ ลูกค้า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ MBNQA ที่กล่าวว่า “การปรับปรุง ความสามารถภายในองค์กรและผลลัพธ์การปฏิบัติงานส่งผลให้ผลลัพธ์ภายนอกองค์กรดีขึ้น” (NIST,1995c,p.4 อ้างถึงใน Meyer and Collier ,2001) โดยผลลัพธ์การปฏิบัติงานขององค์กร

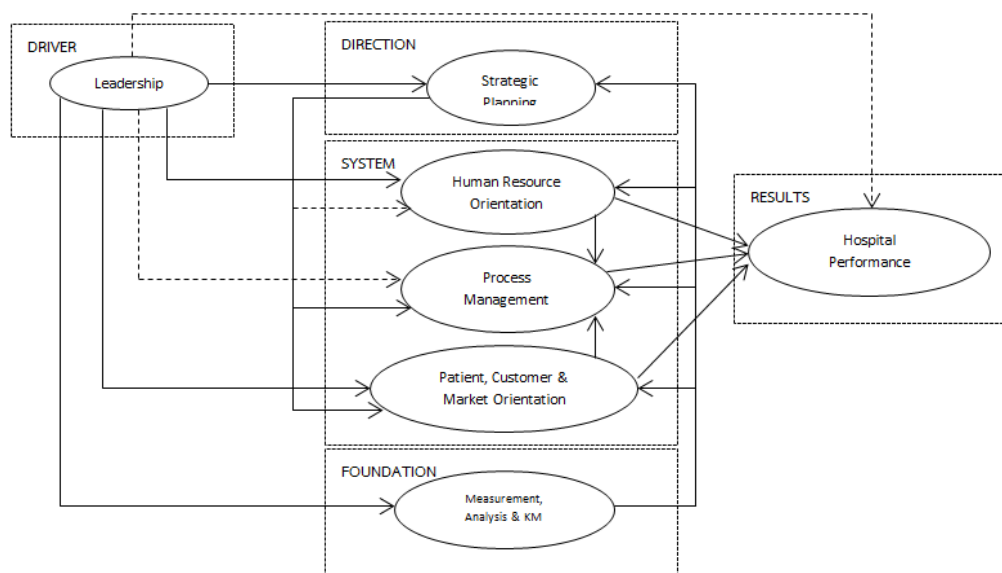
หมายรวมถึง การวัดผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล เช่น ผลลัพธ์ทางการแพทย์ ต้นทุน และ ประสิทธิภาพ ขณะที่ความพึงพอใจของลูกค้าจะกล่าวในเรื่องมุมมองของการวัดความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้เสียของโรงพยาบาลและผู้ป่วย โดยสรุปแล้วงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการขับเคลื่อนคุณภาพของโรงพยาบาลนั้นจะต้องมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์และการจัดการกระบวนการเนื่องจากทั้งสองปัจจัยมีอิทธิพลโดยตรงต่อความพึงพอใจของลูกค้า

(4) การวางแผนกลยุทธ์

ข้อค้นพบประการหนึ่งของงานวิจัยนี้ คือ การวางแผนกลยุทธ์ไม่ส่งอิทธิพลต่อผลลัพธ์ขององค์กรและความพึงพอใจของลูกค้ามีหลักฐานทางวรรณกรรมชื่อว่า ข้อความภารกิจ (mission statement) ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่แทบจะไม่เกี่ยวข้องกับการวางแผนกลยุทธ์ และโรงพยาบาลเองก็ไม่แน่ใจว่าจะอะไรคือสิ่งที่ควรเป็นภารกิจขององค์กร นอกจากนี้ ผลของงานวิจัยนี้สอดคล้องกับ Wilson and Collier (2000) ที่สนับสนุนว่าการวางแผนกลยุทธ์แทบจะไม่มีบทบาทสำคัญในตัวแบบ MBNQA

งานวิจัยถัดมาเป็นการศึกษาของ Yang-Kyun Kim and Hyun-Jong Oh (2012) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “Causality Analysis on Health Care Evaluation Criteria for State-Operated Mental Hospitals in Korea Using Malcolm Baldrige National Quality Award Model” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลขององค์ประกอบในตัวแบบรางวัลคุณภาพ MBNQA และเพื่อจัดเตรียมข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสำหรับการประเมินตนเองในการจัดการคุณภาพและเพื่อสนับสนุนการแข่งขันกับโรงพยาบาลอื่นๆ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือโรงพยาบาลทางจิตของรัฐจำนวน 5 แห่ง ทั้งนี้ตัวแบบรางวัลคุณภาพที่ Yang-Kyun Kim and Hyun-Jong Oh (2012) ใช้ในการทดสอบเป็นตัวอย่างในปี 2006 โดยประกอบด้วยตัวแปรจำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ ตัวขับเคลื่อน (driver) ทิศทาง (direction) ฐานราก (foundation) ระบบ (system) และผลลัพธ์ (results) โดยระบบ ได้มีองค์ประกอบภายใน 3 ตัว ประกอบด้วย การมุ่งทรัพยากรมนุษย์ การจัดการกระบวนการ การมุ่งผู้ป่วยลูกค้าและตลาด ในส่วนของทิศทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผล Yang-Kyun Kim and Hyun-Jong Oh (2012) ได้อาศัยหลักฐานทางวรรณกรรมต่างๆ อาทิ Wilson and Collier (2000) Meyer and Collier (2001) เป็นต้น ในการแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างตัวแปรต่างๆ เมื่อทำการสร้างตัวแบบเสร็จแล้วจึงนำไปทดสอบทางสถิติด้วยเทคนิค SEM ซึ่งแสดงผลได้ดังรูปที่ 2.9

รูปที่ 2.9 แสดงผลการวิเคราะห์ความเป็นเหตุและผลของตัวแปรในตัวแบบที่ใช้ในการศึกษาของ Yang-Kyun Kim and Hyun-Jong Oh



ที่มา: Yang-Kyun Kim and Hyun-Jong Oh (2012)

รูปที่ 10 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรด้านการนำส่งอิทธิพลต่อโรงพยาบาลโดยรวม กล่าวคือ การนำส่งผลต่อตัวฐานราก (การวัด วิเคราะห์และการจัดการความรู้) การนำส่งผลต่อทิศทางของโรงพยาบาล (การวางแผนกลยุทธ์) การนำส่งผลต่อระบบบางส่วน (การมุ่งเน้นผู้ป่วย ลูกค้ำและตลาด การมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์) อย่างไรก็ตาม การนำไม่มีผลต่อการจัดการกระบวนการ และผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล ขณะที่ การนำส่งอิทธิพลโดยอ้อมต่อการจัดการกระบวนการผ่านการวางแผนกลยุทธ์ และการวางแผนกลยุทธ์ส่งอิทธิพลโดยตรงต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย ลูกค้ำและตลาด และการจัดการกระบวนการ แต่กลับไม่มีอิทธิพลต่อการมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์ โดย Yang-Kyun Kim and Hyun-Jong Oh (2012) ให้เหตุผลว่า โดยทั่วไปรัฐบาลกลางจะเป็นผู้บริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ของโรงพยาบาลทางจิตด้วยตนเอง แต่ผู้วิจัยได้สนับสนุนให้รัฐควรกระจายอำนาจในเรื่องของการตัดสินใจและการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ให้แก่โรงพยาบาล

นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยภายในระบบซึ่งประกอบด้วย การมุ่งทรัพยากรมนุษย์ การจัดการกระบวนการ การมุ่งผู้ป่วยลูกค้ำและตลาด มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลด้วยกันเองด้วย โดย การมุ่งทรัพยากรมนุษย์ และการมุ่งผู้ป่วยลูกค้ำและตลาดมีอิทธิพลต่อการจัดการกระบวนการ และยังส่งอิทธิต่อผลลัพธ์การปฏิบัติงานของโรงพยาบาล หากกล่าวในส่วนของตัวแปรการวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ตัวแปรดังกล่าวส่งอิทธิพลต่อตัวแปรอื่นๆ ดังนี้ การวางแผนกลยุทธ์ การมุ่งทรัพยากรมนุษย์ การจัดการกระบวนการ และการมุ่งผู้ป่วยลูกค้ำและตลาด

ในประเทศเกาหลีใต้ หรือประเทศอื่น ๆ ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศนั้น โครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีสารสนเทศถูกวางรากฐานโดยรัฐบาลกลางเพื่อให้บริษัทโดยทั่วไปรวมถึงโรงพยาบาลได้ใช้ประโยชน์จากมัน การที่ตัวแปรทางด้าน การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ได้ส่งผลต่อการวางแผนกลยุทธ์ได้ชี้ให้เห็นว่า ในเวลาที่จะมีการตัดสินใจในเรื่องใด ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลจะอาศัยข้อมูลที่มีการสังสมและการวิเคราะห์ที่ไว้ขององค์การผ่านระบบสารสนเทศ (Yang-Kyun Kim and Hyun-Jong Oh, 2012)

ถัดมาในปี 2013 Sang M. Lee, Don Hee Lee and David L. Olson (2013) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Health-care quality management using the MBHCP excellence model โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ภายในขององค์ประกอบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA ในส่วนของการให้บริการทางด้านสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือโรงพยาบาลในประเทศเกาหลีใต้จำนวน 254 แห่ง โดยองค์ประกอบสำคัญของตัวแปรที่ใช้ในการออกแบบเครื่องมือสอบถาม สามารถแสดงได้ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงองค์ประกอบสำคัญภายในตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้
การนำ (Leadership)	<ol style="list-style-type: none"> (1) วิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์การ (2) การสร้างและสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัย (3) การสร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดนวัตกรรมและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (4) ความรับผิดชอบสาธารณะและความเป็นพลเมือง
การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning)	<ol style="list-style-type: none"> (1) การพัฒนากระบวนการเชิงกลยุทธ์สำหรับคุณภาพของการให้บริการทางด้านสุขภาพ (2) การวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยและการแข่งขันในการพัฒนา (3) การสื่อสารกลยุทธ์หรือแผนงานสู่ผู้ปฏิบัติงานทุกคน (4) การพัฒนาการนำกลยุทธ์ทางทรัพยากรมนุษย์ไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ
การมุ่งลูกค้า (Customer focus)	<ol style="list-style-type: none"> (1) การเปลี่ยนแปลงการให้บริการทางสุขภาพแบบใหม่เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยหรือเกินกว่าความต้องการของผู้ป่วย (2) การใช้โอกาสในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (3) การน้อมรับฟังเสียงจากผู้ป่วยสำหรับการปรับปรุงการทำงาน (4) การพยายามปรับปรุงเพื่อสร้างความพึงพอใจของผู้ป่วย
การวัด การวิเคราะห์และการ	<ol style="list-style-type: none"> (1) การวัดผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ การคัดเลือก การสะสม และ

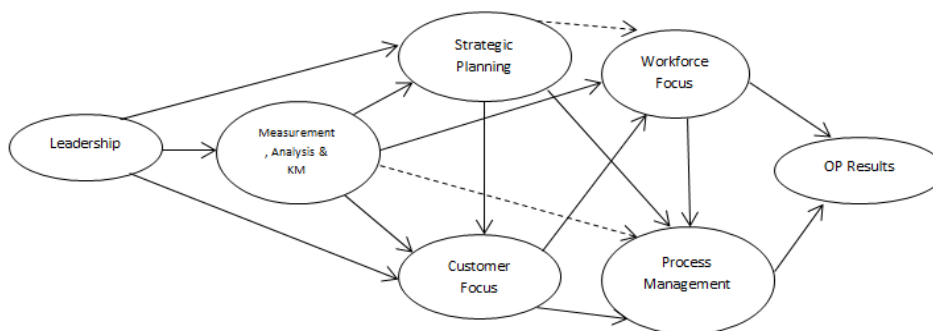
ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้
จั ด ก า ร ค ว า ม ร ู้ (Measurement Analysis and Knowledge Management)	การบูรณาการข้อมูลและสารสนเทศ (2) การใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน (3) ความถูกต้อง ความซื่อสัตย์ ความเชื่อมั่น ความปลอดภัย และ การเป็นมิตรกับผู้ใช้ของเทคโนโลยีสารสนเทศ
ก า ร มุ่ง ผู้ ป ฏิ บั ตั ง า น (Workforce focus)	(1) การสร้างความผูกพันของผู้ปฏิบัติงาน (2) การสื่อสารภายในองค์กรแบบเปิดกว้าง (3) การชดเชย การให้รางวัล การเอาใจใส่ และแรงจูงใจ
การจัดการกระบวนการ (Process Management)	(1) การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงให้เกิดสิ่งใหม่ในระบบงาน ทั้งหมด (2) การสร้างและการเปลี่ยนแปลงให้เกิดสิ่งใหม่เพื่อให้บรรลุความ ต้องการของผู้ป่วย (3) การออกแบบการป้องกันในการทำงานซ้ำและข้อผิดพลาด (4) การออกแบบกระบวนการให้บริการอย่างรอบด้านเพื่อให้แน่ใจ ว่าเกิดประสิทธิภาพ
ผลลัพธ์การปฏิบัติงานของ โรงพยาบาล (OP Results)	<u>ด้านการดูแลสุขภาพ (Health-care)</u> (1) ระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย (2) การคืนสภาพเดิมของผู้ป่วยหลังจากการรักษา (3) ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลด้วยรูปแบบ มาตรฐานการรักษาพยาบาล (4) การสร้างผลงานต่อโปรแกรมสุขภาพของชุมชน <u>ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า (Customer-focused)</u> (1) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวม (2) ความผูกพันของผู้ป่วยโดยรวม (3) จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาใช้บริการในอนาคต (4) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและโรงพยาบาล <u>ด้านการมุ่งเน้นงาน (Work-focused)</u> (1) ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน (2) ความผูกพันของผู้ปฏิบัติงาน (3) สิ่งแวดล้อมในความปลอดภัยและการให้บริการ (4) สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมของสถานที่ทำงาน

ที่มา: Sang M. Lee, Don Hee Lee and David L. Olson (2013)

ในส่วนของทิศทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของตัวแปรต่าง ๆ นั้น Sang M. Lee, Don Hee Lee and David L. Olson (2013) ได้อาศัยหลักฐานทางวรรณกรรมต่างๆ อาทิ Winn and Cameron (1998) Wilson and Collier (2000) Meyer and Collier (2001) เป็นต้น ในการ

แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่างตัวแปรต่างๆ เมื่อทำการสร้างตัวแบบเสร็จแล้วจึงนำไปทดสอบทางสถิติด้วยเทคนิค SEM ซึ่งแสดงผลได้ดังรูปที่ 2.10

รูปที่ 2.10 แสดงผลการวิเคราะห์ความเป็นเหตุและผลของตัวแปรในตัวแบบที่ใช้ในการศึกษาของ Sang M. Lee, Don Hee Lee and David L. Olson (2013)



ที่มา: Sang M. Lee, Don Hee Lee and David L. Olson (2013)

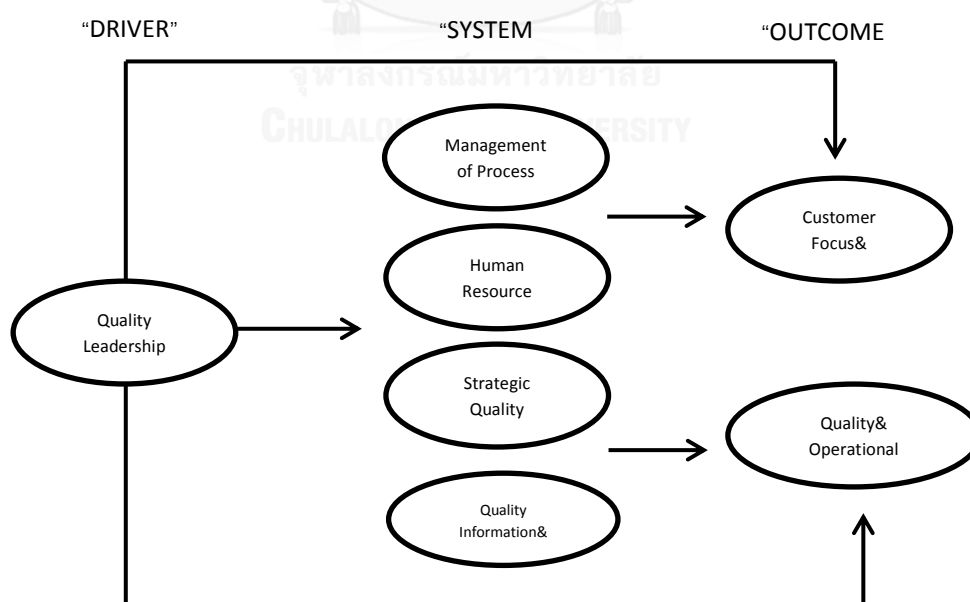
ข้อค้นพบสำคัญในงานของ Sang M. Lee, Don Hee Lee and David L. Olson (2013) พบว่า ผลลัพธ์การปฏิบัติงานขององค์กรมีความเกี่ยวข้องกับการมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงาน และการจัดการกระบวนการ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า ประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานทั้งที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์โดยตรงและไม่เกี่ยวข้องโดยตรงล้วนมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งสิ้น การที่ผู้ปฏิบัติงานได้พบกับผู้ป่วยโดยตรงยอมทำให้พวกเขาได้สร้างคุณภาพแห่งงานบริการได้ และคุณภาพภายในเป็นหนทางในการปรับปรุงคุณภาพของสภาพแวดล้อมในการทำงานซึ่งมีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้น โรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องยกระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานด้วยการให้การสนับสนุนในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ โดยการสื่อสาร ความผูกพัน และการตอบแทนต่างๆ ในส่วนของการนำองค์การและการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีความสำคัญอย่างมากในการส่งมอบคุณภาพของการดูแลรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีบทบาทสำคัญในฐานะปัจจัยแห่งความสำเร็จสำหรับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลผ่านการสะสมข้อมูลและสารสนเทศต่างๆ เพื่อปรับปรุงผลการปฏิบัติงานสำหรับการป้องกันและการแก้ไขข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาและใช้วัตรกรรมอย่างต่อเนื่องของกระบวนการทำงาน ทั้งนี้การใช้การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้เพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน และผลการศึกษาสำคัญอีกประการหนึ่งของ Sang M. Lee, Don Hee Lee and David L. Olson (2013) แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่าง การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ กับการจัดการกระบวนการ

และความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนกลยุทธ์กับการมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงานไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Sang M. Lee, 2013)

อย่างไรก็ตามงานวิจัยในส่วนที่ศึกษาบริบทเฉพาะโรงพยาบาลที่ศึกษาภายใต้ข้อสมมติของ Baldrige นั้นเท่าที่ผู้วิจัยสืบค้นได้ในฐานข้อมูลวิจัยของสำนักงานวิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาทิ ฐานข้อมูล Emerald Management, ProQuest Health & Medical Collection นั้น ปรากฏได้สามงานที่กล่าวมา แต่เนื่องจากว่า ผู้วิจัยจำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์ของตัวแปรสำคัญที่ผ่านการทดสอบเชิงประจักษ์มาแล้วเพื่อกำหนดความสัมพันธ์ในงานวิจัยนี้ และเพื่อให้มีการทดสอบยืนยันในจำนวนหนึ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงทบทวนเอกสารที่ศึกษาภายใต้ข้อสมมติของ Baldrige แต่หน่วยที่ศึกษามีใช้โรงพยาบาลด้วย

โดยเริ่มทำงานของ Winn and Cameron (1998) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Organizational Quality: An Examination of the Malcolm Baldrige National Quality Framework เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ 1992 ว่ามีความสัมพันธ์ตามที่กล่าวอ้างไว้หรือไม่ โดยภายในตัวแบบแสดงให้เห็นว่า ตัวขับเคลื่อน (drivers) จะส่งผลไปยังระบบคุณภาพ (systems) และผลลัพธ์ (outcomes) และระบบคุณภาพจะส่งผลไปสู่ผลลัพธ์ (outcomes) ขององค์กร ซึ่งหน่วยที่ศึกษาเป็นองค์การการศึกษา แสดงได้ดังรูปที่ 2.11

รูปที่ 2.11 แสดงตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA 1992



ที่มา: Winn and Cameron (1998) หน้า 497

การศึกษาคั้งนี้เพื่อที่จะหาคำตอบว่า “การนำ” ส่งผลต่อ “ระบบ” และ “ผลลัพธ์” ทางสถิติหรือไม่ และเพื่อหาขนาดของการส่งอิทธิพลของ “ระบบ” ต่อ “ผลลัพธ์” ว่ามีอยู่ในขอบเขตระดับใด ทั้งนี้ ระบบ ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ การจัดการกระบวนการ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การวางแผนกลยุทธ์ และสารสนเทศและการวิเคราะห์ ในส่วนของผลลัพธ์ประกอบไปด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ การมุ่งเน้นลูกค้าและความพึงพอใจของลูกค้า และผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ทั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้ใช้กลุ่มตัวอย่างในมหาวิทยาลัยของประเทศสหรัฐอเมริกา และเครื่องมือที่ใช้ในการสอบถามได้ปรับปรุงจากงานวิจัยก่อนหน้า และวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพในการศึกษา สำหรับองค์ประกอบในแต่ละมิติที่ถามในเครื่องมือวิจัยได้แบ่งตามการจัดหมวดหมู่ของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ โดยอภิปรายได้ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงองค์ประกอบสำคัญในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA

มิติ	องค์ประกอบสำคัญ
การนำ (Leadership)	(1) การนำโดยตัวอย่าง (2) การกำจัดสิ่งกีดขวางการพัฒนาในองค์กร (3) การตัดสินใจบนข้อมูลมากกว่าความคิดเห็น (4) การเปิดโอกาสให้มีการเปลี่ยนแปลง (5) การถ่ายทอดวิสัยทัศน์อย่างชัดเจน (6) การสนับสนุนแหล่งทรัพยากร (7) การไถ่ถามผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับหนทางในการพัฒนาคุณภาพของพวกเขา (8) การถ่ายทอดความสำคัญของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
สารสนเทศและการวิเคราะห์ (Information and Analysis)	(1) การรวบรวมข้อมูลและใช้ประโยชน์จากข้อมูลในความสำเร็จขององค์กร (2) การทันเวลาของงาน (3) ความคิดแปลกใหม่ในการปรับปรุงงาน (4) ข้อผิดพลาด (5) ข้อร้องเรียน (6) ความพึงพอใจของลูกค้า (7) ขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน (8) ผลการปฏิบัติงานขององค์กรที่มีลักษณะเหมือนกัน (9) การปรับปรุงงาน
การวางแผนกลยุทธ์คุณภาพ (Strategic Quality)	(1) การมีข้อกำหนดของการปรับปรุงคุณภาพ

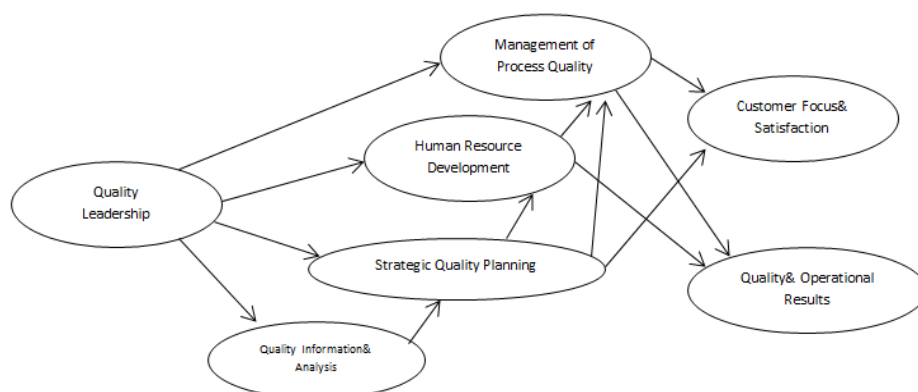
มิติ	องค์ประกอบสำคัญ
Planning)	(2) ผู้ปฏิบัติงานรับทราบแผนงาน (3) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในการวางแผน (4) การปรับปรุงแผนอย่างสม่ำเสมอ (5) วิสัยทัศน์ในระยะยาวได้ชี้นำการปฏิบัติงานแบบวันต่อวัน (6) การปรับปรุงแผนกำลังคนอย่างสม่ำเสมอ (7) ความต้องการความคิดแปลกใหม่อย่างสม่ำเสมอ
การพัฒนาและการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development and Management)	(1) การมีส่วนร่วมของพนักงานในการอบรมการปรับปรุงคุณภาพงาน (2) การประเมินผลการปฏิบัติงานรวมถึงแผนการปรับปรุงกำลังบุคคล (3) โอกาสการพัฒนาทางอาชีพของผู้ปฏิบัติงาน (4) ผู้ปฏิบัติงานได้นำความคิดที่ถูกพัฒนาแล้วไปใช้ในการทำงาน (5) ศักดิ์ศรีและการปฏิบัติต่อผู้ปฏิบัติงาน (6) ความเฉียบไวต่อความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานและความยุติธรรม (7) การปรับปรุงในอัตราการลาออก การมีคุณธรรม และการขาดงาน (8) การลดความขัดแย้งและความเครียดของผู้ปฏิบัติงาน (9) การให้ผู้ปฏิบัติงานระดับล่างได้มีการตัดสินใจ
การจัดการกระบวนการ (Management of Process)	(1) การปรับปรุงประสิทธิภาพและการทันเวลา (2) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในกระบวนการ (3) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาของข้อผิดพลาด (4) การทบทวนอย่างต่อเนื่องของวิธีการทำงาน (5) การทบทวนการออกแบบงาน (6) การลดต้นทุนและความต้องการทรัพยากร (7) การทำให้การทำงานง่ายขึ้น (8) การลดเวลาของการทำงานที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า
การมุ่งลูกค้าและความพึงพอใจของลูกค้า	(1) ความรู้เกี่ยวกับลูกค้า

มิติ	องค์ประกอบสำคัญ
(Customer Focus and Satisfaction)	(2) ความรู้เกี่ยวกับความคาดหวังของลูกค้า (3) ความรู้ว่าจะทำอะไรให้ลูกค้าได้ในสิ่งที่ต้องการ (4) การได้รับปฏิกริยาย้อนกลับของลูกค้า (5) การค้นหาปฏิกริยาย้อนกลับของลูกค้าอย่างสม่ำเสมอ (6) การบริการลูกค้าแบบใหม่ (7) การแก้ปัญหาของลูกค้าอย่างสม่ำเสมอ
ผลการปฏิบัติงาน (Performance Results)	(1) การส่งสินค้าตามกำหนด (2) การปรับปรุงผลลัพธ์ (3) การลดคำร้องเรียน การทำงานซ้ำ การคืนสินค้า (4) ผลการปฏิบัติงานที่สูงกว่าองค์การอื่นที่มีลักษณะเดียวกัน สูงกว่าความคาดหวังของลูกค้า สูงกว่าเป้าหมาย และสูงกว่าผลการปฏิบัติงานในอดีต (5) ระดับการปรับปรุงที่สูงกว่าองค์การอื่นที่มีลักษณะเดียวกัน สูงกว่าความคาดหวังของลูกค้า สูงกว่าเป้าหมาย และสูงกว่าผลการปฏิบัติงานในอดีต

ที่มา: Winn and Cameron (1998) หน้า 500

Winn and Cameron (1998) ได้ใช้เทคนิค Structural Equation Modeling (SEM) ในการเปรียบเทียบตัวแบบรางวัลคุณภาพ MBNQA กับตัวแบบที่ถูกสร้างโดยข้อมูลจากการสำรวจ เพื่อที่จะหาคำตอบว่าตัวแบบมีความสอดคล้องกันหรือไม่ ผลลัพธ์จากการใช้เทคนิค SEM ในการทดสอบนั้นแสดงได้ดังรูปที่ 2.12

รูปที่ 2.12 แสดงผลการวิเคราะห์ความเป็นเหตุและผลของตัวแปรในตัวแบบที่ใช้ในการศึกษาของ Winn and Cameron



ที่มา: Winn and Cameron (1998) หน้า 506

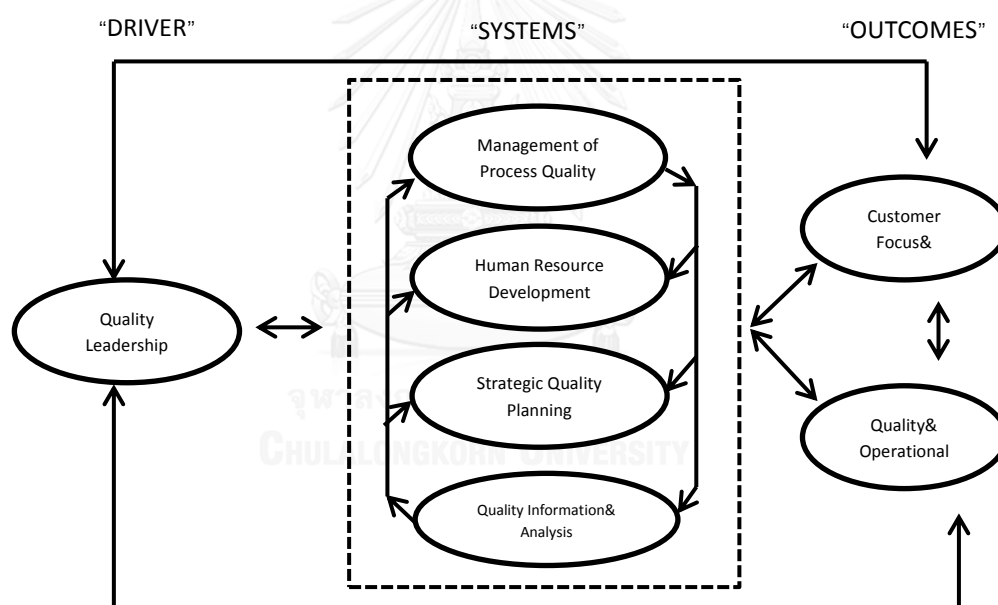
ข้อค้นพบสำคัญในงานนี้พบว่าตัวแบบ MBNQA (รูปที่ 1) ไม่ได้รับการสนับสนุนจากข้อมูลในการทดสอบทางสถิติครั้งนี้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการนำ (Leadership) ไม่ได้มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ (outcomes) ขององค์กร อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ SEM ได้นำเสนอตัวแบบใหม่ที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลมากยิ่งขึ้นซึ่งแสดงได้ดังรูปที่ 2.12

รูปที่ 2.12 ได้แสดงตัวแบบที่ถูกปรับใหม่ หากพิจารณาจะพบว่า (1) การนำ สารสนเทศและการวิเคราะห์ การวางแผนกลยุทธ์ ไม่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานขององค์กร (2) การนำสารสนเทศและการวิเคราะห์ การพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์ ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการมุ่งลูกค้าและความพึงพอใจของลูกค้า อย่างไรก็ตาม (3) การนำมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อผลลัพธ์ขององค์กร นอกจากนี้ (4) การจัดการกระบวนการ การพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์ การวางแผนกลยุทธ์มีอิทธิพลโดยตรงผลลัพธ์ขององค์กร (5) ในส่วนของสารสนเทศและการวิเคราะห์ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการวางแผนกลยุทธ์ และ (6) การวางแผนกลยุทธ์มีผลต่อการพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์ (7) การพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์มีอิทธิพลต่อการจัดการกระบวนการ ผลจากตัวแบบที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับตัวแบบการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (rational problem-solving models) ที่กล่าวว่า การรวบรวมและการวิเคราะห์สารสนเทศควรจะต้องเกิดขึ้นก่อนการวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งแผนกลยุทธ์จะนำไปสู่การออกแบบระบบทรัพยากรมนุษย์และกระบวนการขององค์กรเพื่อให้สอดคล้องและสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร โดย Winn and Cameron (1998) ได้ยกตัวอย่างหลัก 6 ขั้นตอนของกระบวนการ 6-Sigma ของบริษัทโมโตโรลาเพื่อสนับสนุนผลการ

วิเคราะห์ทางสถิติ โดย 6 ขั้นตอนดังกล่าวจะทำให้องค์การเกิดคุณภาพในระดับที่สูง ได้แก่ (1) ระบุสินค้าและบริการ (2) ระบุกลุ่มลูกค้าและระบุสิ่งที่ลูกค้าคิดว่าเป็นเรื่องสำคัญ (3) ระบุความต้องการของทรัพยากรมนุษย์ (4) กำหนดกระบวนการทำงาน (5) การป้องกันความผิดพลาดของกระบวนการ (6) ปรับปรุงกระบวนการโดยการวิเคราะห์และวัดผลที่เกิดขึ้น (Cameron, 1998)

งานต่อมาเป็นของ Wilson and Collier (2000) ได้ทำการศึกษาเรื่อง An Empirical Investigation of the Malcolm Baldrige National Quality Award Causal Model เพื่อทำการทดสอบทฤษฎีและความเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลที่ถูกกำหนดโดยรางวัลคุณภาพแห่งชาติมัลคอล์ม บอลดริจ (MBNQA) โดยกรอบแนวคิดได้นำมาจากตัวแบบ 1995 MBNQA ดังแสดงได้ในรูปที่ 2.13

รูปที่ 2.13 แสดงตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ 1995 MBNQA



ที่มา: Wilson and Collier (2000)

ทฤษฎีของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA กล่าวว่า “การนำเป็นตัวที่ขับเคลื่อนระบบอันจะก่อให้เกิดผลลัพธ์” ซึ่งชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ของผลการปฏิบัติโดยรวมมีการเกิดเวียนซ้ำ

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เห็นถึงความเป็นเหตุเป็นผลของตัวแปรในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ Wilson and Collier (2000) เห็นว่า ลักษณะของตัวแบบที่ควรนำมาทดสอบคือ ตัวแบบที่มีความสัมพันธ์ไปทางเดียว (recursive casual model) ซึ่งเป็นระบบสมการที่ไม่มีการเกิดแบบความสัมพันธ์สองทาง (reciprocal causation) แต่ผู้เชี่ยวชาญที่กำหนดตัวแบบ MBNQA ไม่ได้ทำ

ตามตัวแบบดังกล่าว เพราะไม่ทราบความสัมพันธ์และทิศทางว่าตัวแปรใดเป็นเหตุตัวแปรใดเป็นผล ดังนั้น ความสัมพันธ์ในตัวแบบรางวัลคุณภาพจึงใช้ลูกศรสองทิศทาง โดยผู้เชี่ยวชาญมีสมมติฐานว่า “ทุกๆสิ่งจะมีความเกี่ยวข้องต่อกัน” (Wilson and Collier,2000 pp.362-363) ดังแสดงให้เห็นในรูปที่ 2.13 อย่างไรก็ตาม Wilson and Collier (2000) ได้ตั้งสมมติฐานว่าตัวแปรทั้ง 7 ตัวโดยยึดตัวแบบที่มีความสัมพันธ์ไปทางเดียว (recursive casual model) ที่มีความสัมพันธ์ทางเดียวและมีสัมประสิทธิ์อิทธิพลเป็นบวก เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้ว หากคะแนนในส่วนของการนำเพิ่ม คะแนนในส่วน ของระบบที่ประกอบด้วยตัวแปร 4 ตัว และผลลัพธ์การปฏิบัติงานก็จะต้องเพิ่มตามไปด้วย แต่ตัวแบบ 1995 MBNQA มีความคลุมเครือในเชิงของทิศทางความเป็นเหตุเป็นผล การศึกษาของ Wilson and Collier (2000) จึงพยายามหาคำตอบทิศทางของเหตุผล (หัวลูกศรทางเดียว) ในตัวแปรทั้ง 7 ตัวของ ตัวแบบ โดย Wilson and Collier (2000) ได้กำหนดความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของปัจจัยที่มีในตัวแบบ MBNQA และพัฒนาเครื่องมือและการวัดผ่านการทบทวนวรรณกรรม โดยองค์ประกอบหลักของ เครื่องมือในการวัด ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงองค์ประกอบหลักในเครื่องมือของ Wilson and Collier (2000)

มิติ	องค์ประกอบสำคัญ
การนำ (Leadership)	(1) การนำของผู้บริหารระดับสูง (2) ระบบการนำ (3) ความเป็นพลเมืองของบริษัท
สารสนเทศและการวิเคราะห์ (information and analysis)	(1) การจัดการสารสนเทศและข้อมูล (2) การเปรียบเทียบการแข่งขันและการเทียบเคียงองค์กรอื่น (3) การวิเคราะห์และการใช้ข้อมูลระดับบริษัท
การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning)	(1) การพัฒนากลยุทธ์ (2) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ
การจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management)	(1) การวางแผนและการประเมินทรัพยากรมนุษย์ (2) ระบบงานที่มีผลการปฏิบัติงานในระดับสูง (3) การให้การศึกษา การอบรม และการพัฒนา (4) ความเป็นอยู่และความพึงพอใจของพนักงาน
การ จัด การ ระเบ ว น การ (Process Management)	(1) การออกแบบผลิตภัณฑ์ (2) การจัดการกระบวนการ (3) การจัดการผู้นำส่งปัจจัยการผลิต
ผลลัพธ์ทางธุรกิจ (Business Results)	(1) ผลลัพธ์ทางการเงินของบริษัท
การมุ่งลูกค้าและความพึงพอใจของลูกค้า (Customer Focus and Satisfaction)	(1) การจัดการความสัมพันธ์ของลูกค้า (2) ผลลัพธ์ความพึงพอใจของลูกค้า

ที่มา: Wilson and Collier (2000)

Wilson and Collier (2000) ได้ใช้เทคนิค **Structural Equation Modeling (SEM)** ในการทดสอบเชิงประจักษ์ อย่างไรก็ตาม Wilson and Collier (2000) ได้ทดสอบตัวแบบโดยแยกการทดสอบออกเป็นสองตัวแบบ ทั้งสองตัวแบบมีความแตกต่างกันตรงตัวแปรผลการปฏิบัติงานเพียงแห่งเดียว ทั้งนี้ตัวแบบหนึ่งเป็นผลลัพธ์ทางการเงินของบริษัท อีกตัวแบบหนึ่งเป็นความพึงพอใจของลูกค้า โดยผลจากการทดสอบแสดงได้ดังรูปที่ 2.14 และรูปที่ 2.15

รูปที่ 2.14 แสดงผลการทดสอบตัวแบบที่มีผลลัพธ์ทางการเงินเป็นตัวแปรผลการปฏิบัติงาน



ที่มา: Wilson and Collier (2000)

รูปที่ 2.15 แสดงผลการทดสอบตัวแบบที่มีความพึงพอใจของลูกค้าเป็นตัวแปรผลการปฏิบัติงาน



ที่มา: Wilson and Collier (2000)

รูปที่ 2.14 และรูปที่ 2.15 แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ทางสถิติได้ชี้ให้เห็นถึงการมุ่งทรัพยากรมนุษย์มีอิทธิพลต่อการจัดการกระบวนการ โดย Wilson and Collier (2000) ได้แสดง

หลักฐานทางวรรณกรรมในเรื่องนี้ว่า การริเริ่มกิจกรรมเกี่ยวกับทรัพยากรมนุษย์ อย่างเช่น กิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ (quality circles) มีผลกระทบต่อกระบวนการผลิต นอกจากนี้ การวิเคราะห์ทางสถิติได้ชี้ให้เห็นว่า การวางแผนกลยุทธ์มีอิทธิพลต่อการจัดการทรัพยากรมนุษย์อีกด้วย ขณะที่ความแตกต่างของตัวแบบต่างกันตรงตัวแปรผลลัพธ์ซึ่งในรูปที่ 2.14 คือผลลัพธ์ทางการเงิน และรูปที่ 2.15 คือ ความพึงพอใจของลูกค้า ขณะที่ทิศทางและขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆไม่มีความแตกต่างกัน คุณูปการในงานวิจัยของ Wilson and Collier (2000) คือการได้พัฒนาองค์ความรู้ในตัวแบบ MBNQA ว่าตัวแปรภายในระบบมีความสัมพันธ์กันอย่างไร นอกจากนี้ การศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นว่า การนำไม่มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ขององค์กร กล่าวคือไม่มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านการเงินและความพึงพอใจของลูกค้า ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Winn and Cameron (1998) ที่ได้นำเสนอไว้ก่อนหน้านี้ (Darryl D. Wilson and David A. Collier, 2000)

ถัดมาเป็นงานของ Flynn and Saladin (2001) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Further evidence on the validity of the theoretical models underlying the Baldrige Criteria เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของตัวแบบทางทฤษฎีของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA เนื่องจากว่าตัวแบบ MBNQA มีวิวัฒนาการตั้งแต่การก่อตั้งเรื่อยมากระทั่งถึงปัจจุบัน โดยตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ได้ยึดองค์ประกอบภายในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติเป็นหลัก ทั้งนี้ ตัวแบบที่นำมาทดสอบประกอบด้วยตัวแบบในปี 1988 1992 และ 1997 โดยในแต่ละปีองค์ประกอบสำคัญในแต่ละมิติจะมีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ องค์ประกอบหลักสำคัญในแต่ละตัวแบบได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือในการสอบถาม ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงองค์ประกอบสำคัญภายในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ

มิติ	องค์ประกอบย่อยในแต่ละปีของ MBNQA		
	1988	1992	1997
การนำ (Leadership)	- การนำของผู้บริหารระดับสูง - นโยบาย - ระบบการจัดการ - การจัดสรรและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร - การรับผิดชอบต่อสาธารณะ - ภาวะผู้นำที่แตกต่างและสร้างสรรค์	- การนำของผู้บริหารระดับสูง - การจัดการคุณภาพ - ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ	- ระบบการนำ - ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ - การเป็นพลเมืองที่ดี

มิติ	องค์ประกอบย่อยในแต่ละปีของ MBNQA		
	1988	1992	1997
สารสนเทศและการวิเคราะห์ (Information and analysis)	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้เทคนิควิเคราะห์ - การใช้ข้อมูลคุณภาพของสินค้า - ข้อมูลและการวิเคราะห์ลูกค้า - คุณภาพของผู้นำส่งปัจจัยการผลิตและการวิเคราะห์ข้อมูล - คุณภาพของตัวกระจายสินค้า - ข้อมูลและการวิเคราะห์ผู้ปฏิบัติงาน - สารสนเทศที่แตกต่างและสร้างสรรค์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ขอบเขตของข้อมูลและสารสนเทศ - การเปรียบเทียบการแข่งขัน - การวิเคราะห์ข้อมูลระดับบริษัท 	<ul style="list-style-type: none"> - การเลือกข้อมูลและสารสนเทศ - การเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแข่งขัน - การวิเคราะห์ผลปฏิบัติงานของบริษัท
การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning)	<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนกลยุทธ์คุณภาพ - เป้าหมายเชิงกลยุทธ์และการปฏิบัติงาน - การทำหน้าที่ในการวางแผน - การวางแผนการปรับปรุงคุณภาพ - การวางแผนที่แตกต่างและสร้างสรรค์ 	<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนคุณภาพเชิงกลยุทธ์ - การวางแผนเชิงกลยุทธ์ในเรื่องคุณภาพและบริษัท - แผนงานคุณภาพและผลปฏิบัติงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การวางแผนกลยุทธ์ - กระบวนการพัฒนากลยุทธ์ - กลยุทธ์ระดับบริษัท
การจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human resource management)	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรมนุษย์ - การดำเนินการและการจัดการ - การมีส่วนร่วมในเรื่องคุณภาพของผู้ปฏิบัติงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์ - การจัดการทรัพยากรมนุษย์ - การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์ - การจัดระบบงาน - การให้การศึกษาและพัฒนาผู้ปฏิบัติงาน - การดูแลเรื่องความเบี่ยงอยู่และความพึง

มิติ	องค์ประกอบย่อยในแต่ละปีของ MBNQA		
	1988	1992	1997
การประกันคุณภาพ (Quality Assurance)	<ul style="list-style-type: none"> - การให้การอบรมและการศึกษาในเรื่องคุณภาพ - การประเมินผลและระบบการดูแลเอาใจใส่ผู้ปฏิบัติงาน - หลักการที่มีความเฉพาะและสร้างสรรค์ - ปัจจัยนำเข้าที่เกี่ยวกับสินค้าและบริการ - การวางแผนสำหรับสินค้าและบริการใหม่ - การออกแบบสินค้าและบริการใหม่ - การวัดและมาตรฐาน - การตรวจสอบ - การเตรียมเอกสารเพื่อการตรวจสอบ - ความปลอดภัย สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม - การประกันและการให้เหตุผล - หลักการที่มีความเฉพาะตัวและมีลักษณะเป็นนวัตกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - การให้การศึกษาและ การอบรมแก่ผู้ปฏิบัติงาน - การเอาใจใส่ผู้ปฏิบัติงาน - การให้ความเป็นอยู่ที่ดีและคุณธรรมต่อผู้ปฏิบัติงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - พอใจของพนักงาน
การจัดการกระบวนการ (Process management)		<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการคุณภาพเชิงกระบวนการ - การออกแบบสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ - กระบวนการในการผลิตสินค้าและบริการ - กระบวนการการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการกระบวนการ - กระบวนการในการผลิตสินค้าและบริการ - การจัดการกระบวนการงานสนับสนุน - การจัดการ

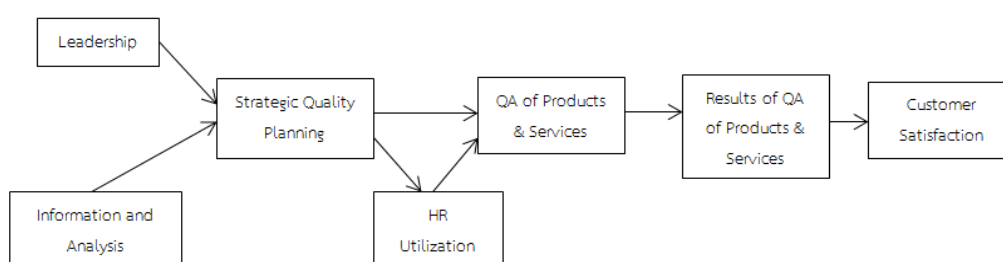
มิติ	องค์ประกอบย่อยในแต่ละปีของ MBNQA		
	1988	1992	1997
ผลลัพธ์ (Results)	<ul style="list-style-type: none"> - ผลลัพธ์จากการประกันคุณภาพของสินค้าและบริการ - ความเชื่อมั่นของสินค้าและบริการ - การลดความเสียหายของงานและการทำงานซ้ำ - การลดข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง - ตัวชี้วัดที่มีความเฉพาะและมีลักษณะที่เป็นนวัตกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> จัดการทางธุรกิจ - คุณภาพของผู้นำส่งปัจจัยการผลิต - การประเมินคุณภาพ - ผลลัพธ์ของคุณภาพและการปฏิบัติงาน - ผลลัพธ์ของคุณภาพของสินค้าและบริการ - ผลลัพธ์การดำเนินงานของบริษัท - ผลลัพธ์กระบวนการทางธุรกิจ - ผลลัพธ์คุณภาพของผู้นำส่งปัจจัยการผลิต 	<ul style="list-style-type: none"> กระบวนการของผู้นำส่งปัจจัยการผลิต - ผลลัพธ์ทางธุรกิจ - ผลลัพธ์ด้านผู้นำส่งปัจจัยการผลิตและหุ้นส่วน - ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของลูกค้า - ผลลัพธ์ด้านการเงินและตลาด - ผลลัพธ์ด้านทรัพยากรมนุษย์ - ผลลัพธ์ด้านความเฉพาะของบริษัท
ความพึงพอใจของลูกค้า (Customer satisfaction)	<ul style="list-style-type: none"> - มุมมองของลูกค้าในเรื่องคุณภาพ - การเปรียบเทียบการแข่งขัน - การบริการลูกค้า - การรับประกันและรับรองสินค้า - แนวทางที่มีความเฉพาะและมีลักษณะที่เป็นนวัตกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของลูกค้า - การเปรียบเทียบความพึงพอใจของลูกค้า - ความมุ่งมั่นต่อลูกค้า - ความมุ่งมั่นต่อความพึงพอใจของลูกค้า - การจัดการความสัมพันธ์กับลูกค้า - ความต้องการในอนาคตของลูกค้า 	<ul style="list-style-type: none"> - การเพิ่มความพึงพอใจของลูกค้า - ความรู้เกี่ยวกับลูกค้าและตลาด

ที่มา: Flynn and Saladin (2001)

Flynn and Saladin (2001) ได้นำตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติทั้งสามตัวแบบไปทดสอบทางสถิติ ด้วยเทคนิค SEM ทั้งนี้ได้กำหนดความเชื่อมโยงใหม่เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) โดยใช้หัวลูกศรหัวเดียวในการแสดงความสัมพันธ์

เชิงสาเหตุและผล ไม่มีผลย้อนกลับ โดยหวั้ลูกศรสองทางที่ปรากฏในตัวแบบ 1997 MBNQA ระหว่างการวางแผนกลยุทธ์และการมุ่งลูกค้า และระหว่างการพัฒนาและการจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการจัดการกระบวนการจะถูกเปลี่ยนเป็นลูกศรหัวเดียวในการวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) โดยความสัมพันธ์ทางเดียวดังกล่าวอาศัยจากหลายวรรณกรรม อาทิ Wilson and Collier (2000) โดยผลจากการทดสอบแสดงได้ดังรูปต่อไปนี้

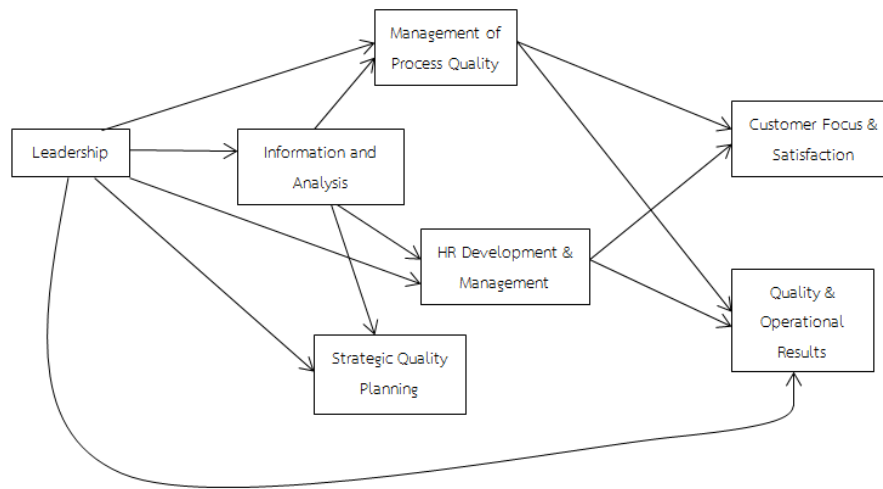
รูปที่ 2.16 แสดงผลการวิเคราะห์ความเป็นเหตุและผลของตัวแปรในตัวแบบรางวัลคุณภาพ 1988



ที่มา: Flynn and Saladin (2001) หน้า 632

ข้อค้นพบสำคัญของตัวแบบนี้ พบว่า การนำ (leadership) ส่งผลโดยตรงต่อ การวางแผนกลยุทธ์เชิงคุณภาพ (strategic quality planning) เพียงตัวแปรเดียว เช่นเดียวกับ สารสนเทศและการวิเคราะห์ ก็ส่งผลต่อการวางแผนกลยุทธ์คุณภาพเพียงตัวแปรเดียวเช่นกัน ทั้งที่ความเป็นไปได้ว่าการนำ และสารสนเทศและการวิเคราะห์ ควรจะส่งอิทธิพลถึงตัวแปรอื่นๆด้วย แต่ปรากฏว่าทั้งสองตัวแปรกลับส่งผลต่อการวางแผนกลยุทธ์คุณภาพเพียงตัวแปรเดียวเท่านั้น ขณะที่การวางแผนกลยุทธ์ส่งผลต่อ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรมนุษย์ และ การประกันคุณภาพของสินค้าและบริการ นอกจากนี้แผนภาพยังแสดงให้เห็นว่า ผลลัพธ์จากการประกันคุณภาพของสินค้าและบริการมีอิทธิพลโดยตรงต่อความพึงพอใจของลูกค้า

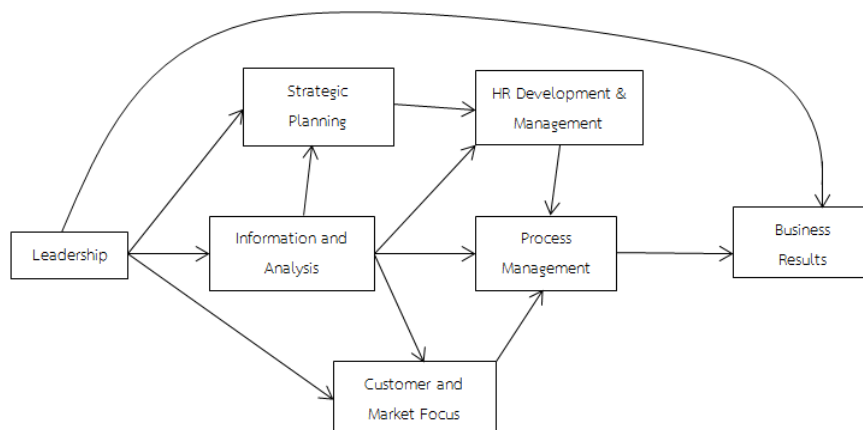
รูปที่ 2.17 แสดงผลการวิเคราะห์ความเป็นเหตุและผลของตัวแปรในตัวแบบรางวัลคุณภาพ 1992



ที่มา: Flynn and Saladin (2001) หน้า 634

ข้อค้นพบสำคัญของตัวแบบนี้ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆมีความซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้ยังสังเกตได้ว่า ตัวแปรด้านผลลัพธ์คุณภาพในตัวแบบนี้ได้ถูกแบ่งออกเป็นสองตัวแปร ได้แก่ “การมุ่งลูกค้าและความพึงพอใจของลูกค้า” และ “ผลลัพธ์ด้านคุณภาพและการดำเนินงาน” ซึ่งต่างจากตัวแบบเดิมที่มีตัวแปรด้านผลลัพธ์เพียงตัวเดียว แสดงให้เห็นว่าการวัดคุณภาพมีความซับซ้อน ผลการวิเคราะห์เชิงประจักษ์ได้ชี้ให้เห็นว่า ตัวแปรด้านการนำ และสารสนเทศและการวิเคราะห์มีอิทธิพลกับทุกตัวแปร อาทิ การจัดการกระบวนการ การพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการวางแผนกลยุทธ์ โดยผลการวิเคราะห์ที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wilson and Collier (2000) ที่ได้ทำการสรุปว่า การนำคือตัวขับเคลื่อนระบบซึ่งระบบจะนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานขององค์กร และได้ชี้ให้เห็นเพิ่มเติมว่า สารสนเทศและการวิเคราะห์ เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญถัดจากการนำ นอกจากนี้ Pannirselvam and Ferguson (2001) ยังแสดงความเห็นว่า การนำเป็นตัวขับเคลื่อนการจัดการคุณภาพและมีอิทธิพลต่อตัวแปรอื่นๆไม่ทางตรงก็ทางอ้อม (Flynn and Saladin, 2001)

รูปที่ 2.18 แสดงผลการวิเคราะห์ความเป็นเหตุและผลของตัวแปรในตัวแบบรางวัลคุณภาพ 1997



ที่มา: Flynn and Saladin (2001) หน้า 637

ข้อค้นพบสำคัญของตัวแบบนี้ Flynn and Saladin (2001) พบว่า การนำมื่อธิพลสูงสุดต่อผลลัพธ์ทางธุรกิจซึ่งพวกเขาเชื่อว่าผลนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Wilson and Collier (2000) และ Pannirselvam and Ferguson (2001) นอกจากนี้ การจัดการกระบวนการ สารสนเทศและการวิเคราะห์มีความความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางธุรกิจอย่างมากด้วยเช่นกัน ขณะที่การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด การพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการวางแผนกลยุทธ์แทบจะไม่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางธุรกิจเลย ผลจากการวิเคราะห์จากตัวแบบนี้ยังพบว่า ความสัมพันธ์บางตัวแปรที่ควรจะมีความสัมพันธ์กันแต่กลับไม่ปรากฏในผลการศึกษา อาทิ ความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนกลยุทธ์กับการจัดการกระบวนการ และการมุ่งลูกค้าและตลาดกับการพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Saladin, 2001)

2.3.2 การวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

การวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทยเท่าที่ผู้วิจัยสืบค้นได้สามารถแบ่งได้ 3 หัวข้อใหญ่ได้แก่ (1) การศึกษาปัจจัยกำหนดความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (2) การนำนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพไปปฏิบัติ (3) การศึกษาตัวแปรต่างๆ อาทิ ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม ในโรงพยาบาลคุณภาพ โดยรายละเอียดมีดังนี้

1) การศึกษาปัจจัยกำหนดความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

งานของ **ธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล** (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษาสถาบันบาราศนราดรุร” โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณ เกิดข้อค้นพบสำคัญคือ ปัจจัย

ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล ได้แก่ ด้านการศึกษาและฝึกอบรม ด้านความเป็นผู้นำของผู้บริหาร ด้านวัฒนธรรมองค์กร และด้านการมีส่วนร่วมและทำงานเป็นทีม นอกจากนี้ธีรวิทย์ได้พบปัญหาอุปสรรคในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลโดยรวม 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) โรงพยาบาลขาดการวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง แก้ไม่ถูกจุด (2) เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลา มีงานมาก และคิดว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นการเพิ่มภาระงาน (3) เจ้าหน้าที่ขาดแรงจูงใจ ขาดกำลังใจ เป้าหมาย นอกจากนี้ ธีรวิทย์ ได้มีข้อเสนอแนะว่า ในด้านการฝึกอบรม ควรมีการอบรมภายในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ พัฒนาคุณภาพและพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน การจัดการอบรมพัฒนาองค์กร เพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีม ในด้านผู้นำควรมีนโยบายส่งเสริมการจัดมทรรรมคุณภาพภายใน โรงพยาบาล และการจัดทีมประสานงานคุณภาพเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ (ธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล, 2553)

นอกจากนี้ ธนพร มาสมบุญ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ” โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณ เกิดข้อค้นพบสำคัญคือ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล มากที่สุดคือ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ ธนพร มาสมบุญ ได้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนด วิสัยทัศน์เพื่อให้สอดคล้องกับพันธกิจเดิมของคณะฯ และกำหนดพันธกิจใหม่ของคณะฯ เป็น Rama Excellence แล้วแปลงวิสัยทัศน์ให้เป็น พันธกิจนอกเหนือจากงานประจำ พันธกิจจะกำหนดแผนยุทธศาสตร์ ของคณะฯ Rama Excellence เน้นความเป็นเลิศทางด้านการวิจัย การบริการวิชาการ การบริหารทรัพยากร มนุษย์และการบริหารงาน เพื่อกำหนดทิศทางของ Rama Score Card ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ โดยจะต้องสร้างวัฒนธรรม 3 ด้าน (1) วัฒนธรรมคุณภาพ โดยให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตาม กระบวนการ PDCA (2) วัฒนธรรมความปลอดภัย โดยดูจากความเสี่ยงต่างๆ (3) วัฒนธรรมการเรียนรู้ ต้องมีการทบทวน 12 กิจกรรม ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (ธนพร มาสมบุญ, 2551)

งานของ ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์ และศิริไลซ์ วรรณวิจิตร (2559) เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 3” โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลใช้การจำแนกประเภท (discriminant analysis) โดยณัฐกฤษฎ์และศิริไลซ์ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านการเสริมพลัง ปัจจัยด้านส่วนร่วมประเมิณผล ปัจจัยด้านโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยด้านการประเมิณผล และปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม (ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์ และศิริไลซ์ วรรณวิจิตร, 2559)

ถัดมาเป็นงานของ **นิภาพร ลครวงศ์ (2547)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อคุณภาพบริการการพยาบาล โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ” โดยวิธีเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path Analysis) เกิดข้อค้นพบสำคัญว่า ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์การมีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางอ้อมผ่านการยึดหลักความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการมีส่วนร่วมของบุคลากร และการวัดผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยผู้นำองค์การ การยึดหลักความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางอ้อมผ่านการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร การมีส่วนร่วมของบุคลากรมีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางอ้อมผ่านการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร และการยึดหลักความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ส่วนการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากรมีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการโดยทางตรงเท่านั้น แต่การวัดผลการปฏิบัติงานของบุคลากรโดยผู้นำองค์การมีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการโดยทางอ้อมเท่านั้น โดยผ่านการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร และการมีส่วนร่วมของบุคลากร งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบที่ศึกษาสามารถทำนายการเกิดคุณภาพบริการได้ร้อยละ 46 (นิภาพร ลครวงศ์, 2547)

2) การนำนโยบายที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพไปปฏิบัติ

งานวิจัยของ **สุศิริภรณ์ อุดมสุข (2548)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การนำนโยบายระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) ไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า” การวิจัยครั้งนี้ใช้เทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการศึกษาจากเอกสารวิจัย และการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึกจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเกิดข้อค้นพบสำคัญว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย HA ไปปฏิบัติมีปัจจัยสำคัญ 6 ประการ ดังนี้ (1) ความชัดเจนของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ (2) ด้านการกำหนดภารกิจและการมอบหมายงานที่มีลักษณะ Top-down Management จะมีความรวดเร็ว ชัดเจน ตรวจสอบได้ (3) ด้านสมรรถนะของหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ พบว่าปัจจัยทางการบริหาร หากไม่เพียงพอกับภาระงาน จัดสรรคนไม่เหมาะสมกับงานทำให้เกิดปัญหาอุปสรรค (4) ด้านปัจจัยด้าน มาตรการควบคุมประเมินผลและกระตุ้นส่งเสริมพบว่า การตั้งกฎระเบียบ แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมีผลต่อความสำเร็จ (5) ด้านปัจจัยการ ประชาสัมพันธ์และสื่อสาร มีผลต่อความสำเร็จ (6) ด้านปัจจัยการจูงใจ มีผลต่อความสำเร็จ สำหรับในเรื่องอุปสรรคนั้นพบว่าการไปราชการบ่อยจะส่งผลให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งการมีวัฒนธรรมองค์การที่หลากหลายย่อมส่งผลกระทบต่อเป้าหมายคือการได้รับรองโรงพยาบาล ด้วยระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล HA ล่าช้าไป (สุศิริภรณ์ อุดมสุข, 2548)

นอกจากนี้ **พัชรี จันตาวงศ์** (2547) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีการนำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มาใช้ในโรงพยาบาลตำรวจ” โดยใช้**เทคนิคการวิจัยแบบผสม ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ** เกิดข้อค้นพบสำคัญว่า ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำกระบวนการ HA มาใช้ในโรงพยาบาลสามารถเรียงลำดับได้ดังต่อไปนี้ (1) ปัจจัยด้านความร่วมมือและการสนับสนุนของผู้ปฏิบัติ (2) ปัจจัยด้านมาตรฐาน HA (3) ปัจจัยด้านการติดต่อสื่อสาร (4) ปัจจัยด้านความชัดเจนของนโยบาย (5) ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ นอกจากนี้ **พัชรี จันตาวงศ์** ได้มีข้อเสนอแนะว่า ในด้านความร่วมมือและการสนับสนุนของผู้ปฏิบัติ หน่วยพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในด้านตัวมาตรฐาน HA ควรมีการทบทวนมาตรฐาน มีการประชุมสัมมนาเพื่อหาแนวทางแก้ไข ความไม่ชัดเจนของตัวมาตรฐาน และในด้านการติดต่อสื่อสาร ควรจัดทำระบบติดตามข้อมูลข่าวสารในองค์กร (**พัชรี จันตาวงศ์, 2547**)

และงานของ **วิศณี พรหมพันธุ์** (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การนำระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาล ก” การวิจัยครั้งนี้ใช้**เทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ** ด้วยการศึกษาจากเอกสารวิจัย และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก **เกิดข้อค้นพบสำคัญว่า** ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนา องค์กรคือ ความมุ่งมั่นตั้งใจ การมีส่วนร่วม การให้การสนับสนุน ของผู้บริหารระดับสูง การมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มาตรฐานมีความชัดเจน และการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ **วิศณี พรหมพันธุ์** ได้มีข้อเสนอแนะว่า การนำองค์กรเข้าสู่ระบบและการพัฒนาระบบให้ ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายของ องค์กร บทบาทที่สำคัญของผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการสร้าง กลไกการพัฒนา การเรียนรู้ของ องค์กร กระตุ้นและสนับสนุน ให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการกำกับติดตามการดำเนินงานของทีม ในระบบคุณภาพ รวมทั้งการสร้าง วัฒนธรรมในบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์แก่บุคลากรทั่วทั้งองค์กร (**วิศณี พรหมพันธุ์, 2544**)

3) การศึกษาตัวแปรต่างๆในโรงพยาบาลคุณภาพ

ปนัดดา ขวตบัว (2554) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้า หอผู้ป่วย ฝ่ายการพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลระดับสากล กรุงเทพมหานคร” เป็น**การวิจัยเชิงปริมาณ** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ทั้งนี้ **ปนัดดา** เกิดข้อค้นพบว่า ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

และฝ่ายการพยาบาล ที่มีสมรรถนะ สูง โรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน โรงพยาบาลระดับสากล กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับสูง และ**ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย และฝ่ายการพยาบาลที่มีสมรรถนะสูง ต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย** (ปนัดดา ชวดบัว, 2554)

ถัดมาคืองานของ พิมพีใจ ไพศาลย์ (2550) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การทำงานเป็นทีมในโรงพยาบาล รัฐบาลและเอกชนที่ได้รับและไม่ได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)” โดยใช้เทคนิค การวิจัย แบบผสม ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เกิดข้อค้นพบสำคัญว่า โรงพยาบาลที่ได้รับรองคุณภาพมีระดับการทำงานเป็นทีม ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านความร่วมมือประสานกันในกลุ่ม และด้านการตัดสินใจร่วมกันสูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับรองคุณภาพ โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบ ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้ ในด้านสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์การพบว่า เป้าหมายในการทำงานไม่ชัดเจน ขาดแรงจูงใจ และผลตอบแทน ในด้านลักษณะของสมาชิกทีม สมาชิกทีมมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์แตกต่างกันโดยเฉพาะผู้นำ ในด้านลักษณะ การออกแบบทีมงาน บุคลากรไม่มีอิสระและส่วนร่วม ในการตัดสินใจต้องผ่านผู้บังคับบัญชา ในด้านกระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บุคลากรขาดความสามัคคี ไม่มีน้ำใจ มีความขัดแย้ง ไม่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขาดการประสานงานและร่วมมือการทำงาน ในด้านกระบวนการทำงาน ความพยายามของสมาชิก ในการปฏิบัติงานไม่เท่ากัน (พิมพีใจ ไพศาลย์, 2550)

นอกจากนี้ วันชัย พิริยะวดี (2545) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการสื่อสาร ปัจจัยด้านองค์การและพฤติกรรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของผู้บริหารการ พยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลรัฐที่ผ่านการรับรองคุณภาพ” ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการสื่อสาร ปัจจัยด้านองค์การ และพฤติกรรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของผู้บริหาร การพยาบาลระดับต้น และศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริหาร แบบมีส่วนร่วม ของผู้บริหารการพยาบาลระดับ ข้อค้นพบ ของ วันชัย พิริยะวดี พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การบริหารแบบมีส่วนร่วม ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลรัฐ ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ อยู่ในระดับสูง และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการสื่อสาร ปัจจัยด้านองค์การ คือ โครงสร้างองค์การ ภาวะผู้นำ ลักษณะงาน การสนับสนุนขององค์การ และการให้รางวัลกับพฤติกรรม การบริหารแบบมีส่วนร่วม ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลรัฐที่ผ่านการ รับรองคุณภาพ มีความสัมพันธ์กัน นอกจากนี้ ตัวแปรที่สามารถร่วมกัน

พยากรณ์ พฤติกรรมการบริหารแบบมี ส่วนร่วม ของผู้บริหารการพยาบาล ระดับต้น โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ได้แก่ ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร โครงสร้างองค์การ ระดับการศึกษา และภาวะผู้นำ ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์ พฤติ กรรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นได้ร้อยละ 39.4 (วันชัย พิริยะวดี, 2545)

และงานของ **สุลัดดา พงศ์รัตนมาน** (2542) ทำการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชนที่เข้า ร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” เป็น**การวิจัยเชิงปริมาณ** เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย และศึกษาหา ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชนที่เข้า ร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล จำนวน 12 แห่ง ทั้งนี้ **สุลัดดาได้ค้นพบว่า** การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง และภาวะผู้นำด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและด้านภาวะผู้นำ การแลกเปลี่ยนต่าง**มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง**กับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย นอกจากนี้ **ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง**กับการปฏิบัติ กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยอีกด้วย (สุลัดดา พงศ์รัตนมาน, 2542)

2.3.3 การเปรียบเทียบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนนี้ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบงานวิจัยที่ได้นำเสนอไปก่อนหน้านี้ โดยประเด็นการเปรียบเทียบนี้ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆที่เป็นฐานคิดของงานวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และข้อค้นพบซึ่งพิจารณาได้ดังตารางที่ 12 โดยการเปรียบเทียบนี้จะนำมาซึ่งตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ระเบียบวิธีวิจัย รวมถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในการกำหนดเส้นทางอิทธิพลหรือสมมติฐานสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

	งานวิจัย	ทฤษฎี/แนวทาง	ระเบียบวิธีวิจัย	ข้อค้นพบสำคัญ
1	Meyer and Collier (2001)	Baldrige General Theory	การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยเทคนิค SEM	► การนำมามีอิทธิพลต่อสารสนเทศและการวิเคราะห์ การวางแผนกลยุทธ์ การพัฒนาและจัดการทรัพยากรมนุษย์
2	Yang-Kyun Kim and Hyun-Jong Oh (2012)	Baldrige General Theory	การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยเทคนิค SEM	► การนำไม่มีผลต่อการจัดการกระบวนการ และผลการปฏิบัติงานของ

	งานวิจัย	ทฤษฎี/แนวทาง	ระเบียบวิธีวิจัย	ข้อค้นพบสำคัญ
				โรงพยาบาล
3	Sang M. Lee, Don Hee Lee and David L. Olson (2013)	Baldrige General Theory	การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยเทคนิค SEM	▶ ผลลัพธ์การปฏิบัติงานขององค์กรมีความเกี่ยวข้องกับ การมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงาน และการจัดการกระบวนการ
4	Winn and Cameron (1998)	Baldrige General Theory	การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยเทคนิค SEM	▶ การนำไม่ได้มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ขององค์กร
5	Flynn and Saladin (2001)	Baldrige General Theory	การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยเทคนิค SEM	▶ (ตัวแบบ1988) การนำส่งผลโดยตรงต่อ การวางแผนกลยุทธ์เชิงคุณภาพ เพียงตัวแปรเดียว ▶ (ตัวแบบ1992) ตัวแปรด้านการนำ และสารสนเทศและการวิเคราะห์มีอิทธิพลกับทุกตัวแปร ▶ (ตัวแบบ1997) การนำมีอิทธิพลสูงสุดต่อผลลัพธ์ทางธุรกิจ
6	Wilson and Collier (2000)	Baldrige General Theory	การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยเทคนิค SEM	▶ การมุ่งทรัพยากรมนุษย์มีอิทธิพลต่อการจัดการกระบวนการ ▶ การวางแผนกลยุทธ์มีอิทธิพลต่อการจัดการทรัพยากรมนุษย์
7	ธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล (2553)	ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ	การวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณ	▶ ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านการศึกษาและฝึกอบรมด้านความเป็น ผู้นำของผู้บริหาร ด้านวัฒนธรรมองค์กร และด้านการมี

	งานวิจัย	ทฤษฎี/แนวทาง	ระเบียบวิธีวิจัย	ข้อค้นพบสำคัญ
				มีส่วนร่วม และทำงานเป็นทีม
8	ธนพร มาสมบูรณ์ (2551)	แนวคิดของ Michael J.Stahl (1995)	การวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณ	▶ ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัย ด้านวัฒนธรรมองค์กร และปัจจัย ด้านการมีส่วนร่วม
9	ณัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์ และ ศิวโรจน์ วรรณวิจิตร (2559)	ตัวแปรสกัดจาก การ ท บ ท ว น วรรณกรรมหลายแหล่ง	การจำแนกประเภท (discriminant analysis)	▶ ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านการเสริมพลัง ปัจจัยด้านมีส่วนร่วมประเมิณผล ปัจจัยด้านโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยด้านการประเมิณผล และ ปัจจัยด้านการทำงานเป็นทีม
10	นิภาพร ลครวงศ์ (2547)	ตัวแปรสกัดจาก การ ท บ ท ว น วรรณกรรมหลายแหล่ง	การวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยเทคนิค SEM	▶ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กรมีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม
11	สุศิภรณ์ อุดมสุข (2548)	ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ	วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ	▶ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย HA ไปปฏิบัติ ได้แก่ (1)ความชัดเจนของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ (2) ด้านการกำหนด ภารกิจ (3) ด้านสมรรถนะของ

	งานวิจัย	ทฤษฎี/แนวทาง	ระเบียบวิธีวิจัย	ข้อค้นพบสำคัญ
				หน่วยงาน (4) ด้านปัจจัยด้านมาตรฐาน การควบคุม ประเมินผล (5) ด้านปัจจัยการประชาสัมพันธ์ (6) ด้าน ปัจจัยการจูงใจ
12	พัชรี จันทาวงค์ (2547)	ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ	วิธีการวิจัยแบบผสม ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ	► ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบาย HA ไปปฏิบัติ ได้แก่ (1) ความร่วมมือ และการสนับสนุน ของผู้ปฏิบัติ (2) มาตรฐาน HA (3) การติดต่อสื่อสาร (4) ความชัดเจน ของนโยบาย (5) ภาวะผู้นำ
13	วิศณี พรหมพันธุ์ (2544)	ตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ	วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ	► ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรคือ ความมุ่งมั่น ตั้งใจ การมีส่วนร่วม การให้การสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูง การมีภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง มาตรฐานมีความชัดเจน และการตรวจสอบอย่าง
14	ปนัดดา ชวดบัว (2554)	แนวคิดภาวะผู้นำ	การวิจัยเชิงปริมาณ	► ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของหัวหน้าหอผู้ป่วย และฝ่ายการพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงต่างมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับสูงกับ ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย
15	พิมพ์ใจ ไพศาลย์ (2550)	ตัวแปรสกัดจาก การ ทบทวนวรรณกรรมหลาย	วิธีการวิจัยแบบผสม ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ และการ	► โรงพยาบาลที่ได้รับรองคุณภาพมีระดับการทำงานเป็นทีม ด้านการ

	งานวิจัย	ทฤษฎี/แนวทาง	ระเบียบวิธีวิจัย	ข้อค้นพบสำคัญ
		แหล่ง	วิจัยเชิงคุณภาพ	มี ส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านความร่วมมือประสานกัน ในกลุ่ม และด้านการตัดสินใจร่วมกันสูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาล
16	วันชัย พิริยะวดี (2545)	ตัวแปรสกัดจาก การ ทบ ทวน วรรณกรรมหลาย แหล่ง	การวิจัยเชิงปริมาณ	▶พฤติกรรมกรรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลรัฐที่ผ่านการรับรองคุณภาพอยู่ในระดับสูง
17	สุลัดดา พงศ์รัตนามาน (2542)	ตัวแปรสกัดจาก การ ทบ ทวน วรรณกรรมหลาย แหล่ง	การวิจัยเชิงปริมาณ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	▶ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ที่มา: การประมวลของผู้วิจัย

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นถึง ทฤษฎีหรือแนวทางการวิจัยของงานนั้นๆ ระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนถึงข้อค้นพบสำคัญที่เกิดขึ้น แสดงให้เห็นว่าการศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยยังอยู่ในลักษณะที่แตกต่างกันไปบ้าง โดยหากกล่าวถึง **ฐานคิดของการศึกษา** ทฤษฎี แนวทางการศึกษามีความหลากหลาย เช่น การนำตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นฐานคิดของการศึกษา อาทิ งานของ อีริวิทย์ ตั้งจิตไพศาล (2553) สุศิริภรณ์ อุดมสุข (2548) พัชรจิณตาวงศ์ (2547) วิศณีย์ พรหมพันธุ์ (2544) หรือเป็นลักษณะของ **การสกัดตัวแปรจากการวรรณกรรมหลายแหล่ง** อาทิ ญัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์ และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร (2559) พิมพีใจ ไพศาลย์ (2550) วันชัย พิริยะวดี (2545) สุลัดดา พงศ์รัตนามาน (2542) หากกล่าวถึง **ระเบียบวิธีวิจัยหรือเทคนิคที่ใช้ในการวิจัยพบว่า** งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้ระเบียบวิธีเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณ ซึ่งหากพิจารณาถึงวัตถุประสงค์การวิจัยที่ผู้วิจัยตั้งไว้ว่า **เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา** โดยวิธีการหาคำตอบเพื่อวัตถุประสงค์นี้จะต้องใช้

เทคนิค SEM ทั้งนี้ งานที่มีวัตถุประสงค์ใกล้เคียงกันมากที่สุดเท่าที่ผู้วิจัยสืบค้นได้คืองานของ **นิภาพร ลครวงศ์ (2547)** โดยนิภาพรใช้การวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path Analysis) ในงานวิจัยเพื่อหาคำตอบวิจัย แต่เมื่อดูกรอบแนวคิดในการวิจัยของ**นิภาพร**ยังมีได้นำตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ซึ่งถือเป็นตัวแปรสำคัญในหลักการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทยในปัจจุบันตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดว่าจะใช้ตัวแปรที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพซึ่งมีโครงสร้างและหลักการเดียวกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA ซึ่งจะเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ในด้านนี้แก่สังคมไทย ทั้งนี้การสร้างความสัมพันธ์ของทิศทางของแต่ละตัวแปรจะใช้ผลของงานวิจัยของ Winn and Cameron (1998) Wilson and Collier (2000) Flynn and Saladin (2001) Meyer and Collier (2001) Kim and Oh (2012) Sang M. Lee, et.al (2013) แต่ทั้งนี้จะอยู่ภายใต้**หลักการของ Baldrige** ที่ว่า “การนำจะขับเคลื่อนระบบและระบบจะสรรสร้างผลลัพธ์” โดยผู้วิจัยได้สรุปความสัมพันธ์ของวิจัยดังกล่าวไว้ดังตารางที่ 13



ตารางที่ 13 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีทั่วไปของบัลดริจ (Baldrige general theory)

		R0	R1	R2	R3	R4	R5	R6	รวม
1	กระบวนการ	→	ผลสัมฤทธิ์ทางธุรกิจ	+	✓	✓	✓	✓	5
2	การมุ่งทรัพยากรมนุษย์	→	กระบวนการ	+	✓	✓	✓	✓	5
3	สารสนเทศ	→	การมุ่งทรัพยากรมนุษย์	+	x	✓	✓	✓	5
4	สารสนเทศ	→	ภาวะผู้นำ	+	✓	✓	✓	--	4
5	สารสนเทศ	→	การวางแผนกลยุทธ์	+	✓	✓	✓	✓	6
6	สารสนเทศ	→	กระบวนการ	+	x	✓	✓	x	4
7	ภาวะผู้นำ	→	การวางแผนกลยุทธ์	+	✓	✓	✓	✓	6
8	สารสนเทศ	→	ผลสัมฤทธิ์ทางธุรกิจ	+	x	✓	✓	--	2
9	สารสนเทศ	→	การมุ่งลูกค้า	+	x	✓	✓	✓	4
10	ภาวะผู้นำ	→	ผลสัมฤทธิ์ทางธุรกิจ	+	x	✓	✓	x	2
11	การวางแผนกลยุทธ์	→	การมุ่งลูกค้า	+	✓	x	x	✓	3
12	การมุ่งทรัพยากรมนุษย์	→	ผลสัมฤทธิ์ทางธุรกิจ	+	✓	x	x	✓	3
13	ภาวะผู้นำ	→	การมุ่งลูกค้า	+	x	x	✓	✓	3
14	ภาวะผู้นำ	→	การมุ่งทรัพยากรมนุษย์	--	✓	--	✓	✓	4
15	ภาวะผู้นำ	→	กระบวนการ	--	✓	✓	x	--	3
16	การมุ่งลูกค้า	→	กระบวนการ	--	✓	✓	✓	✓	5
17	การวางแผนกลยุทธ์	→	การมุ่งทรัพยากรมนุษย์	--	✓	✓	✓	x	3
18	การมุ่งลูกค้า	→	ผลสัมฤทธิ์ทางธุรกิจ	--	--	--	✓	✓	2
19	การวางแผนกลยุทธ์	→	กระบวนการ	--	✓	--	--	✓	3
20	การวางแผนกลยุทธ์	→	ผลสัมฤทธิ์ทางธุรกิจ	--	--	✓	--	--	1
21	การมุ่งลูกค้า	→	การมุ่งทรัพยากรมนุษย์	--	x	x	--	✓	1
22	ภาวะผู้นำ	→	สารสนเทศ	--	--	--	✓	✓	2

ที่มา : จากการประมวลของผู้วิจัย

หมายเหตุ: รูปแบบของตารางนี้ผู้วิจัยปรับปรุงจาก Hongyi Sun (2011) โดย ✓: สมมติฐานถูกทดสอบและถูกยอมรับ ; x: สมมติฐานถูกทดสอบแต่ถูกปฏิเสธ ; --: สมมติฐานไม่ได้ถูกทดสอบ; +: แสดงการมีความสัมพันธ์กัน ; R0: ตัวแบบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ; R1: Winn and Cameron (1998); R2: Wilson and Collier (2000); R3: Flynn and Saladin (2001); R4: Meyer and Collier (2001); R5: Kim and Oh (2012); R6: Sang M. Lee, et.al (2013) ;รวม: ผลรวมจำนวนงานวิจัยที่ทดสอบและยอมรับสมมติฐาน

2.4 สมมติฐานและโมเดลของการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” ทำให้ผู้วิจัยได้สมมติฐานการวิจัย จากนั้นจึงได้เสนอโมเดลของการวิจัยนี้ดังรูปที่ 2.19 ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ในลักษณะที่หลากหลายตัวแปรได้ส่งอิทธิพลต่อกันแบบเชิงสาเหตุและผล (causal relationship) ทั้งนี้เพื่อสามารถนำโมเดลไปทดสอบโดยอาศัยเทคนิคความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Structural Equation Model: SEM) ได้ โดยปัจจัยที่ถูกนำไปทดสอบได้มีหลักฐานทางวรรณกรรมและการทดสอบซ้ำจากหลากหลายงานวิจัยที่ได้นำเสนออภิปรายไว้แล้ว นอกจากนี้ภาพรวมของโมเดลของการวิจัยจะอยู่บนพื้นฐานของหลักการของบัลดริจ (Baldrige Approach) ที่ว่า “การนำจะขับเคลื่อนระบบและระบบจะสร้างสรรค์ผลลัพธ์” โดยในส่วนี้ผู้วิจัยจะแบ่งการนำเสนอออกเป็นสองส่วน กล่าวคือ สมมติฐานของการวิจัย และโมเดลของการวิจัย

2.4.1 สมมติฐานของการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างโมเดลการวิจัยโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมทางแนวคิด ทฤษฎี หลักการอันเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยแห่งความสำเร็จแห่งการพัฒนาคุณภาพ ตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ มัลคอล์ม บัลดริจ และตัวแบบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี มารองรับสมมติฐานของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผล ทั้งนี้ตัวแปรในการวิจัยนี้จะอ้างอิงตามมาตรฐานโรงพยาบาลนี้ซึ่งประกอบด้วย (1) การนำ (2) การบริหารเชิงกลยุทธ์ (3) การมุ่งเน้นผู้ป่วย (4) การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (6) การจัดการกระบวนการ ส่วน ผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยจะใช้ชื่อตัวแปรว่าการพัฒนาคุณภาพซึ่งสะท้อนได้โดยผลการดำเนินงาน โดยสมมติฐานการวิจัยอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

2.4.1.1 การนำ (Leadership)

การริเริ่มกิจกรรมคุณภาพต่างๆได้นั้นเกิดจากการดำเนินงานของผู้บริหารระดับสูง โดยผู้บริหารระดับสูงต้องกำหนดค่านิยม นโยบายอย่างชัดเจน ไม่กำกวม และจัดให้มีทรัพยากรในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม การบริหารจัดการของผู้บริหารสามารถเปลี่ยนบรรยากาศในการทำงานให้เกิดการยอมรับในการบริหารคุณภาพ และทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความสำคัญของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรได้ (Nadine Hietschold, et al, 2014) ดังนั้นหากปราศจากผู้บริหารระดับสูงในการเอาใจใส่ การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงต่างๆแทบจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่า การนำ ส่งผลกระทบต่อ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นลูกค้า การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ (Winn and

Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Meyer and Collier ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) นำมาซึ่งสมมติฐานดังต่อไปนี้

- H1 : การนำมื่อธิพลทางตรงเชิงบวกกับการบริหารเชิงกลยุทธ์
- H2 : การนำมื่อธิพลทางตรงเชิงบวกกับการมุ่งเน้นผู้ป่วย
- H3 : การนำมื่อธิพลทางตรงเชิงบวกกับการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
- H4 : การนำมื่อธิพลทางตรงเชิงบวกกับการจัดการกระบวนการ
- H5 : การนำมื่อธิพลทางตรงเชิงบวกกับการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้

2.4.1.2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management)

การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การเป็นกลยุทธ์ขององค์การที่ต้องการการบริหารจัดการในระยะยาว องค์การต้องผสมผสานการบริหารคุณภาพในกลยุทธ์ขององค์การด้วยเพื่อให้เกิดผลอันยอดเยี่ยมอย่างมั่นคงและยั่งยืน แผนงานคุณภาพจะเป็นตัวกำหนดวิสัยทัศน์ของอนาคตขององค์การ และให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอยู่บนขอบข่ายไม่ออกนอกทาง หากปราศจากแผนงานกลยุทธ์คุณภาพแล้ว องค์การก็ไม่สามารถกำหนดวัตถุประสงค์และสิ่งที่องค์การให้ความสำคัญได้อย่างชัดเจน ดังนั้น องค์การที่ไม่กำหนดเป้าหมายในกิจกรรมคุณภาพจะนำมาซึ่งความล้มเหลวของการจัดสรรทรัพยากรต่อหน่วยงานภายในที่ต้องการทรัพยากร (Nadine Hietschold, et al, 2014) นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์ ส่งผลกระทบต่อ การมุ่งเน้นลูกค้า การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) นำมาซึ่งสมมติฐานดังต่อไปนี้

- H6 : การบริหารเชิงกลยุทธ์มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย
- H7 : การบริหารเชิงกลยุทธ์มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
- H8 : การบริหารเชิงกลยุทธ์มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ

2.4.1.3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย (Patient Focus)

แนวคิดการมุ่งเน้นลูกค้าเกี่ยวข้องกับการระบุความต้องการของลูกค้าในปัจจุบัน และต้องทำให้ลูกค้าได้สิ่งที่คาดหวัง องค์การจึงต้องสร้างความสัมพันธ์แบบเปิดกับลูกค้าเพื่อที่จะได้ทราบถึงความต้องการของลูกค้า และรับคำติชมของลูกค้าเพื่อที่จะหาวิธีที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ในการตอบสนองความ

ต้องการของลูกค้า ความคิดเห็นของลูกค้าสามารถเพิ่มคุณภาพของสินค้าและบริการ และความคิดเห็นต่างๆก็สามารถนำไปปรับปรุงในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการการพัฒนาสินค้าได้ พร้อมทั้งพัฒนาหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในองค์กรให้มีประสิทธิภาพ และเนื่องจากความพึงพอใจของลูกค้าส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวขององค์กร องค์กรจึงควรตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าอย่างรวดเร็ว (Nadine Hietschold, et al, 2014) นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่า การมุ่งเน้นลูกค้า ส่งผลกระทบต่อการจัดการกระบวนการ (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Meyer and Collier ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) นำมาซึ่งสมมติฐานดังต่อไปนี้

H9 : การมุ่งเน้นผู้ป่วยมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ

2.4.1.4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (Measurement Analysis and Knowledge Management)

ระบบสารสนเทศเป็นส่วนสำคัญของโครงสร้างพื้นฐานในการบริหารจัดการคุณภาพ และเพื่อการรักษาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง องค์กรจึงต้องการข้อมูลที่นำเชื่อถืออย่างสม่ำเสมอ การรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้เป็นสิ่งสำคัญในการตรวจสอบสถานะคุณภาพในปัจจุบันขณะ องค์กรไม่สามารถประเมินคุณภาพของสินค้าและบริการได้อย่างถูกต้อง หากไม่สามารถวัดสถานะคุณภาพทั้งก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพ นอกจากนี้ การมีอยู่ของข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ถือเป็นความสำคัญขององค์กร (Nadine Hietschold, et al, 2014) นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่า การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ มีผลกระทบต่อ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นลูกค้า การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Meyer and Collier ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) นำมาซึ่งสมมติฐานดังต่อไปนี้

H10 : การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการบริหารเชิงกลยุทธ์

H11 : การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย

H12 : การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

H13 : การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ

2.4.1.5 การมุ่งทรัพยากรบุคคล (Human Resource Management Focus)

ในบริบทของการบริหารคุณภาพนั้น การบริหารทรัพยากรมนุษย์จะมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับความรู้ที่ทันสมัย มีการตระหนักถึงความผิดพลาดอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ และแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเข้าใจในผลลัพธ์ของคุณภาพนำไปสู่พันธะผูกพันอย่างยิ่งยวดต่อการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ การเปลี่ยนแปลงในทัศนคติทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์การและทำให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพไปทั่วทั้งองค์การได้ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมมีส่วนในการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานแสดงความคิดเห็นสำหรับการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) และองค์การจึงควรจะนำเอาระบบการให้รางวัลมาใช้อย่างเป็นทางการเพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน (Nadine Hietschold, et al, 2014) นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่า การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ส่งผลกระทบต่อ ผลการดำเนินงาน (Winn and Cameron ,1998; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) นำมาซึ่งสมมติฐานดังต่อไปนี้

H14 : การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

2.4.1.6 การจัดการกระบวนการ (Process Management)

วรรณกรรมหลายชิ้นได้ยอมรับแนวทางการบริหารจัดการเชิงกระบวนการ (Process-oriented management) แทนการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-orientated management) องค์การต่างๆควรจะบริการจัดการด้านกระบวนการให้เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ในมิติการบริหารจัดการเชิงกระบวนการได้ตั้งอยู่บนฐานคิดว่า “ประการแรก องค์การคือระบบของกระบวนการต่างๆที่ถูกเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน ประการที่สอง การปรับปรุงกระบวนการเป็นตัวกำหนดการปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน” และองค์การต้องกำหนดกระบวนการที่สำคัญและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ได้รับสินค้าและบริการที่มีคุณภาพกว่าเดิม (Nadine Hietschold, et al, 2014) ทั้งนี้ การปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการทำงานขององค์การเป็นการลดการทำซ้ำ (reworking) ลดการสูญเสียกำลังของผู้ปฏิบัติงาน (manpower) และยังผลให้การใช้วัสดุอุปกรณ์และความผิดพลาดต่างๆลดลงด้วย (Mosadeghrad, 2014a; Volker Krüger, 2001) นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่า การจัดการกระบวนการ ส่งผลกระทบต่อ ผลการดำเนินงาน (Winn and Cameron ,1998; Wilson and Collier ,2000; Flynn and Saladin ,2001; Kim and Oh ,2012; Sang M. Lee, et.al ,2013) นำมาซึ่งสมมติฐานดังต่อไปนี้

H15 : การจัดการกระบวนการมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

2.4.1.7 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สะท้อนได้จากผลการดำเนินงานซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยการปฏิบัติในแต่ละกระบวนการ ได้แก่ การนำ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ หากปัจจัยการปฏิบัติดังกล่าวดี ย่อมเป็นผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งนี้ สอดรับกับสมมติฐานของหลักการมัลคอล์ม บัลดริจที่ว่า “การนำส่งผลต่อระบบ และระบบส่งผลต่อผลลัพธ์ขององค์กร” (Winn and Cameron ,1998) นอกจากนี้ Carman และคณะ (Carman et al.,2010) ได้เสนอว่า การวัดคุณภาพสามารถวัดได้จากองค์ประกอบย่อยของตัวแปรผลการดำเนินงานภายในตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA โดยตัวแบบนี้มีลักษณะเช่นเดียวกับตัวแบบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี ซึ่งผู้วิจัยจะอ้างอิงองค์ประกอบตามมาตรฐานโรงพยาบาลนี้ในการวัดคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ตารางที่ 14 สรุปหลักฐานทางวรรณกรรมถึงความสัมพันธ์ของตัวแปร

สมมติฐานที่	ความสัมพันธ์		แนวคิดหลัก	งานวิจัย
	เหตุ	ผล		
H1	LEAD	STP	Baldrige General Theory	R1,R2,R3,R4,R5,R6
H2	LAED	PAT		R3,R5,R6
H3	LAED	HRM		R1,R2,R4,R5
H4	LAED	PRM		R1,R2,R4
H5	LEAD	MAKM		R5,R6
H6	STP	PAT		R1,R5,R6
H7	STP	HRM		R1,R2,R3
H8	STP	PRM		R1,R5,R6
H9	PAT	PRM		R1,R2,R3,R5,R6
H10	MAKM	STP		R1,R2,R3,R4,R5,R6
H11	MAKM	PAT		R2,R3,R5,R6
H12	MAKM	HRM		R2,R3,R4,R5,R6
H13	MAKM	PRM		R2,R3,R4,R5
H14	HRM	PERF		R1,R5,R6
H15	PRM	PERF		R1,R2,R3,R5,R6

ที่มา: จากการประมวลของผู้วิจัย

หมายเหตุ: R1: Winn and Cameron (1998); R2: Wilson and Collier (2000); R3: Flynn and

Saladin (2001); R4: Meyer and Collier (2001); R5: Kim and Oh (2012); R6: Sang M. Lee, et.al (2013)

2.4.2 โมเดลของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้างต้นผ่านการทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิด ทฤษฎี หลักการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จแห่งการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยภายในองค์ประกอบของตัวแบบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ MBNQA และตัวแบบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ทั้งจากงานในประเทศและต่างประเทศ เพื่อสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลระหว่าง ปัจจัยการปฏิบัติงานการบริหารคุณภาพโดยอิงกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อนำมาทดสอบว่าสมมติฐานที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ในหัวข้อ “สมมติฐานการวิจัย” นั้นถูกต้องหรือไม่ โดยรูปที่ 2.19 ได้แสดงโมเดลแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรทั้งหมด 2 ชนิด คือตัวแปรแฝง (Latent Variables) จำนวน 7 ตัวแปร (ตัวแปรที่เป็นนอกรี) และตัวแปรสังเกตได้ (Observed Variables) จำนวน 24 ตัวแปร (ตัวแปรที่เป็นที่เหลื่อมพื้นผ้า) โดยตัวแปรแฝงนั้นไม่สามารถกระทำการวัดได้โดยตรง จำเป็นต้องอาศัยตัวแปรสังเกตได้เป็นตัววัดคุณสมบัติของตัวแปรแฝง ซึ่งตัวแปรทุกตัวภายในโมเดลทั้งตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้อ้างอิงจากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และเส้นอิทธิพลทางตรง (เส้นทึบ) ที่ส่งผ่านตัวแปรแฝงตัวหนึ่งไปยังตัวแปรแฝงอีกตัวหนึ่งจะแทนสมมติฐานของการวิจัย โดยอภิปรายเป็นลำดับได้ดังต่อไปนี้

2.4.2.1 ตัวแปรแฝงด้านการนำ (LEAD)

ตัวแปรแฝงด้านการนำ (LEAD) ถูกวัดด้วยตัวแปรสังเกตได้ด้านการนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (L1) ตัวแปรสังเกตได้ด้านการกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (L2) และตัวแปรสังเกตได้การพิจารณาประเด็นจริยธรรม (L3) ซึ่งตัวแปรแฝงด้านการนำจะส่งอิทธิพลทางตรงไปยังตัวแปรแฝงอีก 5 ตัวแปร กล่าวคือ ตัวแปรแฝงด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ (STP) ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย (Connor) ตัวแปรแฝงด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (MAKM) ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์ (HRM) ตัวแปรแฝงด้านการจัดการกระบวนการ (PRM) ตามสมมติฐานของการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

2.4.2.2 ตัวแปรแฝงด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์ (STP)

ตัวแปรแฝงด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์ (STP) ถูกวัดด้วยตัวแปรสังเกตได้ด้านการจัดทำกลยุทธ์ (S1) ตัวแปรสังเกตได้ด้านการถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (S2) และตัวแปรสังเกตได้การจัดทำตัวชี้วัด (S3) ซึ่งตัวแปรแฝงด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ จะส่งอิทธิพลทางตรงไปยังตัวแปรแฝง

อีก 3 ตัวแปร กล่าวคือ ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย (PAT) ตัวแปรแฝงการมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์ (HRM) ตัวแปรแฝงด้านการจัดการกระบวนการ (PRM) ตามสมมติฐานของการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

2.4.2.3 ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย (PAT)

ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย (PAT) ถูกวัดด้วยตัวแปรสังเกตได้ด้านความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย (P1) ตัวแปรสังเกตได้ด้านความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (P2) และตัวแปรสังเกตได้ด้านสิทธิผู้ป่วย (P3) ซึ่งตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย จะส่งอิทธิพลทางตรงไปยังตัวแปรแฝงอีก 1 ตัวแปร กล่าวคือ ตัวแปรแฝงด้านการจัดการกระบวนการ (PRM) ตามสมมติฐานของการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

2.4.2.4 ตัวแปรแฝงด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (MAKM)

ตัวแปรแฝงด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (MAKM) ถูกวัดด้วยตัวแปรสังเกตได้ด้านการวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (M1) ตัวแปรสังเกตได้ด้านการจัดการสารสนเทศ (M2) และตัวแปรสังเกตได้การจัดการความรู้ (M3) ซึ่งตัวแปรแฝงด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ จะส่งอิทธิพลทางตรงไปยังตัวแปรแฝงอีก 4 ตัวแปร กล่าวคือ ตัวแปรแฝงด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ (STP) ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย (PAT) ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์ (HRM) ตัวแปรแฝงด้านการจัดการกระบวนการ (PRM) ตามสมมติฐานของการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

2.4.2.5 ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRM)

ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRM) ถูกวัดด้วยตัวแปรสังเกตได้ด้านความผูกพันของบุคลากร (W1) ตัวแปรสังเกตได้การฝึกอบรม (W2) และตัวแปรสังเกตได้ด้านสภาพแวดล้อมของบุคลากร (W3) ซึ่งตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์จะส่งอิทธิพลทางตรงไปยังตัวแปรแฝงอีก 1 ตัวแปร กล่าวคือ ตัวแปรแฝงด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (PERF) ตามสมมติฐานของการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

2.4.2.6 ตัวแปรแฝงด้านการจัดการกระบวนการ (PRM)

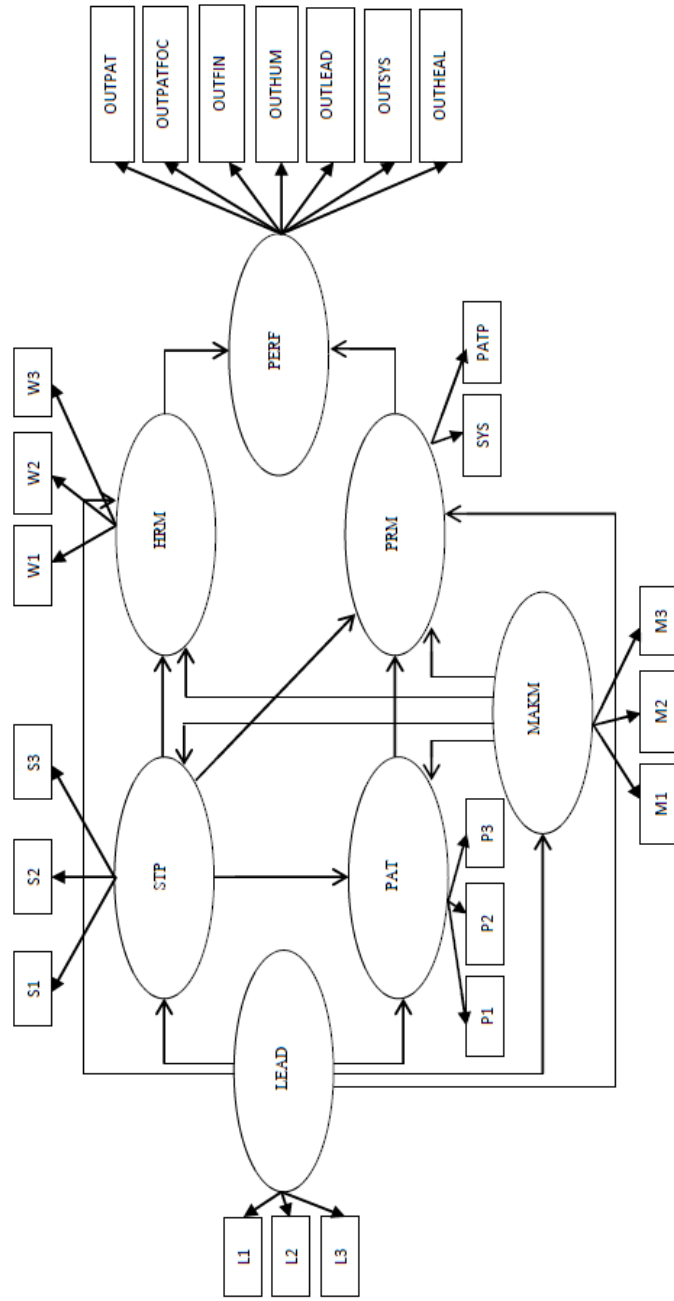
ตัวแปรแฝงด้านการจัดการกระบวนการ (PRM) ถูกวัดด้วยตัวแปรสังเกตได้ด้านระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (SYS) และตัวแปรสังเกตได้ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย (PATP) ซึ่งตัวแปรแฝงด้านการจัดการกระบวนการจะส่งอิทธิพลทางตรงไปยังตัวแปรแฝงอีก 1 ตัวแปร กล่าวคือ ตัวแปรแฝงด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (PERF) ตามสมมติฐานของการวิจัยที่ได้ตั้งไว้

2.4.2.7 ตัวแปรแฝงด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (PERF)

ตัวแปรแฝงด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (PERF) ถูกวัดด้วยตัวแปรสังเกตได้ด้านการดูแลผู้ป่วย (OUTPAT) ตัวแปรสังเกตได้ด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (OUTPATFOC) ตัวแปรสังเกตได้ด้านการเงิน (OUTFIN) ตัวแปรสังเกตได้ด้านทรัพยากรบุคคล (OUTHUM) ตัวแปรสังเกตได้ด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (OUTSYS) ตัวแปรสังเกตได้ด้านการนำ (OUTLEAD) และตัวแปรสังเกตได้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (OUTHEAL) ซึ่งตัวแปรแฝงด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ไม่มีการส่งอิทธิพลไปยังตัวแปรอื่นๆ แต่จะได้รับอิทธิพลจากตัวแปร 6 ตัวแปร กล่าวคือ ตัวแปรแฝงด้านการนำ (LEAD) ตัวแปรแฝงด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ (STP) ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย (PAT) ตัวแปรแฝงด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (MAKM) ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์ (HRM) และตัวแปรแฝงด้านการจัดการกระบวนการ (PRM)



รูปที่ 2.19 โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (แสดงตัวแปรเป็นสัญลักษณ์)



หมายเหตุ: ส่วนแรกของบทที่ 4 ผู้วิจัยได้แสดงสัญลักษณ์และความหมายของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา” ใช้รูปแบบการวิจัยแบบไม่ทดลอง (Expos Facto Research) ประเภทการวิจัยสำรวจ (Survey Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) กล่าวคือจะใช้รูปแบบทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบของคำถามวิจัย โดยการสอบถามที่มนำ ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหน่วยงาน และทีมปฏิบัติงาน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นๆ ในโรงพยาบาลในทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพซึ่งอยู่ในกลุ่มงานต่อไปนี้ (1) กลุ่มอำนวยการ (2) กลุ่มการพยาบาล (3) กลุ่มเทคนิคบริการ (4) กลุ่มบริการทางการแพทย์ (5) กลุ่มเวชปฏิบัติชุมชน และ (6) กลุ่มงานที่โรงพยาบาลแห่งนั้นจัดตั้งขึ้นเพื่อสนองภารกิจของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา รวมทั้งศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการนำเสนอประกอบด้วยประเด็นดังต่อไปนี้

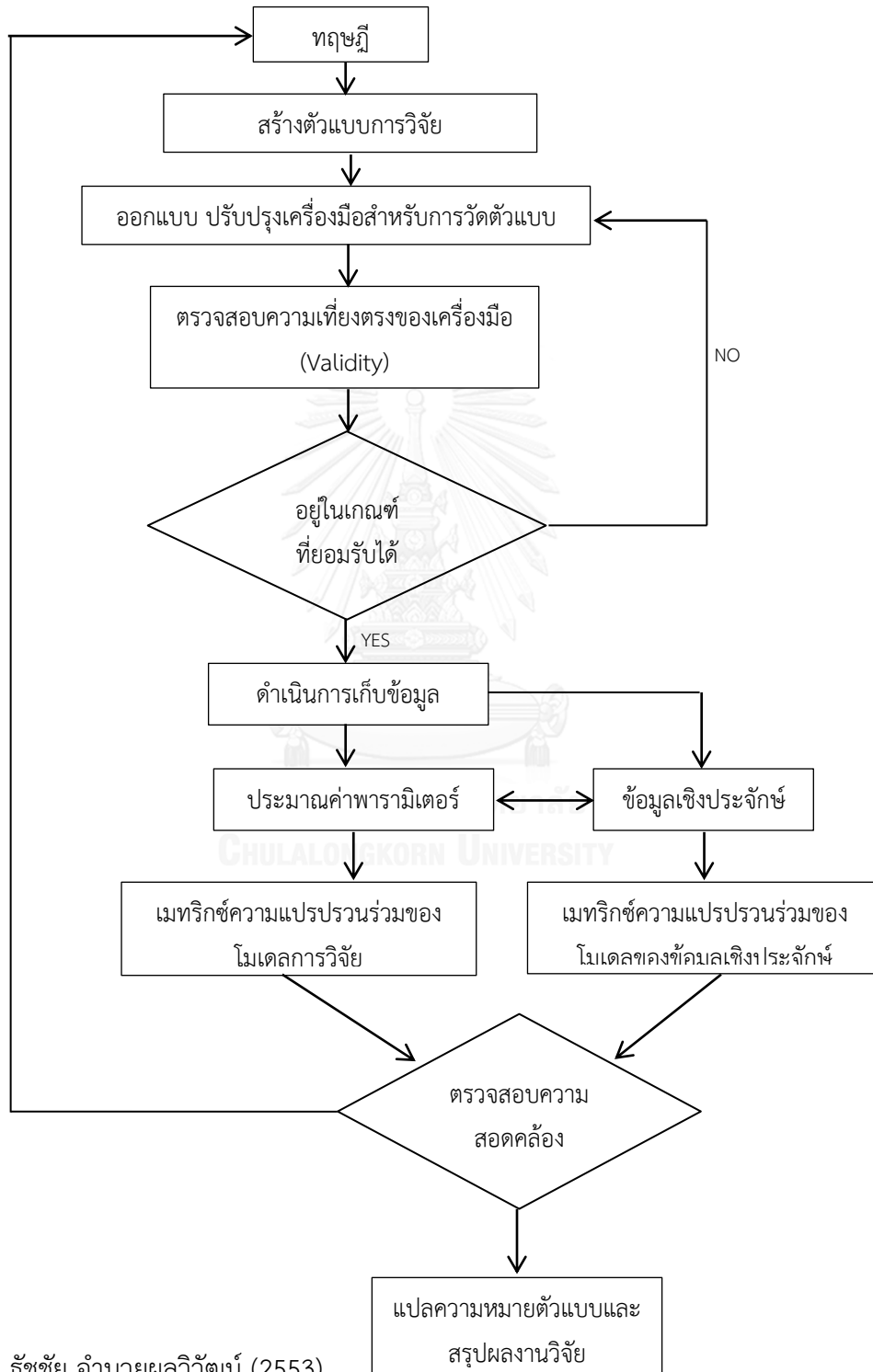
- 3.1 การสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
- 3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.6 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
- 3.7 วิธีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3.1 การสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

วิธีการดำเนินงานการวิจัยเพื่อสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ตลอดจนการตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างโมเดลเชิงทฤษฎี และโมเดลที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ อภิปรายได้ดังต่อไปนี้ (รัชชัย อำนวยผลวิวัฒน์, 2553)

3.1.1 ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งปรัชญา แนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนเอกสารงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพ

รูปที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ



ที่มา: ธีชชัย อำนวนยผลวิวัฒน์ (2553)

โรงพยาบาลเพื่อช่วยในการสกัดตัวแปรว่าตัวแปรใดควรเข้ามาอยู่ในตัวแบบ และควรจะสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรเหล่านั้นอย่างไร

3.1.2 นำตัวแปรที่ได้จากการศึกษาทฤษฎี และการทบทวนบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องมา กำหนดเป็นโมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้น

3.1.3 ออกแบบเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดโมเดลการวิจัย

3.1.4 ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวัด หากพบว่าไม่เหมาะสมให้กลับไปปรับปรุงเครื่องมือวัดใหม่อีกครั้งจนอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถยอมรับได้

3.1.5 ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือวัดดังกล่าว

3.1.6 ทำการประมาณค่าพารามิเตอร์สำหรับโมเดลการวิจัย โดยที่พารามิเตอร์ในที่นี่จะอยู่ในรูปแบบเมตริกซ์ความแปรปรวน - ความแปรปรวนร่วม แบ่งเป็นของโมเดลการวิจัยและของโมเดลข้อมูลเชิงประจักษ์

3.1.7 ตรวจสอบความกลมกลืนระหว่างโมเดลการวิจัย และโมเดลที่ได้จากการเก็บข้อมูลจริง หรือโมเดลของข้อมูลเชิงประจักษ์

3.1.8 ทำการปรับโมเดลความสัมพันธ์ หากพบว่าโมเดลงานวิจัยกับโมเดลข้อมูลเชิงประจักษ์ ยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกัน หลังจากที่โมเดลทั้งสองมีความสอดคล้องกันแล้วจึงสามารถนำโมเดลไป แปลความหมาย ทั้งนี้กระบวนการวิธีต่างๆสามารถสรุปเป็นรูปได้ ดังรูปที่ 3.1

3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรภายในตัวแบบอ้างอิงมาจากปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ ตัวแปรภายในองค์ประกอบรางวัลคุณภาพแห่งชาติ และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพรวมจำนวน ตัวแปรทั้งสิ้น 7 ตัวแปรเรียกว่าตัวแปรแฝง (Latent Variables) สามารถแบ่งออกเป็นตัวแปรแฝงภายนอก (Exogenous Variables) และตัวแปรแฝงภายใน (Endogenous Variables) และมีตัวแปรที่ใช้วัดคุณสมบัติของตัวแปรแฝงจำนวน 24 ตัวแปร เรียกว่าตัวแปรสังเกตได้ (Observed Variables) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นตัวแปรสังเกตได้ภายนอก และตัวแปรสังเกตได้ภายใน ดังแสดงได้ในตารางที่

ตารางที่ 15 แสดงตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้ของงานวิจัย

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกตได้
1. การนำ	(1) การนำโดยผู้บริหารระดับสูง (2) ธรรมชาติขององค์กร (3) การพิจารณาประเด็นจริยธรรม
2. การบริหารเชิงกลยุทธ์	(1) การจัดทำกลยุทธ์ (2) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (3) การจัดทำตัวชี้วัด
3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย	(1) ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย (2) ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับ ผลงาน (3) สิทธิผู้ป่วย
4. การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้	(1) การวัดวิเคราะห์ปรับปรุงผลงาน (2) การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ (3) การจัดการความรู้
5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	(1) ความผูกพันของบุคลากร (2) การฝึกอบรมบุคลากร (3) สภาพแวดล้อมของบุคลากร
6. การจัดการกระบวนการ	(1) ระบบงานสำคัญ (2) การดูแลผู้ป่วย
7. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	(1) ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (2) ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับ ผลงานอื่น (3) ผลด้านการเงิน (4) ผลด้านทรัพยากรบุคคล (5) ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (6) ผลด้านการนำ (7) ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ที่มา: ดัดแปลงจากคู่มือ HA Scoring 2011 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามซึ่งออกแบบโดยการดัดแปลงจากคู่มือ HA Scoring 2011 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) โดยนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับงานวิจัยฉบับนี้ ซึ่งที่แบบสอบถามแบ่งได้ 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รูปแบบการจ้าง หน่วยงานที่สังกัด อายุงาน และระดับตำแหน่งงาน คำถามเป็นแบบระบุรายการ (check list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ถามถึงปัจจัยในการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรและผลการดำเนินงาน แบ่งได้ 2 ส่วน โดยส่วนแรกประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อให้เกิดคุณภาพ ได้แก่ (1) การนำ จำนวน 5 ข้อ (2) การบริหารเชิงกลยุทธ์ จำนวน 4 ข้อ (3) การมุ่งเน้นผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ (4) การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้ จำนวน 5 ข้อ (5) การมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์ จำนวน 5 ข้อ (6) การจัดการกระบวนการ จำนวน 31 ข้อ รวมส่วนนี้จำนวน 55 ข้อ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Likert Scale ให้เลือกตอบ โดยให้คะแนนของความเห็นเป็น 5 ระดับ ได้แก่

5	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด
4	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก
3	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจ
2	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย
1	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามที่ถามเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ (ผลการดำเนินงาน) ซึ่งประกอบด้วย (1) ผลด้านการดูแลผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ (2) ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น จำนวน 4 ข้อ (3) ผลด้านการเงิน จำนวน 2 ข้อ (4) ผลด้านทรัพยากรบุคคล จำนวน 5 ข้อ (5) ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (6) ผลด้านการนำ (7) ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Likert Scale โดยให้คะแนนระดับของผลการดำเนินงาน 5 ระดับ ได้แก่

5	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด
4	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก
3	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจ
2	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย
1	หมายถึง	ผู้ตอบมีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ในส่วนของการวัดระดับความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายดังนี้ (John W. Best, 1981)

- ช่วงค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด
- ช่วงค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นในระดับน้อย
- ช่วงค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นในระดับปานกลาง
- ช่วงค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นในระดับมาก
- ช่วงค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแบบเขียนตอบโดยให้ผู้ตอบแสดงข้อเด่น ข้อด้อยตลอดจนข้อเสนอแนะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบตามมาตรฐาน HA รวม 7 องค์ประกอบ

สำหรับการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะเป็นในลักษณะแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง กล่าวคือ ผู้วิจัยได้เตรียมประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA โดยเป็นการถามถึงข้อเด่น ข้อด้อย ปัญหาและอุปสรรคขององค์ประกอบทั้ง 7 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นโครงสร้างคำถามเดียวกับส่วนที่ 4 ของแบบสอบถาม ประกอบกับคำถามที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการสัมภาษณ์โดยเป็นคำถามปลายเปิด โดยสัมภาษณ์กับทีมผู้นำในโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง โรงพยาบาลละ 1 คน รวม 7 คน

3.4 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

หลังจากที่ได้สร้างเครื่องมือวิจัยเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัด ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้กำหนดการตรวจสอบเครื่องมือไว้ 2 ขั้นตอน กล่าวคือ ผู้วิจัยจะเริ่มต้นด้วยการทดสอบความตรงของแบบสอบถาม (Validity) ก่อนแล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เมื่อปรับปรุงเสร็จแล้วจึงนำเรียนปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนการดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยรายละเอียดแสดงได้ดังต่อไปนี้

3.4.1 การทดสอบความตรง (Validity)

การทดสอบความตรงของเครื่องมือวัด จะเป็นการทดสอบจากความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ที่ต้องการวัดเป็นการวัดว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อการนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพมาบริหารงานเพื่อให้ได้การรับรองคุณภาพ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5

ท่านประเมินว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัดหรือไม่ โดยหากค่า IOC 0.6-1 แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องใช้ได้ แต่ถ้าค่า IOC น้อยกว่า 0.6 แสดงว่าข้อคำถามนี้ควรมีการปรับปรุง โดยผลการวิเคราะห์ค่าความตรงอยู่ในช่วง 0.6-1 แสดงว่า แบบสอบถามนี้มีความตรงเชิงเนื้อหาในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (สุวิมล ติรกาพันธ์, 2550) โดยรายละเอียดได้แนบไว้ในภาคผนวก ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย (1) อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2) ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักประเมินและรับรอง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (3) ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (องค์การมหาชน) (4) ผู้เยี่ยมประเมินโรงพยาบาล (5) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

3.4.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

การทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามซึ่งได้ทำการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก(Cronbach's Alpha) และในการศึกษาคั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลดอนพุด จังหวัดสระบุรี จำนวน 30 ชุด ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (Nunnally J C., 1978) โดยค่าความเชื่อมั่นในภาพรวมของแบบสอบถามมีค่า 0.981 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ตารางที่ 16 แสดงค่าแอลฟาของครอนบักของแบบสอบถามในส่วนองค์ประกอบการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดคุณภาพในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

ลำดับ	องค์ประกอบ	จำนวนข้อคำถามเดิม	จำนวนข้อคำถามใหม่	ค่าแอลฟาของครอนบัก	เกณฑ์ที่ยอมรับได้	ผลการพิจารณา
1	การนำ	5	5	0.812	มากกว่า 0.7 (Nunnally, 1994)	ผ่าน
2	การบริหารเชิงกลยุทธ์	5	4	0.792		ผ่าน
3	การมุ่งเน้นผู้ป่วย	5	5	0.717		ผ่าน
4	การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้	5	5	0.840		ผ่าน
5	การมุ่งเน้นผู้ปฏิบัติงาน	5	5	0.792		ผ่าน
6	การจัดการกระบวนการ	45	31	0.962		ผ่าน
7	การพัฒนาคุณภาพ	70	55	0.978		ผ่าน
รวม		140	110	0.981		ผ่าน

หมายเหตุ ค่าแอลฟาของครอนบักเป็นค่าที่นำเสนอหลังจากการตัดข้อคำถามแล้ว

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อหาค่าสถิติต่างๆโดยอภิปรายได้ดังนี้

3.5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อการอธิบายผลวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปที่เก็บรวบรวมได้และเพื่อเป็นการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

(1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ประเภทการทำงาน หน่วยงานที่สังกัด อายุงาน ตำแหน่งงาน ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

(2) การแจกแจงข้อมูลของตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA ประกอบด้วย การนำ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ และการพัฒนาคุณภาพ โดยค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง

(3) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยสถิติทดสอบทีเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ช่วงค่าความสัมพันธ์ .80 ขึ้นไป	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูงในทิศทางเดียวกัน
ช่วงค่าความสัมพันธ์ .60-.79	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูงในทิศทางเดียวกัน
ช่วงค่าความสัมพันธ์ .40-.59	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันปานกลางในทิศทางเดียวกัน
ช่วงค่าความสัมพันธ์ .20-.39	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างต่ำในทิศทางเดียวกัน
ช่วงค่าความสัมพันธ์ ต่ำกว่า .20	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันต่ำในทิศทางเดียวกัน

โดยค่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) จะต้องมีค่าไม่เกิน .85

3.5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย

(1) การตรวจสอบโมเดลการวัด (Measurement Model) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

(2) การวิเคราะห์โมเดลโครงสร้าง (Structural Model) แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยสถิติทดสอบที่เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในการนี้ผู้วิจัยจะใช้ดัชนีต่างๆในการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลเชิงทฤษฎีและโมเดลเชิงประจักษ์ โดยค่าสถิติและค่าดัชนีดังกล่าว ประกอบด้วย ค่าไค-สแควร์ ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square error of Approximation) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit) และค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Comparative Fit Index) (ยูทอ ไทยวรรณ, 2556; สุกมาส อังศุโชติ, 2557) ทั้งนี้ ค่าดัชนีความกลมกลืนสอดคล้องของโมเดลพิจารณาได้ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 17 แสดงค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล

ที่	ค่าดัชนี	เกณฑ์	การพิจารณา
1	ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square: χ^2)	$P > .05$	ค่า P มีค่ามากกว่า .05 แสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2	ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (χ^2/df)	< 2	ค่า χ^2/df ต้องน้อยกว่า 2 และถ้าค่า χ^2/df ยังมีค่าเข้าใกล้ 0 มากเท่าไร แสดงว่าโมเดลนั้นยังมีความกลมกลืนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้นเท่านั้น
3	ค่าดัชนีวัดระดับความ สอดคล้องกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI)	$> .90$	ค่าดัชนี GFI ต้องมากกว่า .90 และถ้าค่า GFI มีค่าเข้าใกล้ 1 มากเท่าไร แสดงว่าโมเดลนั้นยังมีความกลมกลืนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้นเท่านั้น
4	ค่าดัชนีวัดระดับความ สอดคล้องกลมกลืนที่ปรับแก้	$> .90$	ค่าดัชนี AGFI ต้องมากกว่า .90 และถ้าค่า AGFI มีค่าเข้าใกล้ 1 มากเท่าไร แสดงว่า

แล้ว		โมเดลนั้นยังมีความกลมกลืนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้นเท่านั้น
(Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI)		
5 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคาดเคลื่อน	<.05	ค่าดัชนี RMSEA ต้องน้อยกว่า .05 และถ้าค่า RMSEA มีค่าเข้าใกล้ 0 มากเท่าไร แสดงว่าโมเดลนั้นมีความความคาดเคลื่อนยิ่งน้อย โมเดลจึงมีความกลมกลืนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากยิ่งขึ้น
(Root Mean Square error of Approximation: RMSEA)		
6 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์	>.90	ค่า CFI อยู่ระหว่าง 0 และ 1 และหากค่า CFI มีค่าดัชนีมากกว่า .90 เป็นระดับที่โมเดลควรถูกยอมรับ
(Comparative Fit Index: CFI)		

ที่มา: สุภมาศ อังศ์โชติและคณะ (2557) และยุทธ ไกยวรรณ (2556)

สำหรับแบบสอบถามในส่วนที่ 4 ที่เป็นลักษณะเขียนตอบ และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำผลจากการวิเคราะห์ในส่วนนี้มาเป็นหลักฐานสนับสนุนผลการวิเคราะห์ทางสถิติตามหลักตรรกะ (Logical Reasoning) และตามหลักทฤษฎีของบัลตริจ ในการวิเคราะห์ว่าปัจจัยทั้ง 7 ตัวภายใต้มาตรฐาน HA ได้ส่งผลต่อกันในรูปแบบใด ถ้าปัจจัยไม่ส่งผลตามกรอบทางทฤษฎีแล้ว ผู้วิจัยจะใช้ข้อคิดเห็นในส่วนที่ 4 และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้ในการวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน แต่ถ้าส่งผลตามกรอบทฤษฎี ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลในส่วนนี้มาสนับสนุนประกอบซึ่งในส่วนนี้จะนำเสนอในรูปแบบพรรณนา

3.6 ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะได้แสดงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับประชากร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) โดยจำแนกตามเทคนิควิธีที่ใช้คือกรณีตอบด้วยแบบสอบถามและกรณีการสัมภาษณ์ แสดงรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

3.6.1 กรณีการตอบแบบสอบถาม

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ผ่านการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 918 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2559)

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนบุคลากรตามประชากรที่ผ่านการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพ

ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนบุคลากร	จำนวนผู้แทน
1	A	153	67
2	B	150	65
3	C	105	46
4	D	122	53
5	E	119	52
6	F	143	62
7	G	126	55
รวม		918	400

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2559)

หมายเหตุ: เข้าถึงข้อมูลวันที่ 13 สิงหาคม 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ผ่านการประเมินรับรองกระบวนการคุณภาพ จำนวนทั้งสิ้น 7 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองซ้ำตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ในการวิเคราะห์ด้วยเทคนิคสแกนอิเล็กตรอนโครงสร้าง (SEM) ที่มีตัวแปรแฝง 7 ตัวแปรควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 300 คน (ยุทธ ไกยวรรณ, 2556) สำหรับในงานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน จาก 7 โรงพยาบาล ทั้งนี้ จำนวนผู้แทนการในตอบแบบสอบถามของแต่ละโรงพยาบาลเป็นการคัดเลือกแบบการกำหนดโควตา (Quota Selection) ซึ่งเกิดจากการกำหนดสัดส่วนของจำนวนผู้ปฏิบัติงานให้จำแนกข้อมูลตามโรงพยาบาล โดยคำนวณจาก

$$\text{จำนวนผู้แทนของโรงพยาบาลนั้นๆ} = \frac{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดของโรงพยาบาลนั้นๆ}}{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดของโรงพยาบาล 7 แห่ง}} \times 400$$

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1.1 มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี

1.2 เป็นทีมงาน ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหน่วยงาน และทีมปฏิบัติงาน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นๆ ในโรงพยาบาลในทุกสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพซึ่งอยู่ในกลุ่มงานต่อไปนี้ (1) กลุ่มอำนวยการ (2) กลุ่มการพยาบาล (3) กลุ่มเทคนิคบริการ (4) กลุ่มบริการทางการแพทย์ (5) กลุ่มเวชปฏิบัติชุมชน และ (6) กลุ่มงานที่โรงพยาบาลแห่งนั้นจัดตั้งขึ้นเพื่อสนองภารกิจของโรงพยาบาล

1.3 เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนั้นมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี

1.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างมี 2 กรณี กล่าวคือ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามตอบคำถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ และผู้ที่ตอบแบบสอบถามในลักษณะเลือกคำตอบเดียวกันทั้งหมดตลอดทั้งแบบสอบถาม

วิธีการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการขอหนังสือจากภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ให้ออกถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเพื่อขออนุญาตแจกแบบสอบถาม หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเดินทางติดต่อยังโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง โดยการประสานงานกับผู้ประสานงานคุณภาพของโรงพยาบาลนั้นๆ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการแจกแบบสอบถามแก่เจ้าหน้าที่ตามสัดส่วนที่ได้อภิปรายไว้แล้วนั้น เพราะการแจกแบบสอบถามแก่เจ้าหน้าที่ด้วยตัวผู้วิจัยเอง อาจไม่สะดวกเนื่องจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอาจเกิดขึ้นในเวลาใดก็ได้

สำหรับการคัดเลือกเพื่อให้ได้มาซึ่งของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลนั้น ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแต่ละแห่งให้เป็นผู้แจกแบบสอบถามแก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยสองกลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่มนำประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน และหัวหน้าหน่วยงาน ในกลุ่มนี้ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ให้เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานคุณภาพแจกแบบสอบถามสำหรับกลุ่มนี้จำนวน 5-10 ชุด (2) กลุ่มที่ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตามแต่ละกลุ่มงานต่างๆ ในกลุ่มนี้ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ให้เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานคุณภาพแจกแบบสอบถามสำหรับกลุ่มนี้ตามจำนวนที่เหลือจากการแจกของกลุ่มที่มนำ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยการสุ่มผู้แทนตอบแบบสอบถามกำหนดว่าเป็นการสุ่มตามสะดวก (Convenience Sampling) อาทิ โรงพยาบาล A ได้รับแบบสอบถาม 67 ชุด จะถูกแบ่งไว้สำหรับทีมที่มนำจำนวน 5-10 ชุด ดังนั้น ทีมปฏิบัติงานจะทำแบบสอบถามจำนวน 57-62 ชุด ทั้งนี้ขึ้นกับว่าได้แจกแบบสอบถามแก่ทีมที่มนำไปแล้วกี่ชุด เป็นต้น และการที่ผู้วิจัยได้เลือกทั้งทีมที่มนำและทีมปฏิบัติงานในการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลอันเกี่ยวข้องการพัฒนาคุณภาพเป็นเพราะ นอกจาก การพัฒนาคุณภาพจะถือหลักการการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ (TQM) ในการดำเนินงานแล้ว องค์การที่ขึ้นชื่อว่าเป็นองค์การคุณภาพ (Quality Organization) จะมี “วัฒนธรรมคุณภาพ” เป็นชีวิตขององค์การ (Organizational life) ซึ่งชีวิตขององค์การนี้เองสามารถรับรู้ได้จากผู้ปฏิบัติงานแห่งนั้น (ชนิตดา จิตตรุทธะ, 2553) นั้นหมายความว่า ไม่ว่าจะอยู่ส่วนใดขององค์การ ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานย่อมรู้ความเป็นไปขององค์การและทำงานเป็นระบบไม่แยกส่วนเชื่อมประสานองค์การให้เป็นหนึ่งเดียว ด้วยเหตุนี้เอง ผู้วิจัยจึงตัดสินใจสอบถามผู้ปฏิบัติในทุกสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ โดย

ไม่สอบถามเฉพาะผู้ที่ทำงานในฝ่ายคุณภาพหรือถามเฉพาะผู้บริหารของโรงพยาบาลแห่งนั้น แต่จะสอบถามไปทุกที่ทั่วทั้งองค์กรซึ่งโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งล้วนถูกรับประกันจากองค์การภายนอกแล้วว่าเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามตอบกลับคืนอย่างสมบูรณ์จำนวน 381 คน คิดเป็นร้อยละ 95.25

3.6.2 กรณีการสัมภาษณ์

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะเลือกผู้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นทีมนำที่สะดวกให้สัมภาษณ์กับผู้วิจัย จำนวน 7 คน จากโรงพยาบาลละ 1 คน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเดียวกับที่ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถาม โดยเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างซึ่งเป็นข้อคำถามเดียวกับแบบสอบถามในส่วนที่ 4 และการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างซึ่งเป็นคำถามที่อาจเกิดขึ้นระหว่างบทการสนทนา โดยในส่วนนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1.1 เป็นทีมนำในโรงพยาบาลแห่งนั้นมาแล้วไม่ต่ำกว่า 5 ปี
- 1.2 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์กับผู้วิจัย

สำหรับการติดต่อกลุ่มตัวอย่างที่จะสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการขอหนังสือจากภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ให้ออกถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์กับทีมนำจำนวน 1 คน หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจะประสานงานกับผู้ประสานงานคุณภาพของโรงพยาบาลนั้นๆ เพื่อขอความอนุเคราะห์ว่ามีทีมนำท่านใดสะดวกต่อการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ สำหรับสถานที่สัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยได้กำหนดที่โรงพยาบาลแห่งนั้นๆ ในเวลาราชการหรือนอกราชการให้ขึ้นอยู่กับผู้ถูกสัมภาษณ์โดยระยะเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง และจะขออนุญาตอัดเสียงด้วยเครื่องอัดเสียง และจะทำลายการบันทึกเสียงนั้นเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

3.7 วิธีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อพิจารณาในด้านระเบียบวิธีวิจัย รวมถึงด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการ

วิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือจากภาควิชาฯ ที่ออกถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งเพื่อขออนุญาตแจกแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ประสานงานคุณภาพ เป็นผู้แจกแบบสอบถาม รวมถึงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรแก่ผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเพื่อให้ทราบว่า การตอบแบบสอบถามครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธได้โดยไม่ต้องให้เหตุผล โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน นอกจากนี้ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ตอบแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้จะไม่ปรากฏในงานวิจัย ในส่วนของผู้ถูกสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อและจะทำลายการบันทึกเสียงเมื่องานวิจัยเสร็จสิ้น และก่อนเริ่มสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยจะให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรรวมถึงหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจะแนบรายละเอียดไว้ในภาคผนวก



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน HA ได้แก่ (1) การนำ (2) การบริหารเชิงกลยุทธ์ (3) การมุ่งเน้นผู้ป่วย (4) การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (6) การจัดการกระบวนการ (7) การพัฒนาคุณภาพ (ผลการดำเนินงาน) ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์นี้ ผู้วิจัยนำเสนอเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA ซึ่งแสดงรายละเอียดดังนี้

- 1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ประเภทการจ้างงาน หน่วยงานที่สังกัด อายุงาน ตำแหน่งงาน โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
- 1.2 ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA ประกอบด้วย การนำ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ และการพัฒนาคุณภาพ โดยค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง
- 1.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัด (Measurement Model) ก่อนการวิเคราะห์เชิงสาเหตุด้วยการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดด้วยโปรแกรม AMOS 20

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน HA ของผู้ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิสูจน์ทั้งสมมติฐานของโมเดลวิจัยที่ว่า “โมเดลเชิงทฤษฎีมีความสอดคล้องกับโมเดลเชิงประจักษ์” สมมติฐานของคำถามวิจัยว่า “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นรูปแบบความสัมพันธ์พหุตัวแปร” และผลการทดสอบสมมติฐานเชิงสาเหตุภายในโมเดลจำนวน 15 สมมติฐาน โดยเริ่มต้นจากการตรวจสอบความกลมกลืนโมเดลทางทฤษฎีและข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากดัชนีไค-สแควร์สัมพัทธ์ ดัชนี RMSEA ดัชนี GFI ดัชนี CFI ดัชนี AGFI เมื่อโมเดลมีความกลมกลืนกันแล้วจึงอ่านค่าที่โปรแกรมรายงานผลตามสมมติฐานที่กำหนด

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่นำมาซึ่งเป็นบุคลากรที่ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มงาน หรือหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสาเหตุและผลบางประการที่เกิดจากการบริหารงานตามมาตรฐาน HA โดยนำมาใช้อธิบายเหตุผลสนับสนุนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดความหมายและสัญลักษณ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ดังนี้

ตารางที่ 19 แสดงสัญลักษณ์และความหมายที่ใช้ในงานวิจัย

ลำดับ	ความหมาย	สัญลักษณ์
1	การนำ	LEAD
2	การบริหารเชิงกลยุทธ์	STP
3	การมุ่งเน้นผู้ป่วย	PAT
4	การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้	MAKM
5	การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	HRM
6	การจัดการกระบวนการ	PRM
7	การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	PERF
8	การนำโดยผู้บริหารระดับสูง	L1
9	ธรรมาภิบาลองค์การ	L2
10	การพิจารณาประเด็นจริยธรรม	L3
11	การจัดทำกลยุทธ์	S1
12	การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	S2
13	การจัดทำตัวชี้วัด	S3

ลำดับ	ความหมาย	สัญลักษณ์
14	ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย	P1
15	ความพึงพอใจของผู้ป่วย	P2
16	สิทธิผู้ป่วย	P3
17	การวัดวิเคราะห์ปรับปรุงผลงาน	M1
18	การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	M2
19	การจัดการความรู้	M3
20	ความผูกพันของบุคลากร	W1
21	การฝึกอบรมบุคลากร	W2
22	สภาพแวดล้อมของบุคลากร	W3
23	ระบบงานสำคัญ	SYS
24	การดูแลผู้ป่วย	PATP
25	ผลด้านการดูแลผู้ป่วย	OPAT
26	ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย	OFOC
27	ผลด้านการเงิน	OFIN
28	ผลด้านทรัพยากรบุคคล	OHUM
29	ผลด้านระบบงาน	OSYS
30	ผลด้านการนำ	OLEAD
31	ผลด้านการส่งเสริมสุขภาพ	OHEAL
32	อิทธิพลทางตรง	DE
33	อิทธิพลทางอ้อม	IE
34	อิทธิพลรวม	TE
35	ค่าความเบ้ (Skewness)	S.I.
36	ค่าความโด่ง (Kurtosis)	K.I.
37	ค่าเฉลี่ยของระดับความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}
38	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	S.D.
39	สัมประสิทธิ์การทำนาย	R^2
40	ค่าไค-สแควร์	χ^2
41	ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์	χ^2/df
42	ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square error of Approximation)	RMSEA
43	ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index)	GFI
44	ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit)	AGFI

ลำดับ	ความหมาย	สัญลักษณ์
45	ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Comparative Fit Index)	CFI

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA โดยได้แสดงการนำเสนอผลดังกล่าวตามลำดับได้ดังนี้ ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA

1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชายจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 เพศหญิงจำนวน 329 คนคิดเป็นร้อยละ 86.4 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 31-40 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือ 125 คน คิดเป็นร้อยละ 32.8 และกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปมีน้อยที่สุดจำนวน 55 คนคิดเป็นร้อยละ 14.4 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุดจำนวน 296 คน คิดเป็นร้อยละ 77.7 เมื่อจำแนกตามประเภทการจ้างงานพบว่ามีการจ้างงานมากที่สุดคือ 281 คน คิดเป็นร้อยละ 73.8 รองลงมาคือลูกจ้างชั่วคราวจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 เมื่อจำแนกตามหน่วยงานที่สังกัดพบว่าผู้ตอบที่สังกัดกลุ่มการพยาบาลมีมากที่สุดจำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาคือกลุ่มเทคนิคบริการจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 15 และเมื่อจำแนกตามอายุงานพบว่า อายุงานที่มากที่สุดคือ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 55.4 รองลงมาคืออายุงานต่ำกว่า 5 ปีจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 21.5 หากจำแนกตามตำแหน่งงานพบว่าผู้ตอบที่เป็นทีมนำมีจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 15.7 ขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นทีมปฏิบัติงานมีจำนวน 321 คน คิดเป็นร้อยละ 84.3 โดยรายละเอียดต่างๆ แสดงได้ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 20 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

	ข้อมูลเบื้องต้น	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	52	13.6
	หญิง	329	86.4
2. อายุ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	81	21.3
	31-40 ปี	125	32.8
	41-50 ปี	120	31.5
	50 ปีขึ้นไป	55	14.4

	ข้อมูลเบื้องต้น	จำนวน	ร้อยละ
3. การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	54	14.2
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	296	77.7
	ปริญญาโท	30	7.9
	ปริญญาเอก	1	.3
4. ประเภทการจ้างงาน	ข้าราชการ	281	73.8
	พนักงานของรัฐ	17	4.5
	ลูกจ้างชั่วคราว	68	17.8
	ลูกจ้างประจำ	15	3.9
5. หน่วยงานที่สังกัด	กลุ่มอำนวยการ	22	5.8
	กลุ่มการพยาบาล	184	48.3
	กลุ่มเทคนิคบริการ	57	15.0
	กลุ่มบริการทางการแพทย์	42	11.0
	กลุ่มเวชปฏิบัติชุมชน	48	12.6
	กลุ่มอื่นๆที่โรงพยาบาลจัดตั้ง อาทิ กลุ่มงานเวชสารสนเทศ	28	7.3
6. อายุงาน	ต่ำกว่า 5 ปี	82	21.5
	5-10 ปี	59	15.5
	11-15 ปี	29	7.6
	15 ปีขึ้นไป	211	55.4
6. ตำแหน่ง	ทีมนำ	60	15.7
	ทีมปฏิบัติงาน	321	84.3

1.2 ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA

ข้อมูลของตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การจัดทำตัวชี้วัดความก้าวหน้า ($X=3.97, S.D.= .79$) รองลงมาคือ การนำโดยผู้บริหารระดับสูง ($X=3.86, S.D.= .72$) โดยตัวแปรค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ผลด้านการเงิน ($X=2.35, S.D.= 1.02$) นอกจากนี้ ข้อมูลของตัวแปรสังเกตได้ที่น่ามาศึกษาต้องมีการแจกแจงแบบ multivariate normality โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลต้องเป็นอิสระกัน การแจกแจงข้อมูลต้องไม่เบ้ และไม่โด่งจนผิดปกติ โดยข้อมูลที่เบ้ผิดปกติจะมีค่า Skewness Index (SI) ที่มากกว่า 3 และข้อมูลมีความโด่งผิดปกติเมื่อค่า Kurtosis Index (KI) มากกว่า 10 (พูลพงษ์ สุขสว่าง, 2556 น.6) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าข้อมูลในการวิเคราะห์มีลักษณะแจกแจงแบบปกติ โดยค่าความเบ้ที่มากที่สุดคือ .61 จากตัวแปรสังเกตได้ผลด้านการเงินขณะที่ค่า

ความโด่งมากที่สุดคือ 2.18 จากตัวแปรสังเกตได้การจัดทำตัวชี้วัดความก้าวหน้าซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดแสดงให้เห็นว่าการแจกแจงของข้อมูลเป็นปกติ โดยค่าดังกล่าวแสดงได้ดังตารางที่ 4.3 โดยผู้วิจัยได้แสดงการอธิบายข้อมูลของตัวแปรโดยการแปลความหมายกำหนดไว้ดังนี้ (John W. Best, 1981)

ช่วงค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด

ช่วงค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นในระดับน้อย

ช่วงค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นในระดับปานกลาง

ช่วงค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นในระดับมาก

ช่วงค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นในระดับมากที่สุด

1.2.1 การนำ

ระดับความคิดเห็นของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในด้านการนำโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.65$, $S.D.=.71$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากเช่นกัน ได้แก่ การนำโดยผู้บริหารระดับสูง ($\bar{X}=3.86$, $S.D.=.72$) รองลงมาคือ การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม ($\bar{X}=3.62$, $S.D.=1.00$) ขณะที่ การส่งเสริมการพิจารณาประเด็นจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$, $S.D.=1.10$) เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวแปร มีค่าติดลบทั้งหมด แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้คะแนนกับตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 3 ตัวสูงกว่าค่าเฉลี่ยโดยตัวแปรสังเกตได้การนำโดยผู้บริหารระดับสูง และตัวแปรสังเกตได้การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคมมีค่าความเบ้เป็นค่าลบสูงที่สุด ($-.75$) และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าตัวแปรสังเกตได้การนำโดยผู้บริหารระดับสูงมีค่าเป็นบวก แสดงว่าลักษณะการแจกแจงของตัวแปรดังกล่าวมีความโค้งสูงกว่าปกติ (Leptokurtic) ขณะที่ค่าความโด่งของตัวแปรสังเกตได้การนำโดยผู้บริหารระดับสูง และตัวแปรสังเกตได้การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคมมีค่าเป็นลบซึ่งมีค่า $-.29$ และ -1.16 ตามลำดับ แสดงว่าข้อมูลมีลักษณะการกระจายโค้งต่ำกว่าปกติ (Platykurtic) กล่าวโดยสรุป การกระจายตัวของข้อมูลยังถือเป็นแบบปกติ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้และค่าความโด่งที่มีค่าเข้าใกล้ศูนย์

1.2.2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

ระดับความคิดเห็นของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.78$, $S.D.=.69$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัด

พบว่ามีความถี่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การจัดทำตัวชี้วัด ($\bar{X}=3.97$, S.D.=.79) รองลงมาคือ การจัดทำกลยุทธ์ ($\bar{X}=3.72$, S.D.=.78) และ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ($\bar{X}=3.70$, S.D.=.87) เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวแปรมีความติดลบทั้งหมด แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้คะแนนกับตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 3 ตัวสูงกว่าค่าเฉลี่ยโดยตัวแปรสังเกตได้การจัดทำตัวชี้วัดมีความเบ้เป็นค่าลบสูงที่สุด (-1.16) และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าตัวแปรสังเกตได้มีค่าเป็นบวกทั้งหมด แสดงว่าลักษณะการแจกแจงของตัวแปรดังกล่าวมีความโค้งสูงกว่าปกติ (Leptokurtic) โดยตัวแปรสังเกตได้ด้านการจัดทำตัวชี้วัดมีความโด่งเป็นค่าบวกสูงที่สุด (2.18) กล่าวโดยสรุป การกระจายตัวของข้อมูลยังถือเป็นแบบปกติ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้และค่าความโด่งที่มีค่าเข้าใกล้ศูนย์

1.2.3 ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย

ระดับความคิดเห็นของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยมีความถี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.49$, S.D.=.72) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมีความถี่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.62$, S.D.=.98) รองลงมาคือ สิทธิผู้ป่วย ($\bar{X}=3.46$, S.D.=.82) และความพึงพอใจของผู้ป่วย ($\bar{X}=3.38$, S.D.=.87) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวแปรมีความติดลบทั้งหมด แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้คะแนนกับตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 3 ตัวสูงกว่าค่าเฉลี่ยโดยตัวแปรสังเกตได้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมีความเบ้เป็นค่าลบสูงที่สุด (-.76) และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีค่าเป็นลบซึ่ง แสดงว่าข้อมูลมีลักษณะการกระจายโค้งต่ำกว่าปกติ (Platykurtic) โดยตัวแปรสังเกตได้ด้านความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงนามีค่าความโด่งเป็นค่าลบสูงที่สุด (-.60) กล่าวโดยสรุป การกระจายตัวของข้อมูลยังถือเป็นแบบปกติ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้และค่าความโด่งที่มีค่าเข้าใกล้ศูนย์

1.2.4 ด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้

ระดับความคิดเห็นของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีความถี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.40$, S.D.=.73) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า การวัดวิเคราะห์ปรับปรุงผลงนามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.57$, S.D.=.87) รองลงมาคือ การจัดการความรู้ ($\bar{X}=3.33$, S.D.=1.03) และ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{X}=3.19$, S.D.=.95) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวแปรมีความติดลบทั้งหมด แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้คะแนนกับตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 3 ตัวสูงกว่าค่าเฉลี่ยโดยตัวแปรสังเกตได้การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงนามีค่าความเบ้เป็นค่าลบสูงที่สุด (-.70) และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีค่าเป็นลบ

ซึ่ง แสดงว่าข้อมูลมีลักษณะการกระจายโค้งต่ำกว่าปกติ (Platykurtic) โดยตัวแปรสังเกตได้ด้านการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ และตัวแปรสังเกตได้ด้านการจัดการความรู้มีค่าความโด่งเป็นค่าลบเท่ากันและสูงที่สุด (-1.07) กล่าวโดยสรุป การกระจายตัวของข้อมูลยังถือเป็นแบบปกติ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้และค่าความโด่งที่มีค่าเข้าใกล้ศูนย์

1.2.5 ด้านการมุ่งทรัพยากรบุคคล

ระดับความคิดเห็นของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในด้านการมุ่งทรัพยากรบุคคล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.23$, $S.D.=.74$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า สภาพแวดล้อมของบุคลากรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.47$, $S.D.=.96$) รองลงมาคือ การฝึกอบรมบุคลากร ($\bar{X}=3.21$, $S.D.=.91$) และตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความผูกพันของบุคลากร ($\bar{X}=3.07$, $S.D.=.89$) เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวแปร มีค่าติดลบทั้งหมด แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้คะแนนกับตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 3 ตัวสูงกว่าค่าเฉลี่ยโดยตัวแปรสังเกตได้สภาพแวดล้อมของบุคลากรมีค่าความเบ้เป็นค่าลบสูงที่สุด (-.67) และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีค่าเป็นลบซึ่ง แสดงว่าข้อมูลมีลักษณะการกระจายโค้งต่ำกว่าปกติ (Platykurtic) โดยตัวแปรสังเกตได้ด้านความผูกพันของบุคลากรมีค่าความโด่งเป็นค่าลบสูงที่สุด (-.92) กล่าวโดยสรุป การกระจายตัวของข้อมูลยังถือเป็นแบบปกติ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้และค่าความโด่งที่มีค่าเข้าใกล้ศูนย์

1.2.6 ด้านการจัดการกระบวนการ

ระดับความคิดเห็นของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในด้านการจัดการกระบวนการมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.51$, $S.D.=.61$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า ระบบงานสำคัญมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.53$, $S.D.=.60$) รองลงมาคือ การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.49$, $S.D.=.67$) เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวแปร มีค่าติดลบทั้งหมด แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้คะแนนกับตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 3 ตัวสูงกว่าค่าเฉลี่ยโดยตัวแปรสังเกตได้ด้านการดูแลผู้ป่วยมีค่าความเบ้เป็นค่าลบสูงที่สุด (-.77) และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีค่าเป็นบวก แสดงว่าลักษณะการแจกแจงของตัวแปรดังกล่าวมีความโด่งสูงกว่าปกติ (Leptokurtic) โดยตัวแปรสังเกตได้ด้านการดูแลผู้ป่วยมีค่าความโด่งเป็นค่าบวกสูงที่สุด (.67) กล่าวโดยสรุป การกระจายตัวของข้อมูลยังถือเป็นแบบปกติ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้และค่าความโด่งที่มีค่าเข้าใกล้ศูนย์

1.2.7 ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ระดับความคิดเห็นของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในด้านการพัฒนาคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.36$, S.D.=.57) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า ผลด้านทรัพยากรบุคคลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก($\bar{X}=3.60$, S.D.=.80) รองลงมาคือ ผลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X}=3.58$, S.D.=.71) ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}=3.54$, S.D.=.66) ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ ($\bar{X}=3.53$, S.D.=.62) ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย ($\bar{X}=3.50$, S.D.=.75) ขณะที่ ผลด้านการนำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.42$, S.D.=.72) และผลด้านการเงินอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.35$, S.D.=1.02) เมื่อพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกตได้ส่วนใหญ่มีค่าติดลบ โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้คะแนนกับตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 6 ตัวสูงกว่าค่าเฉลี่ย โดยตัวแปรสังเกตได้ผลด้านการดูแลผู้ป่วยมีค่าความเบ้เป็นค่าลบสูงที่สุด (-.97) ขณะที่ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าความเบ้เป็นบวก คือผลด้านการเงิน (.61) แสดงว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวแปรนี้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และเมื่อพิจารณาค่าความโด่ง (Kurtosis) พบว่าตัวแปรสังเกตได้ส่วนใหญ่มีค่าเป็นบวก แสดงว่าลักษณะการแจกแจงของตัวแปรดังกล่าวมีความโค้งสูงกว่าปกติ (Leptokurtic) โดยค่าความโด่งที่เป็นบวกสูงที่สุดคือตัวแปรสังเกตได้ผลการดูแลผู้ป่วย (.94) ขณะที่ค่าความโด่งของตัวแปรสังเกตได้ผลด้านการเงินมีค่าเป็นลบซึ่งมีค่า -.55 แสดงว่าข้อมูลมีลักษณะการกระจายโค้งต่ำกว่าปกติ (Platykurtic) กล่าวโดยสรุป การกระจายตัวของข้อมูลยังถือเป็นแบบปกติ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้และค่าความโด่งที่มีค่าเข้าใกล้ศูนย์

ตารางที่ 21 แสดงค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่งของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	S.I.	K.I.
การนำ	3.65	.71		
1. การนำโดยผู้บริหารระดับสูง	3.86	.72	-.75	.76
2. การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม	3.62	1.00	-.75	-.29
3. การส่งเสริมการพิจารณาประเด็นจริยธรรม	3.26	1.10	-.32	-1.16
การบริหารเชิงกลยุทธ์	3.78	.69		
1. การจัดทำกลยุทธ์	3.72	.78	-.96	.68
2. การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ	3.70	.87	-1.06	.68
3. การจัดทำตัวชี้วัด	3.97	.79	-1.16	2.18
การมุ่งเน้นผู้ป่วย	3.49	.72		
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย	3.62	.98	-.76	-.27

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	S.I.	K.I.
2. ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน	3.38	.87	-.45	-.60
3. สิทธิผู้ป่วย	3.46	.82	-.58	-.11
การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้	3.40	.73		
1. การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงาน	3.57	.86	-.70	-.18
2. การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.19	.95	-.13	-1.07
3. การจัดการความรู้	3.33	1.03	-.43	-1.07
การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	3.23	.74		
1. ความผูกพันของบุคลากร	3.07	.89	-.17	-.92
2. การฝึกอบรมบุคลากร	3.21	.91	-.31	-.88
3. สภาพแวดล้อมของบุคลากร	3.47	.96	-.67	-.67
การจัดการกระบวนการ	3.51	.61		
1. ระบบงานสำคัญ	3.53	.60	-.57	.55
2. การดูแลผู้ป่วย	3.49	.67	-.77	.67
การพัฒนาคุณภาพ	3.36	.57		
1. ผลด้านการดูแลผู้ป่วย	3.54	.66	-.97	.94
2. ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น	3.50	.75	-.79	.54
3. ผลด้านการเงิน	2.35	1.02	.61	-.55
4. ผลด้านทรัพยากรบุคคล	3.60	.80	-.71	.60
5. ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ	3.53	.62	-.86	.90
6. ผลด้านการนำ	3.42	.72	-.78	.21
7. ผลด้านการส่งเสริมสุขภาพ	3.58	.71	-.87	.27

1.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบมาตรฐาน HA

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่ควรสูงกว่า 0.85 เพื่อป้องกันปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) โดยในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรสังเกตได้ทั้งสิ้น 24 ตัวแปร ซึ่งจำแนกได้ 7 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มการนำ 3 ตัวแปร กลุ่มการบริหารเชิงกลยุทธ์ 3 ตัวแปร กลุ่มการมุ่งเน้นผู้ป่วย 3 ตัวแปร กลุ่มการวัดวิเคราะห์และ

จัดการความรู้ 3 ตัวแปร กลุ่มการมุ่งทรัพยากรบุคคล 3 ตัวแปร กลุ่มการจัดการกระบวนการ 2 ตัวแปร และกลุ่มผลการดำเนินการ 7 ตัวแปร โดยผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ซึ่งตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุดมีค่า 0.81 คือตัวแปรสังเกตได้ด้านผลด้านการดูแลผู้ป่วย (OPAT) กับด้านผลด้านระบบงาน (OSYS) ทำให้ไม่เกิดปัญหาสถานะร่วมเส้นตรง ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไว้ดังต่อไปนี้

ช่วงค่าความสัมพันธ์ .80 ขึ้นไป	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูงในทิศทางเดียวกัน
ช่วงค่าความสัมพันธ์ .60-.79	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูงในทิศทางเดียวกัน
ช่วงค่าความสัมพันธ์ .40-.59	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันปานกลางในทิศทางเดียวกัน
ช่วงค่าความสัมพันธ์ .20-.39	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างต่ำในทิศทางเดียวกัน
ช่วงค่าความสัมพันธ์ ต่ำกว่า .20	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันต่ำในทิศทางเดียวกัน

1.3.1 การนำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการนำ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่า .407 ถึง .564 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและทุกค่ามีนัยสำคัญระดับ .01 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบนัยสำคัญมีค่าไม่เกิน .85 ทำให้คาดได้ว่าจะไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุดข้อมูลนี้สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

ตารางที่ 4.4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้

	L1	L2	L3	S1	S2	S3	P1	P2	P3	M1	M2	M3
L1	1											
L2	.564**	1										
L3	.407**	.450**	1									
S1	.550**	.500**	.403**	1								
S2	.575**	.477**	.387**	.588**	1							
S3	.589**	.445**	.312**	.599**	.575**	1						
P1	.503**	.382**	.389**	.457**	.448**	.457**	1					
P2	.539**	.458**	.441**	.475**	.438**	.434**	.510**	1				
P3	.428**	.368**	.407**	.476**	.414**	.460**	.379**	.560**	1			
M1	.496**	.377**	.292**	.435**	.495**	.512**	.344**	.520**	.545**	1		
M2	.348**	.295**	.211**	.362**	.351**	.294**	.245**	.328**	.348**	.405**	1	
M3	.425**	.296**	.378**	.306**	.373**	.343**	.348**	.432**	.431**	.473**	.352**	1
W1	.393**	.365**	.374**	.350**	.442**	.364**	.366**	.484**	.432**	.501**	.436**	.570**
W2	.370**	.269**	.240**	.336**	.308**	.364**	.248**	.395**	.451**	.463**	.388**	.460**
W3	.353**	.316**	.208**	.274**	.324**	.357**	.296**	.405**	.477**	.396**	.404**	.359**
SYS	.534**	.423**	.366**	.521**	.483**	.519**	.424**	.528**	.601**	.586**	.533**	.534**
PATP	.482**	.351**	.310**	.468**	.493**	.470**	.367**	.483**	.506**	.573**	.555**	.459**
OPAT	.499**	.362**	.313**	.524**	.504**	.474**	.348**	.486**	.551**	.592**	.515**	.459**
OFOC	.459**	.352**	.339**	.429**	.418**	.380**	.308**	.469**	.453**	.504**	.450**	.416**
OFIN	.041	.079	.149	.126	.074	.018	.003	.128	.078	.131	.170	.213
OHUM	.436**	.353**	.238**	.401**	.428**	.393**	.290**	.364**	.352**	.359**	.289**	.353**
OSYS	.534**	.429**	.323**	.519**	.535**	.523**	.336**	.453**	.523**	.570**	.490**	.490**
OLEAD	.491**	.413**	.371**	.481**	.452**	.410**	.273**	.452**	.477**	.534**	.393**	.461**
OHEAL	.477**	.423**	.340**	.480**	.457**	.448**	.311**	.396**	.472**	.507**	.365**	.408**

ตารางที่ 4.4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ (ต่อ)

	W1	W2	W3	SYS	PATP	OPAT	OFOC	OFIN	OHUM	OSYS	OLEAD	OHEAL
W1	1											
W2	.541**	1										
W3	.382**	.434**	1									
SYS	.536**	.562**	.566**	1								
PATP	.495**	.522**	.532**	.799**	1							
OPAT	.467**	.434**	.453**	.710**	.790**	1						
OFOC	.463**	.443**	.380**	.667**	.719**	.802**	1					
OFIN	.251**	.147**	.021	.107**	.217**	.180**	.216**	1				
OHUM	.446**	.456**	.310**	.545**	.491**	.533**	.552**	.162**	1			
OSYS	.519**	.494**	.474**	.754**	.746**	.812**	.703**	.184**	.613**	1		
OLEAD	.464**	.553**	.421**	.661**	.679**	.734**	.713**	.274**	.569**	.767**	1	
OHEAL	.413**	.393**	.423**	.651**	.660**	.737**	.662**	.173**	.527**	.774**	.734**	1

*P<.05, **P<.01, N=381

1.3.2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่า .575 ถึง .599 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและทุกค่ามีนัยสำคัญระดับ .01 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบนัยสำคัญมีค่าไม่เกิน .85 ทำให้คาดได้ว่าจะไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุดข้อมูลนี้สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

1.3.3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่า .379 ถึง .560 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและทุกค่ามีนัยสำคัญระดับ .01 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบนัยสำคัญมีค่าไม่เกิน .85 ทำให้คาดได้ว่าจะไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุดข้อมูลนี้สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

1.3.4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่า .352 ถึง .473 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นความสัมพันธ์ของตัวแปร M2 กับ M3 ที่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ และทุกค่ามีนัยสำคัญระดับ .01 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบนัยสำคัญมีค่าไม่เกิน .85 ทำให้คาดได้ว่าจะไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุดข้อมูลนี้สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

1.3.5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่า .382 ถึง .541 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นความสัมพันธ์ของตัวแปร W1 กับ W3 ที่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ และทุกค่ามีนัยสำคัญระดับ .01 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบนัยสำคัญมีค่าไม่เกิน .85 ทำให้คาดได้ว่าจะไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุดข้อมูลนี้สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

1.3.6 การจัดการกระบวนการ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการจัดการกระบวนการ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่า .799 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและมีนัยสำคัญระดับ .01 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบนัยสำคัญมีค่าไม่เกิน .85 ทำให้คาดได้ว่าจะไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุดข้อมูลนี้สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

1.3.7 การพัฒนาคุณภาพ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการพัฒนาคุณภาพ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่า .162 ถึง .812 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นความสัมพันธ์ของตัวแปร OPAT กับ OFIN ความสัมพันธ์ของตัวแปร OSIS กับ OFIN ความสัมพันธ์ของตัวแปร OHEAL กับ OFIN และความสัมพันธ์ของตัวแปร OFIN กับ OHUM ที่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ และทุกค่ามีนัยสำคัญระดับ .01 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่พบนัยสำคัญมีค่าไม่เกิน .85 ทำให้คาดได้ว่าจะไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (Multicollinearity) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชุดข้อมูลนี้สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

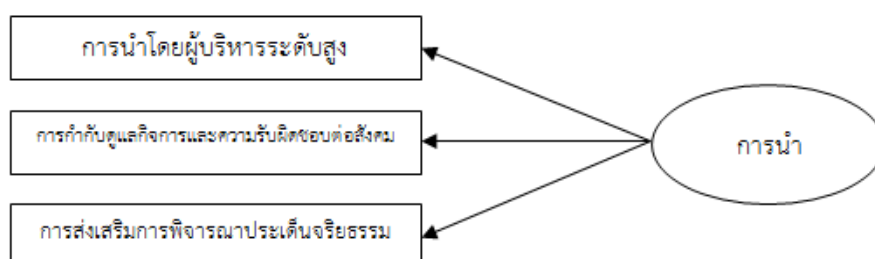
ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัด (Measurement Model) ก่อนการวิเคราะห์เชิงสาเหตุด้วยการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดซึ่งประกอบด้วย (1) การนำ (2) การบริหารเชิงกลยุทธ์ (3) การมุ่งเน้นผู้ป่วย (4) การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (6) การจัดการกระบวนการ (7) ผลการดำเนินงาน ด้วยโปรแกรม AMOS 20 โดยการพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานโดยพิจารณาว่าถ้าค่าดังกล่าวเกิน .30 ตัวแปรสังเกตได้สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรแฝงได้ดี รวมถึงการพิจารณาค่า R-SQUARE ว่าตัวแปรสังเกตได้นั้นสามารถอธิบายตัวแปรแฝงได้ร้อยละเท่าใด โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรแฝงต่างๆอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

2.1 ตัวแปรแฝง “การนำ”

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัด “การนำ” พบว่า โมเดลการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเงื่อนไขหรือระดับการยอมรับ โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมบูรณ์ GFI เท่ากับ 1.000 ดัชนี CFI เท่ากับ 1.000 และค่าไค-สแควร์เท่ากับ 0.000 ค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 0 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (P-value) เท่ากับ 1.00 แสดงให้เห็นว่าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ พบว่า ตัวแปรที่มี

น้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .789 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝงการนำ ร้อยละ 62.3 รองลงมาคือ การนำโดยผู้บริหารระดับสูง มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .715 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝงการนำ ร้อยละ 51.1 และ การส่งเสริมการพิจารณาประเด็นจริยธรรม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .570 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝงการนำ ร้อยละ 32.5 โดยสามารถนำเสนอได้ดังตารางที่ 24

รูปที่ 4.1 โมเดลการวัดของ “การนำ”



ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการนำ

ตัวแปรสังเกตได้	Factor Loading	SE	t	R ²
1. การนำโดยผู้บริหารระดับสูง	.715	--	--	.511
2. การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม	.789	.172	8.893*	.623
3. การส่งเสริมการพิจารณาประเด็นจริยธรรม	.570	.137	8.834*	.325

Chi-Square=0.000, df=0, GFI=1, CFI=1

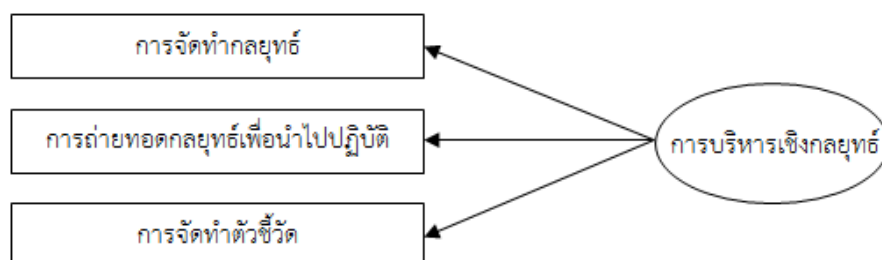
*P<0.001

2.2 ตัวแปรแฝง “การบริหารเชิงกลยุทธ์”

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัด “การบริหารเชิงกลยุทธ์” พบว่า โมเดลการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเงื่อนไขหรือระดับการยอมรับ โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมบูรณ์ GFI เท่ากับ 1.000 ดัชนี CFI เท่ากับ 1.000 และค่าไค-สแควร์เท่ากับ 0.000 ค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 0 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (P-value) เท่ากับ 1.00 แสดงให้เห็นว่าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้พบว่า ตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การจัดทำกลยุทธ์ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .783 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 61.3 รองลงมาคือ การจัดทำตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนัก

องค์ประกอบเท่ากับ .766 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 58.6 และ การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .751 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 56.5 โดยสามารถนำเสนอได้ดังตารางที่ 25

รูปที่ 4.2 โมเดลการวัดของ “การบริหารเชิงกลยุทธ์”



ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์

ตัวแปรสังเกตได้	Factor Loading	SE	t	R ²
1. การจัดทำกลยุทธ์	.783	.080	12.667*	.613
2. การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ	.751	.087	12.559*	.565
3. การจัดทำตัวชี้วัด	.766	--	--	.586

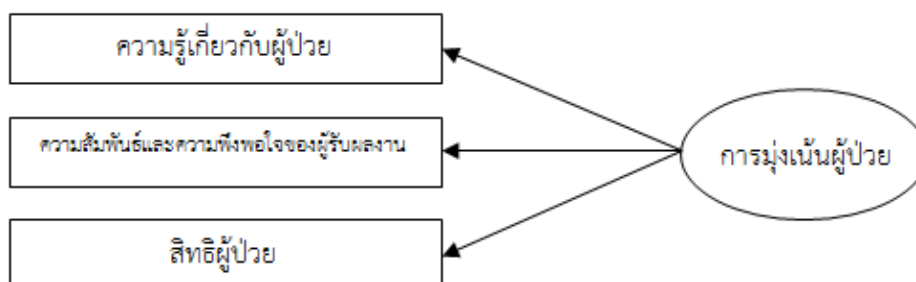
Chi-Square=0.000, df=0, GFI=1, CFI=1

*P<0.001

2.3 ตัวแปรแฝง “การมุ่งเน้นผู้ป่วย”

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัด “การมุ่งเน้นผู้ป่วย” พบว่า โมเดลการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเงื่อนไขหรือระดับการยอมรับ โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมบูรณ์ GFI เท่ากับ 1.000 ดัชนี CFI เท่ากับ 1.000 และค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 0.000 ค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 0 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (P-value) เท่ากับ 1.00 แสดงให้เห็นว่าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ พบว่าตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .868 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 75.3 รองลงมาคือ สิทธิผู้ป่วย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .645 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 41.6 และ ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .588 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 34.6 โดยสามารถนำเสนอได้ดังตารางที่ 26

รูปที่ 4.3 โมเดลการวัดของ “การมุ่งเน้นผู้ป่วย”



ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย

ตัวแปรสังเกตได้	Factor Loading	SE	t	R ²
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย	.588	--	--	.346
2. ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน	.868	.155	8.441*	.753
3. สิทธิผู้ป่วย	.645	.098	9.321*	.416

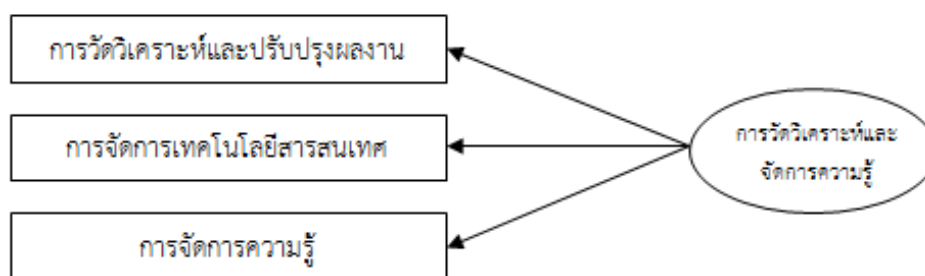
Chi-Square=0.000, df=0, GFI=1, CFI=1

*P<0.001

2.4 ตัวแปรแฝง “การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้”

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัด “การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้” พบว่า โมเดลการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเงื่อนไขหรือระดับการยอมรับ โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมบูรณ์ GFI เท่ากับ 1.000 ดัชนี CFI เท่ากับ 1.000 และค่าไค-สแควร์เท่ากับ 0.000 ค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 0 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (P-value) เท่ากับ 1.00 แสดงให้เห็นว่าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ พบว่า ตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงาน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .737 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 54.4 รองลงมาคือ การจัดการความรู้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .642 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 41.2 และ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .549 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 30.2 โดยสามารถนำเสนอได้ดังตารางที่ 27

รูปที่ 4.4 โมเดลการวัดของ “การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้”



ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้

ตัวแปรสังเกตได้	Factor Loading	SE	t	R ²
1. การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงาน	.737	.136	7.110*	.544
2. การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ	.549	.106	7.429*	.302
3. การจัดการความรู้	.642	--	--	.412

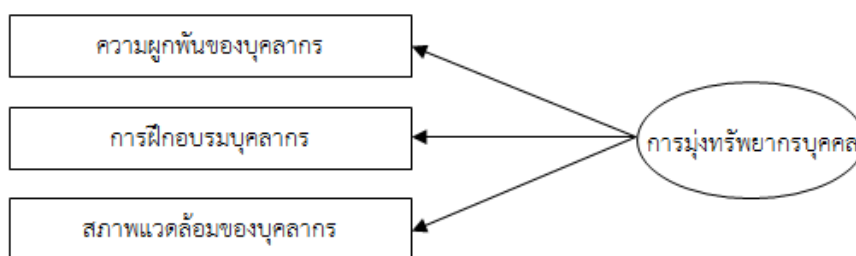
Chi-Square=0.000, df=0, GFI=1, CFI=1

*P<0.001

2.5 ตัวแปรแฝง “การมุ่งทรัพยากรบุคคล”

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัด “การมุ่งทรัพยากรบุคคล” พบว่า โมเดลการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเงื่อนไขหรือระดับการยอมรับ โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมบูรณ์ GFI เท่ากับ 1.000 ดัชนี CFI เท่ากับ 1.000 และค่าไค-สแควร์เท่ากับ 0.000 ค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 0 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (P-value) เท่ากับ 1.00 แสดงให้เห็นว่าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้พบว่า ตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การฝึกอบรมบุคลากร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .784 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ ความผูกพันของบุคลากร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .690 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 47.6 และ สภาพแวดล้อมของบุคลากร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .553 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 30.6 โดยสามารถนำเสนอได้ดังตารางที่ 28

รูปที่ 4.5 โมเดลการวัดของ “การมุ่งทรัพยากรบุคคล”



ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการมุ่งทรัพยากรบุคคล

ตัวแปรสังเกตได้	Factor Loading	SE	t	R ²
1. ความผูกพันของบุคลากร	.690	.139	8.326*	.476
2. การฝึกอบรมบุคลากร	.784	.169	7.903*	.615
3. สภาพแวดล้อมของบุคลากร	.553	--	--	.306

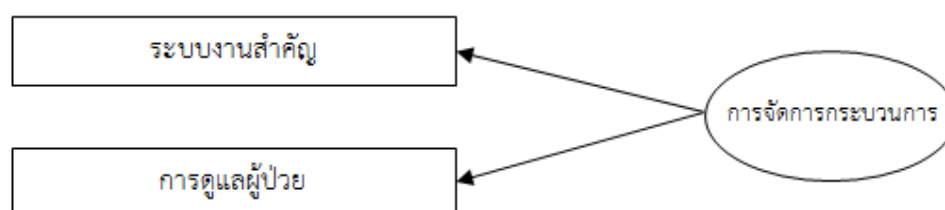
Chi-Square=0.000, df=0, GFI=1, CFI=1

*P<0.001

2.6 ตัวแปรแฝง “การจัดการกระบวนการ”

ผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัด “การจัดการกระบวนการ” พบว่า โมเดลการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเงื่อนไขหรือระดับการยอมรับ โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมบูรณ์ GFI เท่ากับ 1.000 ดัชนี CFI เท่ากับ 1.000 และค่าไค-สแควร์เท่ากับ 0.000 ค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 0 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (P-value) เท่ากับ 1.00 แสดงให้เห็นว่าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ พบว่า ตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การดูแลผู้ป่วย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.000 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การดูแลผู้ป่วยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .799 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 63.9 โดยสามารถนำเสนอได้ดังตารางที่ 29

รูปที่ 4.6 โมเดลการวัดของ “การจัดการกระบวนการ”



ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการจัดการกระบวนการ

ตัวแปรสังเกตได้	Factor Loading	SE	t	R ²
1. ระบบงานสำคัญ	.799	--	--	.639
2. การดูแลผู้ป่วย	1.000	.054	25.937*	1.000

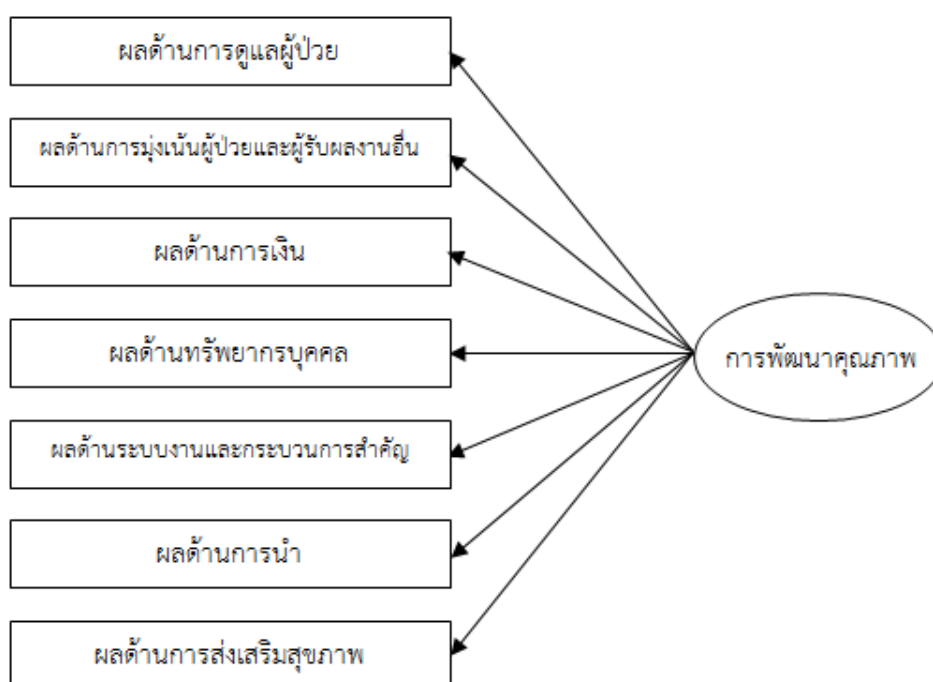
Chi-Square=0.000, df=0, GFI=1, CFI=1

*P<0.001

2.7 ตัวแปรแฝง “การพัฒนาคุณภาพ”

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัด “การพัฒนาคุณภาพ” พบว่าโมเดลการวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเงื่อนไขหรือระดับการยอมรับ โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมบูรณ์ GFI เท่ากับ .991 ดัชนี CFI เท่ากับ .998 และค่าไค-สแควร์เท่ากับ 12.059 ค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 9 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (P-value) เท่ากับ 1.00 แสดงให้เห็นว่าค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ พบว่าตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การดูแลผู้ป่วย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.000 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การดูแลผู้ป่วยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .799 มีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรแฝง ร้อยละ 63.9 โดยสามารถนำเสนอได้ดังตารางที่ 30

รูปที่ 4.7 โมเดลการวัดของ “การพัฒนาคุณภาพ”



ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดด้านการพัฒนาคุณภาพ

ตัวแปรสังเกตได้	Factor Loading	SE	t	R ²
1. ผลด้านการดูแลผู้ป่วย	.872	--	--	.760
2. ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น	.846	.047	23.692*	.716
3. ผลด้านการเงิน	.217	.092	4.200*	.047
4. ผลด้านทรัพยากรบุคคล	.657	.063	14.665*	.432
5. ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ	.920	.039	25.628*	.847
6. ผลด้านการนำ	.843	.049	21.831*	.711
7. ผลด้านการส่งเสริมสุขภาพ	.849	.048	21.944*	.720

Chi-Square=12.059, df=9, GFI=.991, CFI=.998

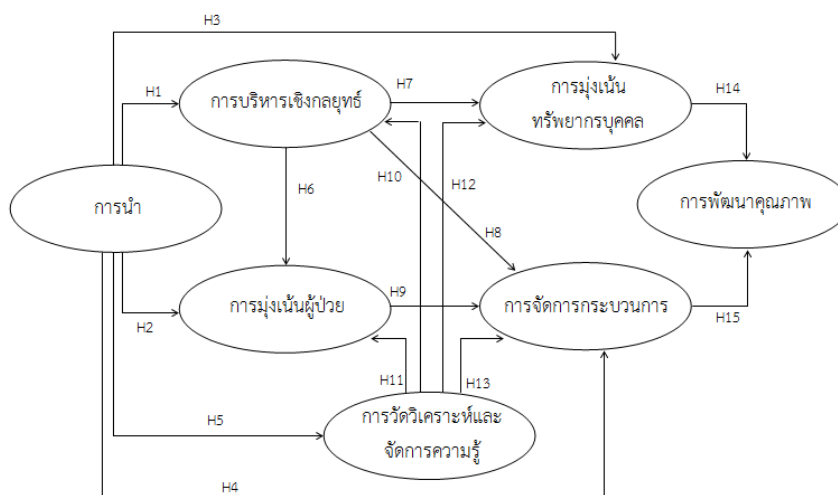
*P<0.001

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผลการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลวิจัย

การวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการตรวจสอบสมมติฐานของการวิจัยที่กล่าวว่า “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นรูปแบบความสัมพันธ์พหุตัวแปร” โดยโมเดลการวิจัยที่นำมาวิเคราะห์คือโมเดลที่ก่อสร้างขึ้นตามทฤษฎีของ Baldrige คำอธิบายของกูรูคุณภาพ (Quality Gurus) และข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐาน 15 สมมติฐาน ดังแสดงได้แผนภูมิต่อไปนี้

รูปที่ 4.8 โมเดลตามสมมติฐานที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพ



ก่อนการทดสอบสมมติฐานทั้ง 15 ข้อ ภายในโมเดลที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยจำเป็นต้องทำการทดสอบสมมติฐานของโมเดลก่อนว่าโมเดลมีเส้นทางที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีและงานวิจัยก่อนหน้ากับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ โดยผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานของโมเดลไว้ดังนี้ (สุภมาส อังศุโชติ, 2557)

สมมติฐานวิจัย: โมเดลเชิงทฤษฎีสอดคล้องกับโมเดลเชิงประจักษ์

สมมติฐานทางสถิติ:

$$H_0: \Sigma = \Sigma(\theta)$$

$$H_1: \Sigma \neq \Sigma(\theta)$$

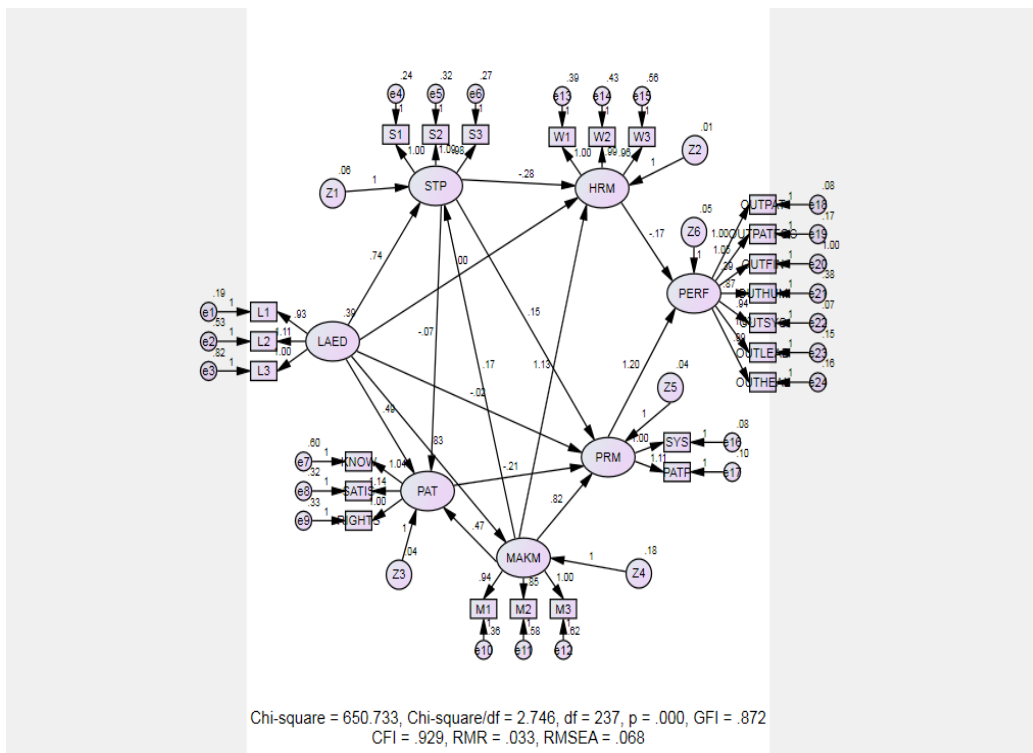
โดยที่ Σ แทน computed covariance matrix

$\Sigma(\theta)$ แทน sample covariance matrix

ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ระดับ .05

สถิติทดสอบคือ chi-square (χ^2)

รูปที่ 4.9 โมเดลตามสมมติฐานที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพที่ยังไม่ได้ปรับแก้



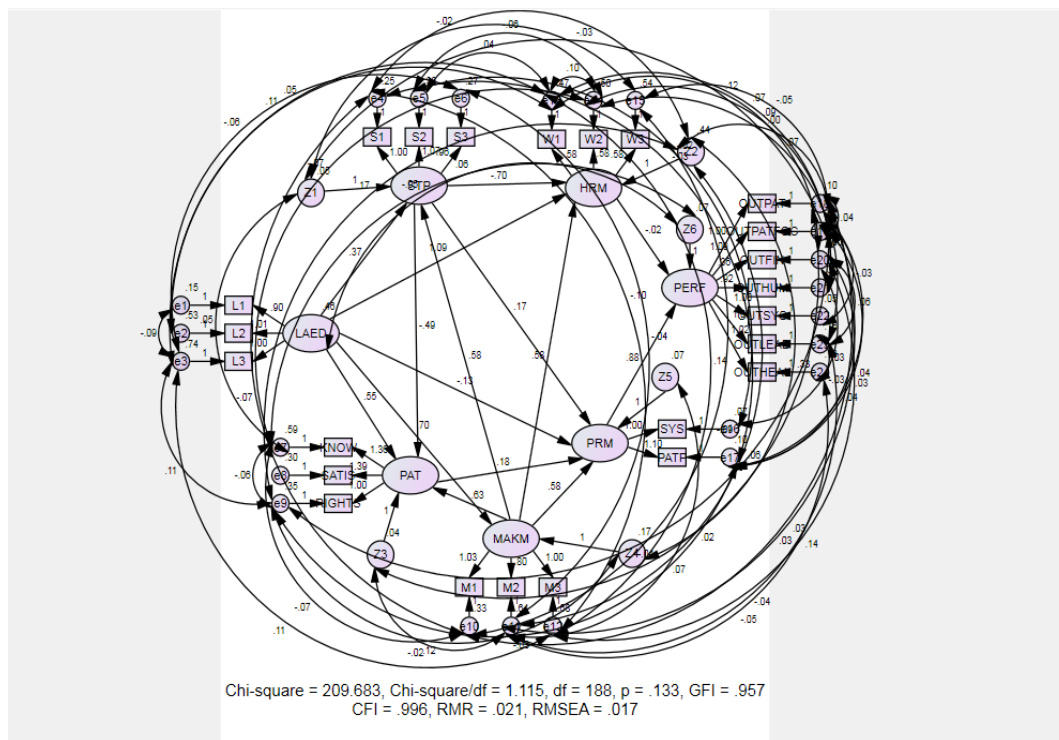
ผลการวิเคราะห์ตรวจสอบความกลมกลืนโมเดลทางทฤษฎีและข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์สัมพันธ์มีค่า 2.723 ค่า RMSEA มีค่า .067 ค่า GFI เท่ากับ .872 ค่า CFI เท่ากับ .929 ค่า AGFI เท่ากับ .839 เมื่อทำการพิจารณาดัชนีความกลมกลืนดังกล่าวกับเกณฑ์ที่กำหนดว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า โมเดลยังไม่มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เนื่องจากค่าไค-สแควร์สัมพันธ์ยังมีค่ามากกว่า 2 ค่า RMSEA ยังมีค่ามากกว่า .05 ค่า GFI AGFI CFI ยังมีค่าน้อยกว่า .95

ตารางที่ 30 ค่าสถิติความสอดคล้องของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในภาพรวม

ค่าดัชนี	เกณฑ์	ก่อนการปรับโมเดล		หลังการปรับโมเดล	
		ค่าสถิติ	ผลการพิจารณา	ค่าสถิติ	ผลการพิจารณา
χ^2 / df	<2	650.73/237=2.746	ไม่ผ่าน	209.68/188=1.115	ผ่าน
p-value of χ^2	>.05	.000	ไม่ผ่าน	.133	ผ่าน
CFI	>.90	.929	ผ่าน	.996	ผ่าน
GFI	>.90	.872	ไม่ผ่าน	.957	ผ่าน
AGFI	>.90	.839	ไม่ผ่าน	.931	ผ่าน
RMSEA	<.05	.067	ไม่ผ่าน	.017	ผ่าน

*เกณฑ์พิจารณาอ้างอิงจาก สุภมาส อังสุโชติ และคณะ (2557)

รูปที่ 4.10 โมเดลตามสมมติฐานที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพที่ปรับแก้แล้ว



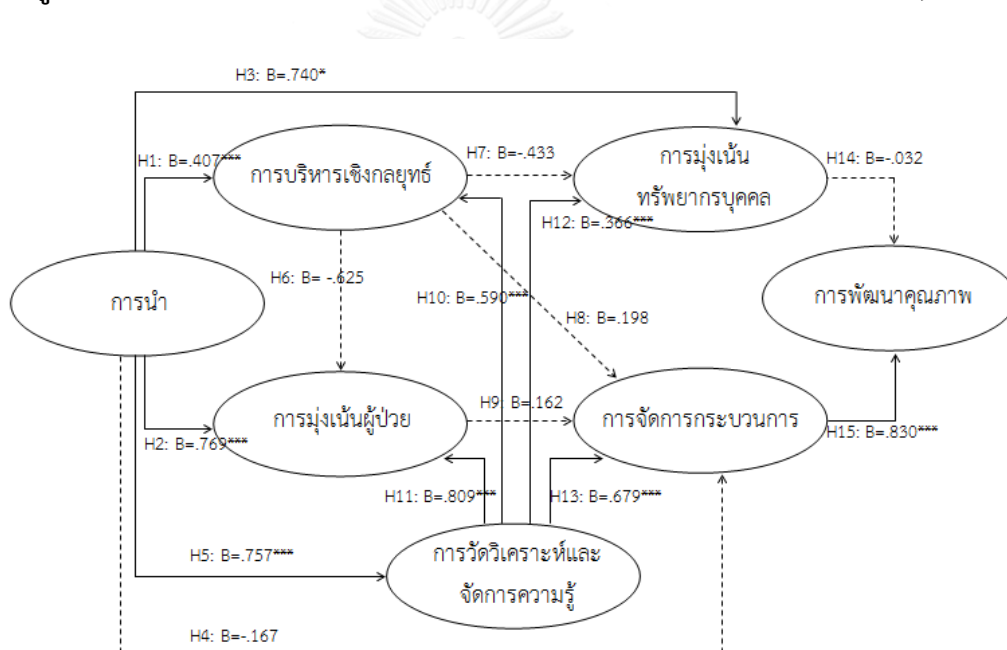
ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับโมเดลด้วยวิธีการเชื่อมเส้นลูกศรแบบสองหัวเชื่อมระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างคู่ที่มีค่า M.I. มากที่สุดเพราะการเพิ่มเส้นลูกศรจะทำให้ค่าพารามิเตอร์เพิ่ม และทำให้ค่า df ลดลงเมื่อค่า df ลดลงจะทำให้ค่าสถิติดีขึ้น (ยุทธ ไกยวรรณ, 2556) การดำเนินการดังกล่าวเป็นการยอมให้ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรได้มีความสัมพันธ์กัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้คงเส้นทางเชิงสาเหตุและผลของตัวแปรแฝงตามทฤษฎีของบัลดริจไว้เช่นเดิม รวมถึงการคงไว้ของโมเดลการวัด ภายหลังจากปรับโมเดลโดยการพิจารณาค่า Modification Index แล้ว การรายงานผลตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลและข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่า p มีค่า .133ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่าผลการวิเคราะห์ที่ได้ปฏิเสธ H_1 ยอมรับ H_0 หมายความว่า ตัวแบบในการวิจัยมีความกลมกลืนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และยังพบค่าดัชนีต่างๆ ประกอบด้วย ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์มีค่า 1.115 ค่า RMSEA มีค่า .017 ค่า GFI เท่ากับ .957 ค่า CFI เท่ากับ .996 ค่า AGFI เท่ากับ .931 เมื่อทำการพิจารณาดัชนีความกลมกลืนดังกล่าวกับเกณฑ์ที่กำหนดว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า (1) ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์มีค่า 1.115 ถือว่า สอดคล้องกลมกลืนดี (2) ค่า RMSEA มีค่า .017 ถือว่า สอดคล้องกลมกลืนดี (3) ค่า GFI เท่ากับ .957 ถือว่า

สอดคล้องกลมกลืนดี (4) ค่า CFI เท่ากับ .996 ถือว่า สอดคล้องกลมกลืนดี (5) ค่า AGFI เท่ากับ .931 ถือว่า สอดคล้องกลมกลืนพอใช้ได้ จากค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลและข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบสมการโครงสร้างที่ได้มีการปรับแล้วเป็นผลให้เกิดความสอดคล้องระหว่างโมเดลวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นการประมาณค่าขนาดอิทธิพลในรูปแบบสมการโครงสร้างดังกล่าวถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้

ผลการทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

หลังจากการทดสอบที่โมเดลการวิจัยเชิงทฤษฎีมีความสอดคล้องกับโมเดลเชิงประจักษ์แล้ว ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์โมเดลตามสมมติฐานหรือเส้นทางอิทธิพล ทำให้เกิดข้อค้นพบ ดังนี้

รูปที่ 4.11 แสดงผลการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้าง (Structural Model Analysis)



หมายเหตุ: เส้นทึบแสดงการมีอิทธิพลทางบวก มีนัยสำคัญทางสถิติและยอมรับสมมติฐานโดยที่ * $P < .05$ และ *** $P < .001$ ขณะที่เส้นประแสดงถึงการไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและปฏิเสธสมมติฐาน

จากผลที่ได้ตามรูปภาพที่ 4.11 และตารางที่ 4.13 แสดงให้เห็นผลการทดสอบค่าดัชนีต่างๆ ดังนี้ Chi-square = 209.68, Chi-square/df = 1.115 ($p = .133$), GFI = .957, CFI = .996, RMSEA = .017, AGFI = .931 แสดงว่า รูปแบบหรือโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และปรากฏค่า R^2 หรือค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ในสมการโครงสร้างของตัวแปรภายในแต่ละสมการโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ การบริหารเชิงกลยุทธ์ ($R^2 = .879$) การ

มุ่งเน้นผู้ป่วย ($R^2=.847$) การจัดการกระบวนการ ($R^2=.753$) การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ ($R^2=.573$) การมุ่งทรัพยากรบุคคล ($R^2=.562$) สำหรับค่า R^2 หรือค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ในสมการโครงสร้างของตัวแปรการพัฒนาคุณภาพมีค่าเท่ากับ .793 แสดงว่า ตัวแปรทุกตัวในโมเดลมีความสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรการพัฒนาคุณภาพได้ร้อยละ 79.3

เมื่อพิจารณาค่าผลรวมอิทธิพลตัวแปรในแบบจำลองหรือโมเดลที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพ(PERF) พบว่าตัวแปรที่มีผลรวมอิทธิพลต่อตัวแปรการพัฒนาคุณภาพมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นในโมเดล คือ ตัวแปรการจัดการกระบวนการ (PRM) โดยมีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ .830 และมีตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อม 4 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรการนำ ตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ ตัวแปรการมุ่งเน้นผู้ป่วย ตัวแปรการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ โดยมีอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .522, .994, .134, และ .717 ตามลำดับ โดยผลการศึกษาไม่ปรากฏอิทธิพลทางตรงของตัวแปรการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลต่อตัวแปรการพัฒนาคุณภาพแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรที่ผลักดันโดยตรงให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนคือตัวแปรการจัดการกระบวนการ

เมื่อพิจารณาตามหลักการเส้นทางการพัฒนาหรือการบริหารคุณภาพของบัลดริจตามหลักการที่ว่า “การนำจะขับเคลื่อนระบบและระบบจะสรรสร้างผลลัพธ์” ข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่า การนำมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานโดยค่าอิทธิพลเท่ากับ .522 โดยการขับเคลื่อนผ่านระบบนั้นคือการนำได้ส่งอิทธิพลทางตรงต่อการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้โดยค่าอิทธิพลเท่ากับ .757 ซึ่งการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ได้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการพัฒนาคุณภาพ (โดยค่าอิทธิพลทางอ้อมมีค่าเท่ากับ .717) ผ่านตัวแปรการจัดการกระบวนการ (PRM) ด้วยค่าอิทธิพล .679 ซึ่งตัวแปรการจัดการกระบวนการจะส่งอิทธิพลโดยตรงต่อการพัฒนาคุณภาพด้วยค่าอิทธิพลเท่ากับ .830

ตารางที่ 31 แสดงค่ามาตรฐานของการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม

ตัวแปรสาเหตุ	อิทธิพล	ตัวแปรผล					
		STP	PAT	MAKM	HRM	PRM	PERF
LEAD	DE	.407	.769	.757	.740	-.167	.000
	IE	.447	.078	.000	-.093	.821	.522
	TE	.854	.847	.757	.647	.653	.522
STP	DE	--	-.625	--	-.433	.198	--
	IE	--	.000	--	.000	-.101	.094
	TE	--	-.625	--	-.433	.097	.094
PAT	DE	--	--	--	--	.162	.000
	IE	--	--	--	--	.000	.134

ตัวแปร สาเหตุ	อิทธิพล	ตัวแปรผล					
		STP	PAT	MAKM	HRM	PRM	PERF
MAKM	TE	--	--	--	--	.162	.134
	DE	.590	.809	--	.366	.679	.000
	IE	.000	-.369	--	-.256	.188	.717
HRM	TE	.590	.440	--	.111	.867	.717
	DE	--	--	--	--	--	-.032
	IE	--	--	--	--	--	.000
PRM	TE	--	--	--	--	--	-.032
	DE	--	--	--	--	--	.830
	IE	--	--	--	--	--	.000
	TE	--	--	--	--	--	.830
ตัวแปร R ²	LEAD	STP	PAT	MAKM	HRM	PRM	PERF
	.464	.879	.847	.573	.562	.753	.793

Chi-square = 209.68, Chi-square/df = 1.115 (p=.133), GFI = .957, CFI = .996,
RMSEA = .017, AGFI = .931

หมายเหตุ: ประมวลผลด้วยโปรแกรม AMOS20

จากรายงานผลการวิเคราะห์ข้างต้น สรุปได้ว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นรูปแบบความสัมพันธ์หัตถ์แปรซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ โมเดลนี้สามารถอธิบายอิทธิพลทางตรงของตัวแปรสาเหตุกับตัวแปรผลเพื่อเป็นการทดสอบสมมติฐานภายในโมเดลที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ได้ตั้งตารางที่ 32 และสามารถนำเสนอแผนภาพผลการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้าง (Structural Model Analysis) ดังรูปที่ 4.11 ซึ่งผู้วิจัยจะได้อธิบายในประเด็นนี้ในหัวข้อถัดไป

ผลการทดสอบสมมติฐานเชิงสาเหตุภายในโมเดล

สมมติฐานที่ 1-15 ที่กำหนดขึ้นนี้จะเป็นการทดสอบอิทธิพลเชิงสาเหตุทั้ง 7 องค์ประกอบภายในตัวแบบโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ เส้นทางอิทธิพลของโมเดลวิจัยนี้ถูกกำหนดขึ้นดังแสดงในรูปที่ 4.8 ความสัมพันธ์ที่แสดงในรูปที่ 4.8 นี้เป็นภาพแทนของทฤษฎีทั่วไปของบัลดริจ (Baldrige General Theory) ที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้นำหลักการนี้มาประยุกต์ใช้โดยความสัมพันธ์อธิบายได้ดังนี้

(1) การนำมีสิทธิพลเชิงบวกต่อ 5 องค์ประกอบภายในตัวแบบประกอบด้วย การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ

(2) การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีสิทธิพลเชิงบวกต่อ 4 องค์ประกอบซึ่งประกอบด้วย การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ

(3) การบริหารเชิงกลยุทธ์มีสิทธิพลเชิงบวกต่อ 3 องค์ประกอบซึ่งประกอบด้วย การมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ

(4) การมุ่งเน้นผู้ป่วยมีสิทธิพลเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ

(5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการมีสิทธิพลเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ภายในโมเดลซึ่งสามารถอธิบายแยกตามแต่ละสมมติฐาน ซึ่งผู้วิจัยจะนำมากล่าวในที่นี้อีกครั้งโดยจำแนกได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 การนำมีสิทธิพลทางตรงเชิงบวกกับการบริหารเชิงกลยุทธ์

สมมติฐานที่ 2 การนำมีสิทธิพลทางตรงเชิงบวกกับการมุ่งเน้นผู้ป่วย

สมมติฐานที่ 3 การนำมีสิทธิพลทางตรงเชิงบวกกับการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

สมมติฐานที่ 4 การนำมีสิทธิพลทางตรงเชิงบวกกับการจัดการกระบวนการ

สมมติฐานที่ 5 การนำมีสิทธิพลทางตรงเชิงบวกกับการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้

สมมติฐานที่ 6 การบริหารเชิงกลยุทธ์มีสิทธิพลเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย

สมมติฐานที่ 7 การบริหารเชิงกลยุทธ์มีสิทธิพลเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

สมมติฐานที่ 8 การบริหารเชิงกลยุทธ์มีสิทธิพลเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ

สมมติฐานที่ 9 การมุ่งเน้นผู้ป่วยมีสิทธิพลเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ

สมมติฐานที่ 10 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีสิทธิพลเชิงบวกต่อการบริหารเชิงกลยุทธ์

สมมติฐานที่ 11 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีสิทธิพลเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย

สมมติฐานที่ 12 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

สมมติฐานที่ 13 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ

สมมติฐานที่ 14 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

สมมติฐานที่ 15 การจัดการกระบวนการมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ตารางที่ 32 แสดงอิทธิพลทางตรงของตัวแปรสาเหตุกับตัวแปรผลและผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐาน	เหตุ	→	ผล	ส.ป.ส. อิทธิพล	SE	ค่า t	ค่า p	ผลการทดสอบ
H1	LEAD	→	STP	.407	.07	4.85	.000***	✓
H2	LAED	→	PAT	.769	.13	4.16	.000***	✓
H3	LAED	→	HRM	.740	.43	2.51	.012*	✓
H4	LAED	→	PRM	-.167	.09	-1.35	.177	✗
H5	LEAD	→	MAKM	.757	.08	8.64	.000***	✓
H6	STP	→	PAT	-.625	.21	-2.26	.023*	✗
H7	STP	→	HRM	-.433	.46	-1.49	.134	✗
H8	STP	→	PRM	.198	.11	1.47	.141	✗
H9	PAT	→	PRM	.162	.11	1.56	.118	✗
H10	MAKM	→	STP	.590	.08	7.08	.000***	✓
H11	MAKM	→	PAT	.809	.15	4.16	.000***	✓
H12	MAKM	→	HRM	.366	.08	7.08	.000***	✓
H13	MAKM	→	PRM	.679	.08	7.08	.000***	✓
H14	HRM	→	PERF	-.032	.04	-.38	.704	✗
H15	PRM	→	PERF	.830	.09	8.94	.000***	✓

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, ✓ = เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้, ✗ = ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการทดสอบการสมมติฐานที่ 1-5 เป็นการทดสอบเพื่อแสดงให้เห็นว่าการนำอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งทรัพยากรบุคคล โดยการนำส่งผลต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วยมากที่สุดโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .769 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รองลงมาคือการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ.740 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการบริหารเชิงกลยุทธ์โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .407 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อย่างไรก็ตาม การนำไม่ส่งอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ ผลจากการทดสอบสมมติฐานแสดงให้เห็นว่า การนำเป็นตัวขับเคลื่อนระบบ

โดยรวมของโรงพยาบาล ยกเว้นการจัดการกระบวนการ (สมมติฐานที่ 4) เมื่อเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการนำที่มีต่อตัวแปรอื่นพบว่า ขนาดอิทธิพลของการนำต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วยคือ .769 ($p < .001$) โดยมีน้ำหนักเกือบสองเท่า (ประมาณ 1.88) ของขนาดอิทธิพลของการนำต่อการบริหารเชิงกลยุทธ์ซึ่งมีน้ำหนัก .407 ($p < .001$) ทั้งนี้ ข้อค้นพบนี้สามารถแปลความหมายได้ว่าการนำส่งอิทธิพลต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วยมากกว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์เกือบสองเท่า เช่นเดียวกับ ขนาดอิทธิพลของการนำต่อการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (.740) มีน้ำหนักเกือบสองเท่า (ประมาณ 1.81) เมื่อเทียบกับขนาดอิทธิพลของการนำต่อการบริหารเชิงกลยุทธ์ จึงแปลความหมายในทำนองเดียวกันได้ว่า การนำส่งอิทธิพลต่อการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลมากกว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์เกือบสองเท่า

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 6-8 เป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ในการมีอิทธิพลต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ โดยผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์ไม่ส่งอิทธิพลทางตรงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ต่อตัวแปรใดเลยซึ่งได้แก่ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ เช่นเดียวกับการทดสอบสมมติฐานที่ 9 ซึ่งเป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรการมุ่งเน้นผู้ป่วยต่อการจัดการกระบวนการ ผลการทดสอบพบว่า การมุ่งเน้นผู้ป่วยก็ไม่ส่งอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้การทดสอบสมมติฐานที่ 6-9 นี้ถือเป็นการทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุภายในระบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลซึ่งแสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบการบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 10-13 เป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ที่มีอิทธิพลต่อการบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ โดยผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ โดยการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ส่งผลต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วยมากที่สุดโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .809 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รองลงมาคือการจัดการกระบวนการโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .679 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ถัดมาคือ การบริหารเชิงกลยุทธ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .590 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .366 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลของการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย (.809, $p < .001$) กับขนาดอิทธิพลของการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ต่อการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (.366, $p < .001$) ซึ่งเทียบเป็นอัตราส่วนได้ 2.21:1 ทั้งนี้ ข้อ

ค้นพบนี้สามารถแปลความหมายได้ว่า การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ส่งอิทธิพลต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วยมากกว่าการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลมากกว่าสองเท่า

นอกจากนี้ การส่งอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญของตัวแปรการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ต่อการบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการถือเป็นการยืนยันหลักการสำคัญของบัลดริจที่ว่า “ระบบบริการสุขภาพที่ทรงประสิทธิภาพจะต้องถูกสถาปนาบนฐานของการวัด สารสนเทศ ข้อมูล และการวิเคราะห์ (measurement, information, data, and analysis)” (Susan M. Meyer, 1998) โดยการวิเคราะห์เป็นการสกัดเอาความหมายของข้อมูลของมาใช้ และยังเป็นตัวสนับสนุนในการตัดสินใจของโรงพยาบาล รวมถึงการสร้างตัวชี้วัดที่เหมาะสมแก่ของโรงพยาบาลของตน ระบบสารสนเทศนี้จะทรงประสิทธิภาพมากที่สุดก็ต่อเมื่อมันถูกใช้ทั้งภายในหน่วยงานและข้ามหน่วยงาน ซึ่งผลการทดสอบสมมติฐานที่ 10-13 ได้ยืนยันว่าการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้เป็นปัจจัยเชื่อมโยงต่อระบบการดำเนินงานที่สำคัญของโรงพยาบาล

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 14-15 เป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพซึ่งในงานวิจัยนี้กำหนดไว้สองตัวแปร ได้แก่ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลและการจัดการกระบวนการ โดยผลการทดสอบของสมมติฐานที่ 14 เป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโดยผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลไม่ส่งอิทธิพลทางตรงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .001 ต่อผลการดำเนินงาน ขณะที่ ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 15 เป็นการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรการจัดการกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโดยผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การจัดการกระบวนการมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .830 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยทั้งนี้ ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 14 และ 15 นี้ ทำให้เกิดข้อค้นพบว่าการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนเกิดขึ้นจากกระบวนการของการจัดการกระบวนการมากกว่ากระบวนการของการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากข้อค้นพบการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้นพบว่า ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรในการบริหารคุณภาพโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งไม่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อกันตามแบบจำลองของ Baldrige และข้อค้นพบก่อนหน้า ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบถึงอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อที่มำของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการสัมภาษณ์อภิปรายได้ดังนี้

1. การนำ

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ที่มำนำด้วยการตั้งคำถามของผู้วิจัยว่า “โรงพยาบาลของท่านมี ปัญหาและอุปสรรค และข้อเด่นที่ปรากฏในโรงพยาบาลของท่านเมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ (HA) มาปฏิบัติ” ซึ่งประเด็นปัญหาและอุปสรรค พบว่า ทีมนำของโรงพยาบาลเกือบ ทุกแห่งได้กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีร่วมกันในตัวแปรการนำของโรงพยาบาลคือ ปัญหาเรื่องการ สื่อสารสองทางระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยผู้แทนจากโรงพยาบาล A B D E F และG กล่าว อย่างสอดคล้องกันว่า การสื่อสารของผู้บริหารไม่ชัดเจนทำให้เจ้าหน้าที่เข้าใจคนละอย่าง โดยผู้แทนให้ สัมภาษณ์โรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้ยกตัวอย่างว่า การแจ้งข่าวสารผู้บริหารแจ้งผ่านประกาศบนกระดาน ซึ่งแต่ละคนอาจตีความต่างกัน ขณะที่อีกปัญหาที่ถูกหยิบยกขึ้นมาคือ การที่ผู้บริหารทำตัวเป็น “เจ้านาย” ไม่ใช่ “ผู้นำ” ทำให้การทำหน้าที่ของเจ้าหน้าที่เป็นการทำแบบได้รับคำสั่งมากกว่าการ ทำงานแบบให้ความร่วมมือ **ขณะที่ข้อเด่นพบว่า** ทีมนำของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เช่น รพ. A D E F ได้ให้ความเห็นว่า ข้อเด่นของ รพ. คือการที่ผู้นำเป็นแบบอย่างแก่ผู้ปฏิบัติงานและมีความมุ่งมั่นในการ นำองค์กร โดย รพ. F และ G ให้ความเห็นว่า ผู้บริหารเข้าใจในเรื่องการบริหารและการปฏิบัติงาน รวมถึงการมีความรู้และประสบการณ์ HA เป็นอย่างดี

2. การบริหารเชิงกลยุทธ์

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ที่มำนำด้วยการตั้งคำถามของผู้วิจัยว่า “โรงพยาบาลของท่านมี ปัญหาและอุปสรรค และข้อเด่นที่ปรากฏในโรงพยาบาลของท่านเมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ (HA) มาปฏิบัติ” ซึ่งประเด็นปัญหาและอุปสรรค พบว่า ทีมนำของโรงพยาบาลเกือบ ทุกแห่งได้กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีร่วมกันในตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ของโรงพยาบาลคือ การขาดความเข้าใจในการบริหารเชิงกลยุทธ์ เช่น ผู้แทนจาก รพ. B F และG กล่าวสอดคล้องกันว่า การกำหนดกลยุทธ์ของโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง บางครั้งมีความเป็นนามธรรมสูง และ ขาดความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ยังขาดการติดตามผลที่ไม่ต่อเนื่อง **ขณะที่ข้อเด่นพบว่า** ทีมนำของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้ให้ความเห็นในทำนองเดียวกันว่า ข้อเด่นของ รพ.ในการบริหารเชิงกลยุทธ์ คือมีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญและมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติของโรค สำคัญๆที่เป็นปัญหาของชุมชน

3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ที่มำนำด้วยการตั้งคำถามของผู้วิจัยว่า “โรงพยาบาลของท่านมี ปัญหาและอุปสรรค และข้อเด่นที่ปรากฏในโรงพยาบาลของท่านเมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลและ

บริการสุขภาพ (HA) มาปฏิบัติ” ซึ่งประเด็นปัญหาและอุปสรรค พบว่า ทีมนำของโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งได้กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีร่วมกันในตัวแปรการมุ่งเน้นผู้ป่วยของโรงพยาบาลคือ การที่โรงพยาบาลไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เช่น ผู้แทนจาก รพ. E ให้ความเห็นว่า รพ.ไม่สามารถแก้ปัญหาตามที่ร้องเรียนในบางเรื่องได้ซึ่งก็เป็นปัญหาเดิมๆ ในขณะที่ รพ. B ให้ความเห็นว่า รพ.ไม่ได้นำผลการประเมินความพึงพอใจและข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติมาแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม เช่นเดียวกับ รพ. G และ F ที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการได้ร้อยละเจ็ดเนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความลำบากใจกับข้อร้องเรียนต่างๆ **ขณะที่ข้อเด่นพบว่า** ทีมนำของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกแห่งได้พยายามที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ โดยการจัดตั้งผู้รับความคิดเห็น การวิเคราะห์ความต้องการจากแบบสอบถาม การรับข้อเสนอแนะร้องเรียนผ่านสื่อออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก เป็นต้น

4. การวิเคราะห์และจัดการความรู้

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ทีมนำด้วยการตั้งคำถามของผู้วิจัยว่า “โรงพยาบาลของท่านมีปัญหาและอุปสรรค และข้อเด่นที่ปรากฏในโรงพยาบาลของท่านเมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) มาปฏิบัติ” ซึ่งประเด็นปัญหาและอุปสรรค พบว่า ทีมนำของโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความเห็นในประเด็นนี้ที่หลากหลายเช่น รพ. D และ E กล่าวถึงอุปสรรคในทำนองเดียวกันว่า รพ.ยังขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง และการนำเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ ขณะที่ รพ. B F และ G กล่าวว่า ปัญหาสำคัญคือการที่เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจในบทบาทของเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล รวมถึงปัญหาที่ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ในตัวบุคคลออกมาเป็นรูปธรรม **ขณะที่ข้อเด่นพบว่า** ทีมนำของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ให้ความเห็นในทำนองเดียวกันว่า โรงพยาบาลของตนได้จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงาน การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการอัปเดตความรู้ในแต่ละวิชาชีพ โดยเฉพาะ รพ. C ที่ให้สัมภาษณ์มีการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

5. การมุ่งทรัพยากรบุคคล

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ทีมนำด้วยการตั้งคำถามของผู้วิจัยว่า “โรงพยาบาลของท่านมีปัญหาและอุปสรรค และข้อเด่นที่ปรากฏในโรงพยาบาลของท่านเมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) มาปฏิบัติ” ซึ่งประเด็นปัญหาและอุปสรรค พบว่า ทีมนำของโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งได้กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีร่วมกันในตัวแปรการมุ่งทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลซึ่งแบ่งได้ 2 กรณีใหญ่คือ กรณีที่ 1 รพ. A B C D E F และ G ให้ความเห็นถึงปัญหาในเรื่องนี้อย่างสอดคล้องว่า รพ.กำลังขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่จะปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่ที่ลาออกหรือเกษียณอายุทำให้เกิดภาระงานที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่พยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ของวิชาชีพอื่นด้วย เช่น การตรวจแทนแพทย์ การจ่ายยาแทนเภสัชกร การรับจ่ายเงินแทนนักบัญชี ทำให้มีภาระงานมาก แต่

ค่าตอบแทนกลับมีการเปลี่ยนแปลงน้อย และกรณีที่ 2 รพ. D E และ F ให้ความเห็นว่า เจ้าหน้าที่ขาดความผูกพันกับองค์กร แม้ว่าจะมีการวิเคราะห์และกำหนดปัจจัยความผูกพันของแต่ละฝ่าย แต่ก็ไม่ได้ครอบคลุมความต้องการของเจ้าหน้าที่ **ขณะที่ข้อเด่นพบว่า** ทีมนำของแต่ละโรงพยาบาลได้แก่ รพ. A B C D E F G ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่าจุดเด่นคือ การอบรมเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

6. การจัดการกระบวนการ

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ทีมนำด้วยการตั้งคำถามของผู้วิจัยว่า “โรงพยาบาลของท่านมี ปัญหาและอุปสรรค และข้อเด่นที่ปรากฏในโรงพยาบาลของท่านเมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) มาปฏิบัติ” ซึ่ง **ประเด็นปัญหาและอุปสรรค พบว่า** ทีมนำของโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งได้กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีร่วมกันในตัวแปรการจัดการกระบวนการของโรงพยาบาลคือ การนำวงล้อคุณภาพ หรือวงล้อ PDCA มาใช้อย่างไม่ต่อเนื่อง โดยผู้แทนจากโรงพยาบาล B D E และ G กล่าวในทำนองกันว่า การใช้วงล้อ PDCA ไม่ได้ใช้ในทุกหน่วยงาน และการใช้วงล้อที่ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง เช่น การทราบถึงปัญหาจุดอ่อน จุดแข็งแต่ก็ยังไม่ได้นำข้อมูลมาพิจารณาปรับปรุง เป็นต้น และปัญหาอีกประการหนึ่งคือการทำงานที่แยกส่วนยังไม่เป็นระบบทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละฝ่ายมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด **ขณะที่ข้อเด่นพบว่า** ทีมนำของโรงพยาบาล C E G ได้ให้ความเห็นในทำนองเดียวกันว่า จุดเด่นของโรงพยาบาลคือ การมีทีมงานคร่อมสายงานที่เข้มแข็งในการตอบสนองยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล อาทิ ทีม HR ดูแลทรัพยากรบุคคล ทีม IC ดูแลการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทีม RM ดูแลความเสี่ยงความปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับและผู้ให้บริการ ทีม ENV ดูแลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ทีม PCT ดูแลเรื่องการดูแลผู้ป่วย ทีม PTC ดูแลเรื่องระบบยา ทีม IM ดูแลเรื่องระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล

7. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ทีมนำด้วยการตั้งคำถามของผู้วิจัยว่า “โรงพยาบาลของท่านมี ปัญหาและอุปสรรค และข้อเด่นที่ปรากฏในโรงพยาบาลของท่านเมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) มาปฏิบัติ” ซึ่ง **ประเด็นปัญหาและอุปสรรค พบว่า** การให้ความเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นของการพัฒนาคุณภาพซึ่งสะท้อนได้จากผลการดำเนินงาน ทีมนำแต่ละโรงพยาบาลได้ให้ความเห็นที่หลากหลายโดยส่วนใหญ่ได้ให้ความเห็นว่า หากโรงพยาบาลยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ก็จะพยายามหาโอกาสพัฒนาอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังมีความเห็นเพิ่มเติมว่า แรงกระตุ้นจากองค์กรภายนอกจะเป็นแรงสำคัญให้โรงพยาบาลได้กระตุ้นตัวเองแต่ยังไม่มีตัวแบบที่ดีในการเปรียบเทียบเพื่อ

เป็นแรงบันดาลใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล **ขณะที่ข้อเด่นพบว่า** วัฒนธรรมคุณภาพเริ่มปรากฏขึ้นในโรงพยาบาลของแต่ละแห่งเมื่อนำเอามาตรฐาน HA มาใช้ในโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาถึงบทสนทนาการสัมภาษณ์ระหว่างผู้วิจัยและทีมนำ ประเด็นสำคัญที่ถูกกล่าวถึงทั้งปัญหาและอุปสรรค และข้อเด่นของการบริหารตามมาตรฐาน HA สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 33 แสดงสังเขปของปัญหาและอุปสรรคและข้อเด่นของการบริหารตาม มาตรฐาน HA จากการสัมภาษณ์

องค์ประกอบ	ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเด่น
1. การนำ	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน - ผู้บริหารชอบทำตัวเป็นเจ้านายมากกว่าผู้นำ - ไม่ได้บริหารตามวิสัยทัศน์ - การไม่กล้าตัดสินใจของทีมนำ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำมุ่งมั่นตั้งใจในการพัฒนาคุณภาพ - ผู้บริหารมีความรู้ HA
2. การบริหารเชิงกลยุทธ์	<ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดกลยุทธ์ของโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง - การกำหนดกลยุทธ์ลอกมาจากโรงพยาบาลอื่น - ขาดการวิเคราะห์ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดแนวทางปฏิบัติของโรคสำคัญที่เป็นปัญหาของชุมชน - ตัวชี้วัดครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ป่วย
3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ - โรงพยาบาลไม่ได้นำผลการประเมินความพึงพอใจและข้อร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติมาแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - การมีช่องทางที่หลากหลายในการรับความคิดเห็น ข้อร้องเรียน คำติชม เช่น ตู้รับความคิดเห็น หรือสื่อออนไลน์
4. การวิเคราะห์และจัดการความรู้	<ul style="list-style-type: none"> - การนำเทคโนโลยีสารสนเทศยังไม่ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ - รพ. ยังขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงาน การดูแลผู้ป่วย - การอัปเดตความรู้ในแต่ละวิชาชีพ - การจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	<ul style="list-style-type: none"> - การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่จะปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่ - พยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ของวิชาชีพอื่น เช่น แทนแพทย์ เภสัชกร - การที่ผู้บริหารคิดว่าการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเป็นความสิ้นเปลือง - การใช้ระบบอุปถัมภ์ (Spoil system) มากกว่าระบบคุณธรรม (Merit system) เช่น การเอาญาติเข้ามาทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้สีกว่าอยู่เป็นครอบครัวเดียวกัน
6. การจัดการกระบวนการ	<ul style="list-style-type: none"> - การนำวงล้อคุณภาพ หรือวงล้อ PDCA มาใช้อย่างไม่ต่อเนื่อง - การใช้วงล้อ PDCA ไม่ได้ใช้ในทุกหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การมีทีมงานคร่อมสายงานที่เข้มแข็งในการตอบสนองยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
7. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีตัวแบบที่ดีในการเปรียบเทียบเพื่อเป็นแรงบันดาลใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล - โรงพยาบาลยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ 	<ul style="list-style-type: none"> - วัฒนธรรมคุณภาพเริ่มปรากฏขึ้นในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสรุปทศสัมภาษณ์กับที่มำนำในประเด็นปัญหาและอุปสรรคของของการบริหารตามมาตรฐาน HA ซึ่งสรุปไว้ในตารางที่ 35 และประเด็นข้อเด่นของของการบริหารตามมาตรฐาน HA ไว้ในตารางที่ 36 ดังนี้



ตารางที่ 4.16 แสดงผลการสัมภาษณ์ผู้นำของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค

ลำดับ	ปัญหาและอุปสรรค	ผู้แทนการให้สัมภาษณ์						
		รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รพ. E	รพ. F	รพ. G
1	LEAD	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้ามาของผู้บริหารไม่ชัดเจน และน้อยเกินไป - การประชุมที่ไม่น่าเชื่อถือและมีน้อย - การไม่กล้าตัดสินใจของทีมนำ 	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารมีเป็นทิศทางเดียวทำให้เข้าใจคนละอย่าง และไม่ถึงผู้ปฏิบัติงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารเป็นวงล้อ - การสื่อสารทางตรงจากผู้บริหารลงมา - ภาระงานของผู้บริหารมีมาก 	<ul style="list-style-type: none"> - ภาระงานมาก - การสื่อสารระหว่างผู้นำกับผู้ปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง - เชื่อมโยง 	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารขาดคุณภาพทำให้เกิดปัญหา เช่น รับทราบจากรายงานทำไม่ได้ - เข้าใจประเด็นที่ชัดเจน - การหย่อนยานประเด็นจริยธรรมยังขาดความต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีปัญหาการสื่อสารสองทางระหว่างผู้นำกับผู้ปฏิบัติ - ผู้บริหารทำหน้าที่เป็น "boss" ไม่ใช่ "leader" การทำงานจึงเป็นการสั่งไม่ใช่การให้ความร่วมมือ - ให้ความสำคัญกับความรู้มากกว่าคุณภาพของบุคลากร 	<ul style="list-style-type: none"> - วิสัยทัศน์ชัดเจน แต่การบริหาร การดำเนินงานไม่ชัดเจนเหมือนลงเรือคนละลำ ไปคนละทาง มุ่งแต่ความสำเร็จของแต่ละคน - นโยบายความปลอดภัยไม่ชัดเจน - ผู้นำมีความรู้น้อย คนทำให้ต้องทำงานหนัก
2	STP	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดการติดตามผลตัวชี้วัด - ขาดผู้มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ - ความไม่มั่นใจในการถ่ายทอดของทีมนำ - แม้กลยุทธ์ที่วางไว้ไม่บรรลุผลก็ไม่มีจริง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำที่ส่วนใหญ่ไม่มีความรับผิดชอบตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย - เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่มีความเป็นจิตอาสา - แม้ รพ. จะมีการวิเคราะห์ปัญหา แต่ไม่ได้มีการแก้ไขอย่างจริงจัง 	<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้ในการวางกลยุทธ์มีน้อยไม่เป็นระบบ - กลยุทธ์บางอย่างไม่ได้คิดเองไปหยิบยืมมาจากโรงพยาบาลอื่น 	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดความเข้าใจในเรื่องกลยุทธ์ รวมถึงการถ่ายทอดกลยุทธ์ - การทำงานยังไม่เป็นไปตามที่วางกลยุทธ์ไว้ - ขาดการประสานงานที่ผู้นำผู้ปฏิบัติงาน ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชน 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรขาดความตระหนักในหน้าที่ของตนเอง - แม้จะมีการทำแผนกลยุทธ์โดยกรมส่วนร่วมจากทุกหน่วยงาน แต่หน่วยงานย่อยยังขาดความเข้าใจในการนำแผนของ 	<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามผลงานยังไม่ได้รับการตอบสนองที่จากผู้ปฏิบัติ - แนวทางการปฏิบัติของโรคใดโรคหนึ่ง (CPG) มีการตรวจและประเมินโดยองค์การแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่มีการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตัวชี้วัดมากเกินไป ขาดความร่วมมือที่ชัดเจน - แผนของหน่วยงานย่อยไม่สอดคล้องกับกลยุทธ์ของ รพ. - กลยุทธ์ที่ดูในเชิงนามธรรมทำให้บางทีไม่สามารถทำได้จริง หรือไม่มีผู้ร่วมทำ

ปัญหาและ อุปสรรค	ผู้แทนการให้สัมภาษณ์						
	รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รพ. E	รพ. F	รพ. G
การปรับเปลี่ยน	การปรับเปลี่ยน	- การตั้งตัวชีวิตที่ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถ ดำเนินการให้บรรลุได้ ทำให้ขาดกำลังใจการ ทำงาน - บุคลากรขาดความ เข้าใจเรื่องการบริหาร เชิงกลยุทธ์	- พบการละเมิดสิทธิ ผู้ป่วยไม่รู้ตัว -การจัดการข้อ ร้องเรียนที่ล่าช้า เช่น การร้องเรียนเรื่อง อาคารสถานที่คับ แคบ จึงได้รีบพึงไว้ ก่อนเพราะต้องเข้าที่ ประชุมผู้บริหาร - ร้องเรียนเกี่ยวกับ พฤติกรรมเจ้าหน้าที่ พบได้บ่อยโดยเฉพาะ เรื่องการใช้วาจาของ เจ้าหน้าที่	- การวิเคราะห์ปัญหา ยังขาดการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการ ส่งเสริมสุขภาพ	โรงพยาบาลไปจัดทำ แผนของหน่วยงาน - กลยุทธ์ที่กำหนด ไม่สามารถปฏิบัติได้ จริง - ข้อมูลที่นำมา วิเคราะห์อาจมาจาก ความคิดเห็นของ เจ้าหน้าที่ซึ่งอาจ ไม่ใช่ปัญหาที่แท้จริง ของชุมชน	ประชุมชี้แจง ข่าวสารการใช้ CPG ให้หน่วยอื่นทราบ และร่วมตรวจ CPG นั้น - การถ่ายทอดกล ยุทธ์สู่การปฏิบัติทำ ได้ยาก	- การวางแผน ยุทธศาสตร์ยังไม่ ครบถ้วน
3 PAT	- การนำเรื่องการ รักษาคนไข้มา พูดคุยเพื่อ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์และ ความรู้จนบางครั้ง อาจเป็นการละเมิด สิทธิผู้ป่วยอย่าง ไม่รู้ตัว - ระยะเวลาการ ตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วย อาจไม่ทันใจ	- มีการละเมิดสิทธิ ผู้ป่วยไม่รู้ตัวอาจ เกิดจากการไม่เข้าใจ สิทธิผู้ป่วยอย่าง แท้จริง เช่น นำเรื่อง ของผู้ป่วยและญาติมา คุยในวงสนทนา - การไม่ให้ข้อมูล สุขภาพที่ถูกต้อง ชัดเจน รวมถึงยังมี เปิดเผยร่างกายส่วนที่ ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ให้คนอื่นได้เห็นซึ่งพบ เป็นประจำ	- ไม่มีการสัมภาษณ์ใน ประเด็นนี้ - การละเมิดสิทธิ ผู้ป่วยไม่รู้ตัว -การร้องเรียนเรื่อง การร้องเรียนเรื่อง อาคารสถานที่คับ แคบ จึงได้รีบพึงไว้ ก่อนเพราะต้องเข้าที่ ประชุมผู้บริหาร - ร้องเรียนเกี่ยวกับ พฤติกรรมเจ้าหน้าที่ พบได้บ่อยโดยเฉพาะ เรื่องการใช้วาจาของ เจ้าหน้าที่	- ขาดการติดตาม ผู้ป่วยและญาติที่ ครอบครัวและผู้ป่วย ต่อเนื่องสม่ำเสมอ - การดูแลผู้ป่วยไม่ ครอบคลุมองค์รวม กาย จิต สังคม และ สิ่งแวดล้อม การ ติดตามเยี่ยมบ้านทำ ไม่สม่ำเสมอ เน้นเชิง รณรงค์กว่าเชิงรุกไม่ การให้ข้อมูลและ บริการเพื่อป้องกัน โรค	- ขาดการติดตาม ผู้ป่วยและผู้ป่วย ไม่ได้มีสหวิชาชีพ พบพบร่วมกัน - การเน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง บางครั้งไม่ สอดคล้องกับความต้องการ เป็นจริงทำให้ ผู้ป่วยเกิดความ ความลำบากใจกับ ข้อร้องเรียนต่างๆ ที่งานหนัก	- ขาดความเข้าใจคำ นิยามการดูแลผู้ป่วย ในเชิงคุณภาพ - ไม่ตอบสนองความ ต้องการของ ผู้รับบริการ 100% เช่น การส่งต่อได้ ทันเวลา - ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่ ทำงานหนัก	

ปัญหาและอุปสรรค	รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รพ. E	รพ. F	รพ. G
ลำดับ	ผู้แทนการให้สัมภาษณ์						
เกี่ยวกับ HR	ไม่มี	เกี่ยวกับลักษณะงาน	งานของวิชาชีพอื่น	ความสำคัญแก่	แผนกยังทำงานไม่	ทดแทน	ที่เป็นประโยชน์ต่อ
ความชัดเจน	เกี่ยวกับ HR	ประสิทธิภาพของบุคลากร	ด้วย เช่น การตรวจ	บุคลากรน้อยเกินไป	เต็มที่และเต็ม	- ขาดการอบรม	วิชาชีพก็ไม่ได้ไป
- เจ้าหน้าที่ที่ไม่เป็น	ประสิทธิภาพของบุคลากร	งานของแพทย์	แพทย์	- ขาดความผูกพัน	ความสามารทที่วาง	เฉพาะทางทำให้ขาด	อบรม
เป็นวิชาชีพ รพ.	และการคัดสรร	- สุขภาพของพยาบาล	ที่เสื่อมลงตามวัยแต่ยัง	ระหว่างองค์การกับ	ไว้ บางหน่วยงานมี	แรงจูงใจที่จะสร้าง	- ปัจจัยความผูกพัน
มักจะลืมพวกเขา	บุคลากรทางเลือก	ต้องมาปฏิบัติหน้าที่	ผู้ปฏิบัติงาน	- การจัดสรรจำนวน	จำนวนคนมาก	ผลงานที่ดี	ของ รพ. กำหนดไม่
เช่น เจ้าหน้าที่	อื่นที่ไม่มีเกณฑ์ที่	ชัดเจนทำให้ได้	- การจัดสรรจำนวน	เกินไป เช่น ห้องทัน	เกินไป รู้ที่ได้จาก	- ความรู้ที่ได้จาก	ชัดเจน
การเงิน เป็นต้น	ชัดเจนทำให้ได้	บุคลากรที่ไม่ดีพอ	บุคลากรยังดีดีเรื่อง	ตรกรรมแต่ปริมาณ	การอบรมไม่ได้	- ไม่มีแผนเพิ่ม	- ไม่มีแผนเพิ่ม
- การทำงานที่	บุคลากรที่ไม่ดีพอ	- ขาดการส่งเสริม	นโยบายและหลักการ	งานน้อย	นำมาใช้อย่างมี	ศักยภาพทรัพยากร	ศักยภาพทรัพยากร
เหลือแล้ว	- ขาดการส่งเสริม	สุขภาพเจ้าหน้าที่อย่าง	ทำให้จำนวนเจ้าหน้าที่	- แม้จะมีการ	ประสิทธิภาพเพราะ	บุคคลที่เห็นเป็น	บุคคลที่เห็นเป็น
โดยเฉพาะแพทย์กับ	สุขภาพเจ้าหน้าที่อย่าง	เป็นรูปธรรม	ไม่เพียงพอ	วิเคราะห์และ	ขาดการทำงานเป็น	รูปธรรม	รูปธรรม
พยาบาลซึ่งแพทย์มี	เป็นรูปธรรม	- บุคลากรบางหน่วย	- การฝึกอบรมน้อย	กำหนดปัจจัยความ	ทีม	- สวัสดิการและความ	- สวัสดิการและความ
ค่าตอบแทนที่สูง	บุคลากรบางหน่วย	ทำงานหนัก เนื่องจาก	การบริการ	ผูกพันแต่ละแผนก	- ไม่มีนโยบาย	ผูกพันไม่เป็น	ผูกพันไม่เป็น
มาก แต่กับ	ทำงานหนัก เนื่องจาก	ไม่มีอัตราค่าจ้าง	ค่าตอบแทนล่าช้า	แต่แผนการไม่	เสริมสร้างสุขภาพ	รูปธรรมที่ชัดเจน	รูปธรรมที่ชัดเจน
รับผิดชอบภาระ	ไม่มีอัตราค่าจ้าง	ทดแทนอัตราค่าจ้างที่		ครอบคลุมบุคลากร	ของบุคลากร		
งานน้อย ในบางครั้ง	ทดแทนอัตราค่าจ้างที่	เสียไป		ที่ต้องการ	- ความพึงพอใจและ		
พยาบาลต้องปฏิบัติ	เสียไป	- ไม่พัฒนาคนให้ตรง		- ความผูกพันของ	ความผูกพันมีน้อย		
หน้าที่ทั้งแพทย์	- ไม่พัฒนาคนให้ตรง	กับงานที่รับผิดชอบ		ระหว่างหน่วยงาน	และการพัฒนา		
เภสัชกร การเงิน	กับงานที่รับผิดชอบ	- แพทย์รายได้สูงแต่		บริการ	ความรู้ยังต่ำกว่า		
- เมื่อพยาบาล	- แพทย์รายได้สูงแต่	ทำงานน้อย		- การแก้ปัญหาใน	เกณฑ์		
ถูกจ้างได้บรรจุก็	ทำงานน้อย			เรื่องทรัพยากร			
ต้องย้าย รพ. ทำให้				บุคคลยังแก้แบบ			
ขาดอัตราค่าจ้างจึง				รายวัน			
ต้องจ้างคนนอก				- การพิจารณา			
-รพ. เพิ่งเริ่ม				ค่าตอบแทนบางครั้ง			
กำหนดปัจจัยความ				ไม่ใช่ข้อเท็จจริง			
ผูกพัน							

ผู้แทนการให้สัมภาษณ์		รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รพ. E	รพ. F	รพ. G	
ปัญหาและอุปสรรค	ลำดับ	รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รพ. E	รพ. F	รพ. G	
						- ไม่สามารถดึงศักยภาพของบุคลากรออกมาอย่างเต็มที่			
6	PRM	- วงล้อ PDCA หมุนไม่ต่อเนื่อง	- ขาดการวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอ - การทบทวนไม่เป็นสหวิชาชีพ - การใช้วงล้อคุณภาพ (PDCA) ไม่ได้ใช้ทุกหน่วยงาน - กระบวนการคิดพัฒนาบุคลากรในการทำงานเชิงคุณภาพต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง วิชาการ ความรู้ยังเป็นจุดอ่อนของบุคลากร - การทำงานเชิงระบบไม่ชัดเจน การติดตามกำกับยังน้อย - การจัดการบางเรื่องล่าช้า เช่น การจัดซื้อครุภัณฑ์	- วงล้อ PDCA หมุนไม่ต่อเนื่องในบางหน่วยงาน	- ขาดความชัดเจนต่อเนื่องในการดำเนินงานแต่ละงาน ทำงานไม่เป็นระบบขั้นตอน - ไม่ค่อยมีส่วนร่วมของชุมชน	- การบริหารยังขาดความครอบคลุม - กระบวนการดูแลผู้ป่วย การจัดการความเสี่ยงยังทำไม่ได้ ไม่ครอบคลุมทุกเรื่องบางครั้งล่าช้าในการแก้ปัญหา - มีการนำ PDCA มาใช้แต่ยังไม่สม่ำเสมอ - มีการเชื่อมแผนตามนโยบาย แต่ล่าช้าบางงาน - ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ยังไม่ดีเท่าควร เช่น พบสิ่งปนเปื้อนในอุปกรณ์ - ไม่มีการติดตามผลที่ต่อเนื่องและขาดการทบทวนแก้ไข	- ขาดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพ (ขาดการทำงานเป็นทีม) ยังไม่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลของทุกทีมนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด - การวิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้านไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน - แผนที่เกี่ยวข้องนำมาใช้ได้ยากเนื่องจากนามธรรมสูง - รพ. ยังไม่ใช้ข้อมูลจุดอ่อน จุดแข็ง และข้อมูลผู้ปวยมาพิจารณาปรับปรุง		

ปัญหาและอุปสรรค		ผู้แทนการให้สัมภาษณ์					
ลำดับ	รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รพ. E	รพ. F	รพ. G
7	PERF	<p>- ไม่มีความเห็นไม่เรื่องนี้</p> <p>- การละเลยมาตรฐานที่ควรปฏิบัติจะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดทำให้ผลการดำเนินงานไม่ค่อยบรรลุตามเป้าหมายในบางเรื่อง</p>	<p>- ยังละเอียดระเบียบปฏิบัติและมาตรฐาน - ถ้าไม่มีใครตรวจก็ไม่ทำ เช่นการแยกขยะติดเชือกยังไปทิ้งในขยะที่ไม่ติดเชือกเป็นต้น</p> <p>- การกำกับติดตามยังมีน้อย</p>	<p>- ไม่มีความเห็นไม่เรื่องนี้</p>	<p>ปัญหาอย่างเป็นระบบ</p> <p>- เกิดทุกระบบยังพบปัญหาต้องมีการติดตามจากศูนย์ยุทธศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>- ผลการดำเนินงานยังมีข้อผิดพลาด เช่น ขอยหาย การให้ยาผิด ตกเตียง เมื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขหรือหาทางป้องกันก็ยังพบข้อผิดพลาดอยู่ในเรื่องเดิมเช่น แพทย์ซ้ำ ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย</p> <p>- ผลงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่และชุมชนไม่ชัดเจน</p>	<p>- ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกัน</p> <p>- เมื่อ รพ. จะถูกประเมินก็จะเก็บข้อมูลทีหนึ่ง โดยไม่มีความต่อเนื่องในการติดตามผล</p>	<p>- ประชาชนยังดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพน้อย โดยเฉพาะในด้าน การป้องกัน</p>

ตารางที่ 4.17 แสดงผลการสัมภาษณ์ทีมงานของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปเกี่ยวกับข้อเด่น

ลำดับ	ข้อเด่น	รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รพ. E	รพ. F	รพ. G
1	LEAD	<ul style="list-style-type: none"> - ผอ. มีคามมุ่งมั่นมาก - ผู้บริหารเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น 	<ul style="list-style-type: none"> - วิสัยทัศน์ชัดเจนเข้าถึงและจับต้องง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีความเห็นไม่เรื่องนี้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำเป็นแบบอย่างที่ดีให้โอกาสผู้ปฏิบัติงานแสดงความคิดเห็น - มีการทบทวนประเมินผล 	<ul style="list-style-type: none"> - รพ. กำหนดนโยบายที่สำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยอย่างชัดเจน - กำหนดให้ทุกคนในองค์กรสามารถดำเนินไปจุดหมายเดียวกันทุกฝ่ายช่วยกันทำแผนยุทธศาสตร์ทำจุดหมายชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้บริหารมุ่งมั่นในการนำองค์กร - วิสัยทัศน์ นโยบาย ความปลอดภัยมีความชัดเจน - ผู้บริหารเข้าใจในภารกิจบริหารและการปฏิบัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีทีมร่วมสายงานที่ครอบคลุม - ผู้นำชี้แจงนโยบายกับผู้ปฏิบัติงาน - ผู้มีประสพการณ์เรื่อง HA และมีความรู้เป็นอย่างดี
2	STP	<ul style="list-style-type: none"> - มีการทำ SWOT 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการนำผลการวิเคราะห์ปัญหาของผู้มารับบริการและชุมชนมาวางแผน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดูบริบท รพ. ก่อนการกำหนดแม่จะมีแผนสอดคล้องจาก รพ. อื่น 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดตามแผนงานที่วางไว้ทุกปี 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญและวัตถุประสงค์ที่สามารถปฏิบัติตามแผนได้ชัดเจนสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินผลงาน หรือแผนที่ต้องปรับปรุงแก้ไขในปีต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - มุ่งเน้นให้ ผู้ปฏิบัติงานตระหนักในหน้าที่โดยใช้ตัวชี้วัดมาจับ - ตัวชี้วัดครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ป่วย - การวางแผนกลยุทธ์ที่มีความชัดเจน - รพ. มีการกำหนด CPG สำคัญๆที่เป็นปัญหาของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - การบริหารกลยุทธ์ตามแนวโมเดลการเกิดโรคและดูแลสถิติเอามาพัฒนาแก้ไข - ระบบการจัดทีมนำครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยและการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย - ใช้เทคนิค SWOT มาทำแผนกลยุทธ์ - มีแผนกลยุทธ์ที่ดีในแนวนโยบาย

ลำดับ	ชื่อต้น	รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รพ. E	รพ. F	รพ. G
ผู้แทนการให้สัมภาษณ์								
3	PAT	<p>รพ. A</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยายามตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย - มีการวิเคราะห์คนไข้ที่มีปัญหาเป็นรายกรณี 	<p>รพ. B</p> <ul style="list-style-type: none"> - มุ่งเน้นเรื่องความปลอดภัย - การดูแลผู้ป่วยของ รพ. รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี - มีการวิเคราะห์ถึงถึงผู้ป่วยได้ง่าย - เข้าใจสังคมและเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วย 	<p>รพ. C</p> <ul style="list-style-type: none"> - การนำข้อร้องเรียนมาปรับปรุงงานเรื่อง 	<p>รพ. D</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพ. มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ - นำข้อร้องเรียนมาวิเคราะห์ปรับปรุง 	<p>รพ. E</p> <ul style="list-style-type: none"> - เมื่อเกิดข้อร้องเรียนหรือผู้ป่วยตายอย่างไม่คาดฝันมีการนำมาทบทวนเพื่อหาแนวทางการแก้ไข และพัฒนากิจกรรมการดูแล - มีช่องทางหลากหลายในการรับรู้ความต้องการของ ผู้ป่วย เช่น ผู้ การบอกเล่าโดยตรง การบอกเล่าผ่านเจ้าหน้าที่ รพ. สด. สื่อออนไลน์ต่างๆ 	<p>รพ. F</p> <ul style="list-style-type: none"> - เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการรักษาพยาบาลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย - มีการรับข้อ มูลร้องเรียนจากผู้ป่วย และญาติจากแบบสอบถาม 	<p>รพ. G</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการวางแผนการเข้าถึงบริการครอบครัวครบทุกกลุ่มบริการ - มุ่งเน้นความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ - มีสหวิชาชีพที่มีศักยภาพสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบองค์
4	MAKM	<p>รพ. แชร</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการแชร์ประสบการณ์ใน การทำงานบ้าง 	<p>รพ. B</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทีมนำมานโยบายเรื่องสารสนเทศอย่างชัดเจน - มีการประชุมกันเดือนละครั้งเพื่อสร้างการทำงานเป็นทีม - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างสม่ำเสมอ 	<p>รพ. C</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง 	<p>รพ. D</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีความเห็นไม่เรื่อง 	<p>รพ. E</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงานแต่ยังไม่สม่ำเสมอ (ควรจัดทุกรอบเดือนหรือแต่ละปีงบ จัดทำแผนให้ชัดเจน) - รพ. ก้าวสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 เชื่อมโยงระบบเครือข่ายสารสนเทศที่ทันสมัย 	<p>รพ. F</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดซื้อชุดเครื่องปริ้นท์ทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงโดยนำมาทักวิจัยเพื่อหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการทำงาน - มีการวิเคราะห์ผลงานของผู้ปฏิบัติงานในองค์การและทบทวนอย่างต่อเนื่อง 	<p>รพ. G</p> <ul style="list-style-type: none"> - รพ. มีการวัดผลงานในทุกระดับ - เจ้าหน้าที่ที่ดูแลเรื่องนมศักยภาพและความรู้มาก - เริ่มมีการตระหนักในเรื่องนี้ทั้งระดับ รพ. ฝ่าย หน่วยงาน

ลำดับ	ข้อเด่น	รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รพ. E	รพ. F	รพ. G
5	HRM	<p>รพ. ไม่มีข้อเด่นในด้านนี้</p> <p>- รพ. ไม่มีข้อเด่นในด้านนี้</p>	<p>- การคัดเลือกบุคลากรเข้าทำงานใช้ระบบเครือข่ายที่ทำให้อยู่ทนอยู่นาน</p> <p>- วัฒนธรรมการอยู่แบบพี่น้อง</p> <p>- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการพัฒนาคน</p> <p>- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อรองรับกลยุทธ์</p>	<p>- เจ้าหน้าที่ที่ทำงานตั้งแต่ 10 ปีมีความผูกพันและไม่คิดจะลาออก</p> <p>- มีการส่งเสริมการอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อรองรับกลยุทธ์</p>	<p>- มีการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ตามลักษณะงานที่ทำต่อเนื่อง</p>	<p>- มีระบบป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงาน เช่น พ่นหมอกควันในวินพลาสต์เพื่อป้องกันโรค</p> <p>- ใช้เสื้อตอก</p> <p>- มีการจัดวางหน้าทีความรับผิดชอบชัดเจนว่าต้องทำอะไรในตำแหน่งงานนั้นๆ</p> <p>- มีการจัดอบรมสัมมนาเรื่องในและนอก รพ.</p> <p>- การเอาเพื่อต่อกันเหมือนพี่น้อง</p>	<p>- บุคลากรมีความผูกพันกับองค์กร</p>	<p>- รพ. มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจน</p> <p>- มีการส่งนักเรียนทุนเพื่อรองรับบุคลากรที่จะเกษียณอายุ</p>
6	PRM	<p>- เจ้าหน้าที่เข้าใจในกระบวนการมากขึ้น เมื่อเห็นความเสี่ยงแล้วก็นำมาแก้</p>	<p>- มีการจัดระบบสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย</p> <p>- มีการควบคุมความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>- มีการปรับและพัฒนาระบบบริการเพื่อความสะดวกเหมาะสมและมีคุณภาพ</p>	<p>- มีทีมงานพร้อมสายงานที่เข้มแข็ง</p>	<p>- ไม่มีความเห็นไม่เรื่อง</p>	<p>- มีการแบ่งกะขบวนการต่างๆชัดเจน มีการปฏิบัติทบทวนกันในการทำงานต่างๆทุกปีแล้วแต่ที่วางแผนไว้</p> <p>- รพ. พยายามรวบรวมความเสี่ยงที่เกิดขึ้น มีการจัดประชุมทบทวนร่วมกัน</p>	<p>- มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ</p> <p>- กระบวนการทำงานและการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>- การใช้ความรู้มาตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>- การให้ความสำคัญต่อการสอนของแพทย์</p>	<p>- รพ. สนับสนุนให้มีระบบบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน</p> <p>- มีการแบ่งการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของ รพ.</p> <p>- นโยบายเรื่องมีความเป็นนามธรรมที่ดี</p>

ลำดับ	ชื่อต้น	ผู้แทนการให้สัมภาษณ์						
		รพ. A	รพ. B	รพ. C	รพ. D	รพ. E	รพ. F	รพ. G
7	PERF	<ul style="list-style-type: none"> - เริ่มปรากฏวัฒนธรรมคุณภาพในตัวเจ้าหน้าที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีผลการดำเนินงานบางเรื่องชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีความเห็นในเรื่องนี้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด ส่วนที่ไม่ได้ตามเป้าหมายก็มีการประเมินบทวนเพื่อนำมาปรับปรุงระบบการดำเนินงานต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - รวมถึงใช้ IT เข้ามาช่วยในการระงับความเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามผลทุกเดือนเพื่อหาโอกาสพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการนำจุดเด่นจุดด้อยมาพูดคุยปรับปรุง - มีการวัดผลสัมฤทธิ์และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยโรงพยาบาลที่นำมาศึกษาเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ (HA) ขึ้นตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปจำนวน 7 แห่ง ซึ่งอาศัยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ได้แก่ ทีมนำประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มงาน หรือหัวหน้าหน่วยงาน และทีมปฏิบัติงาน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตามแต่ละกลุ่มงานต่างๆ รวมจำนวนทั้งสิ้น 381 คน นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กับผู้แทนซึ่งดำรงตำแหน่งในทีมนำของแต่ละโรงพยาบาลรวม 7 คน

การวิจัยครั้งนี้เริ่มต้นจากการศึกษาทฤษฎีการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ ทฤษฎีของบัลดริจ (Baldrige General Theory) และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อทำการสกัดตัวแปร และกำหนดเส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลเพื่อประกอบสร้างเป็นโมเดลการวิจัย โดยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยตัวแปรแฝง 7 ตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรแฝงด้านการนำ ตัวแปรแฝงด้านการบริหารกลยุทธ์ ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย ตัวแปรแฝงด้านการวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ตัวแปรแฝงด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ตัวแปรแฝงด้านการจัดการกระบวนการ และตัวแปรแฝงด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในส่วนของตัวแปรสังเกตได้ (Observed variables) มีทั้งหมด 24 ตัวแปร

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน กล่าวคือ ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 สอบถามระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยในการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์การ ส่วนที่ 3 สอบถามระดับความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงาน ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแบบเขียนตอบโดยให้ผู้ตอบแสดงข้อเด่น ข้อด้อย ตลอดจนข้อเสนอแนะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบตามมาตรฐาน HA โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามจากคู่มือ HA Scoring 2011 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพของโรงพยาบาลทำการตรวจสอบ และในส่วนของตรวจสอบความเที่ยงโดยทดสอบกับบุคคลกรของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี ขณะที่แบบสัมภาษณ์เป็นการสอบถามถึงข้อเด่นข้อด้อยของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้เพื่อเตรียมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยโปรแกรม AMOS 20 เมื่อได้รูปแบบความสัมพันธ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมนำของโรงพยาบาล

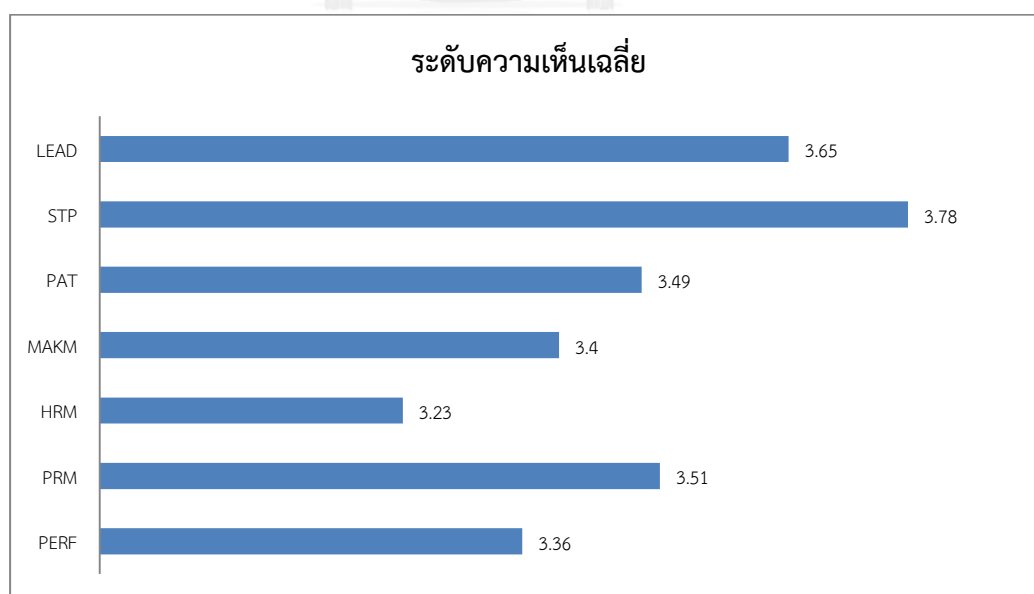
5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 สรุปลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 329 คนคิดเป็นร้อยละ 86.4 โดยกลุ่มกัลยาณมิตรมีผู้ตอบสูงสุดจำนวน 184 คนคิดเป็นร้อยละ 48.3 ขณะที่กลุ่มอำนาจการมีผู้ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุดคือ 22 คนคิดเป็นร้อยละ 5.8 ในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีอายุงานมากกว่า 15 ปี จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 55.1 ขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นทีมปฏิบัติงานประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตามแต่ละกลุ่มงานต่างๆ มีจำนวนรวม 321 คน คิดเป็นร้อยละ 84.3

5.1.2 สรุประดับความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบการดำเนินงานตามมาตรฐาน HA

รูปที่ 5.1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบตามมาตรฐาน HA



ด้านการนำมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.65) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่าการนำโดยผู้บริหารระดับสูงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด (\bar{X} = 3.87) รองลงมาคือ ธรรมาภิบาล

องค์การ ($\bar{X}=3.63$) และตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การพิจารณาประเด็นจริยธรรม ($\bar{X}=3.27$) ในด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 3.78$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า การจัดทำตัวชี้วัดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X}=3.98$) รองลงมาคือ การจัดทำกลยุทธ์ ($\bar{X}=3.73$) และตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ($\bar{X}=3.70$) ในด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 3.49$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X}=3.62$) รองลงมาคือ สิทธิผู้ป่วย ($\bar{X}=3.47$) และตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ($\bar{X}=3.38$) ในด้านการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}= 3.40$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า การวัดวิเคราะห์ปรับปรุงผลงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X}=3.57$) รองลงมาคือ การจัดการความรู้ ($\bar{X}=3.34$) และตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ ($\bar{X}=3.20$) ในด้านการมุ่งทรัพยากรบุคคล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}= 3.23$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า สภาพแวดล้อมของบุคลากรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X}=3.48$) รองลงมาคือ การฝึกอบรมบุคลากร ($\bar{X}=3.22$) และตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความผูกพันของบุคลากร ($\bar{X}=3.07$) ในด้านการจัดการกระบวนการมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}= 3.51$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า ระบบงานสำคัญมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X}=3.53$) รองลงมาคือ การดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}=3.49$) ด้านการพัฒนาคุณภาพมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}= 3.36$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวชี้วัดพบว่า ผลด้านทรัพยากรบุคคลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{X}=3.60$) รองลงมาคือ ผลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X}=3.58$) ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}=3.55$) ผลด้านระบบงาน ($\bar{X}=3.53$) ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย ($\bar{X}=3.51$) ผลด้านการนำ ($\bar{X}=3.53$) และตัวชี้วัดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ผลด้านการเงิน ($\bar{X}=2.35$)

โดยสรุปแล้วเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ถึงความเห็นต่อการบริหารตามมาตรฐาน HA พบว่า การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลมีค่าเฉลี่ยเป็นลำดับสุดท้ายเมื่อเทียบกับองค์ประกอบอื่นๆ ขณะที่องค์ประกอบการบริหารเชิงกลยุทธ์มีค่าเฉลี่ยสูงเป็นลำดับแรกขององค์ประกอบ

5.1.3 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน

จากการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานพบว่า ข้อมูลทั้งหมดเมื่อแยกเป็นรายด้านมีลักษณะกระจายตัวแบบปกติเนื่องจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) มีค่าเข้าใกล้ศูนย์มีค่าความเบ้ (Skewness) อยู่ในช่วง -1.16 ถึง .61 และมีค่าความโด่ง (Kurtosis) อยู่ในช่วง 2.18 ถึง -1.16 โดยตัวแปรที่มีค่าความเบ้และค่าความโด่งสูงสุด คือตัวแปรสังเกตได้การจัดทำตัวชี้วัดความก้าวหน้าซึ่งมีค่าความเบ้เท่ากับ -1.16 และค่าความโด่งเท่ากับ 2.18 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรมีการกระจายแบบเบ้ซ้าย และมีลักษณะการกระจายเป็นโค้งสูงชัดเจนที่สุด

5.1.4 การวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลการวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์

การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กับข้อมูลเชิงประจักษ์จากตัวแปรแฝง 7 ตัว และตัวแปรสังเกตได้ 24 ตัว ผลการทดสอบพบว่า Chi-square = 209.68, Chi-square/df = 1.115 (p=.133), GFI = .957, CFI = .996, RMSEA = .017, AGFI = .931 ซึ่งดัชนีทุกตัวมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แสดงว่าโมเดลการวิจัยนั้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ ตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ ตัวแปรการมุ่งเน้นผู้ป่วย ตัวแปรการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ ตัวแปรการมุ่งทรัพยากรบุคคล ตัวแปรการจัดการกระบวนการ และตัวแปรการพัฒนาคุณภาพ เท่ากับ .879, .847, .573, .562, .753, .793 ตามลำดับ โดยค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์เป็นการแสดงถึงความสามารถของตัวแปรต้นภายในสมการโครงสร้างในการอธิบายถึงความแปรปรวนของตัวแปรตาม โดยค่าที่ยอมรับได้ควรอยู่ระหว่าง .60-1.00 (นงลักษณ์วิรัชชัย, 2542) และเมื่อพิจารณาจากการทดสอบพบว่าค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ของตัวแปรจำนวน 2 ตัวที่มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ ตัวแปรการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ และตัวแปรการมุ่งทรัพยากรบุคคล แสดงว่าตัวแปรทั้งสองนี้อาจยังไม่เหมาะสมที่จะอยู่ในสมการโครงสร้าง หรือยังมีตัวแปรอื่นที่ไม่ปรากฏที่เหมาะสมกว่าสำหรับโมเดลนี้

5.1.5 การทดสอบสมมติฐานภายในโมเดลวิจัย

สมมติฐานภายในโมเดลวิจัยที่ถูกกำหนดขึ้นในงานวิจัยนี้มีจำนวนทั้งหมด 15 สมมติฐาน หรือ 15 เส้นทางอิทธิพล แม้ว่าสมมติฐานมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขนาดเส้นทางอิทธิพลมีค่าติดลบ ผู้วิจัยจะถือว่าเป็นการปฏิเสธสมมติฐาน โดยผลการทดสอบพบว่าอิทธิพลทางตรงส่วนใหญ่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และขนาดอิทธิพลเป็นบวกมีจำนวน 7 สมมติฐาน และที่ระดับ .05 และขนาดอิทธิพลเป็นบวกมีจำนวน 1 สมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่กำหนดขึ้นระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผลมีอิทธิพลกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นสมมติฐานที่ 4, 6, 7, 8, 9 และ 14 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 36 แสดงเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรในงานวิจัยก่อนหน้าและงานวิจัยนี้

ความสัมพันธ์ภายในโมเดล			R1	R2	R3	R4	R5	R6	งานวิจัยนี้	H
1	PRM	→ PERF	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	15
2	HRM	→ PRM	✓	✓	✓	--	✓	✓	--	--
3	MAKM	→ HRM	x	✓	✓	✓	✓	✓	✓	12
4	MAKM	→ LEAD	✓	✓	✓	✓	--	--	--	--
5	MAKM	→ STP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10
6	MAKM	→ PRM	x	✓	✓	✓	✓	x	✓	13

ความสัมพันธ์ภายในโมเดล				R1	R2	R3	R4	R5	R6	งานวิจัยนี้	H
7	LEAD	→	STP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1
8	MAKM	→	PERF	x	✓	x	✓	--	--	--	--
9	MAKM	→	PAT	x	✓	✓	x	✓	✓	✓	11
10	LEAD	→	PERF	x	x	✓	✓	x	--	--	--
11	STP	→	PAT	✓	x	x	--	✓	✓	x	6
12	HRM	→	PERF	✓	x	x	x	✓	✓	x	14
13	LEAD	→	PAT	x	x	✓	x	✓	✓	✓	2
14	LEAD	→	HRM	✓	✓	--	✓	✓	--	✓	3
15	LEAD	→	PRM	✓	✓	--	✓	x	--	x	4
16	PAT	→	PRM	✓	✓	✓	--	✓	✓	x	9
17	STP	→	HRM	✓	✓	✓	--	x	x	x	7
18	PAT	→	PERF	--	--	--	✓	✓	--	--	--
19	STP	→	PRM	✓	--	--	--	✓	✓	x	8
20	STP	→	PERF	--	x	--	✓	--	--	--	--
21	PAT	→	HRM	x	x	--	--	--	✓	--	--
22	LEAD	→	MAKM	--	--	--	--	✓	✓	✓	5

หมายเหตุ: ✓: สมมติฐานถูกทดสอบและถูกยอมรับ ; x: สมมติฐานถูกทดสอบแต่ถูกปฏิเสธ ; --: สมมติฐานไม่ได้ถูกทดสอบ; R1: Winn and Cameron (1998); R2: Wilson and Collier (2000); R3: Flynn and Saladin (2001); R4: Meyer and Collier (2001); R5: Kim and Oh (2012); R6: Sang M. Lee, et.al (2013) ; H: ลำดับเส้นทางอิทธิพลหรือสมมติฐานวิจัย

สมมติฐานที่ 4 การนำมื่ออิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ

การกำหนดให้ตัวแปรการนำส่งอิทธิพลไปยังตัวแปรการจัดการกระบวนการพบว่าเส้นทางดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผลการทดสอบได้ปฏิเสธสมมติฐานที่ 4 โดยผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Winn and Cameron (1998) Wilson and Collier (2000) และ Meyer and Collier (2001) อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim and Oh (2012) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า กระบวนการต่างๆภายในโรงพยาบาลอาจถูกออกแบบมาจากส่วนกลางแล้วทำให้การนำของผู้บริหารไม่มีผลอะไรมากนัก โดยประเด็นนี้จะถูกอภิปรายผลในหัวข้อ “การนำ” ต่อไป

สมมติฐานที่ 6 การบริหารเชิงกลยุทธ์มื่ออิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย

แม้ว่าการกำหนดให้ตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์มื่ออิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วยจะพบการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ขนาดอิทธิพลมีค่าติดลบแสดงให้เห็นว่าเส้นทางที่กำหนดไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ โดยแสดงถึงความไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim and

Oh (2012) และ Sang M. Lee, et.al (2013) โดยประเด็นนี้จะถูกอภิปรายผลในหัวข้อ “การบริหารเชิงกลยุทธ์” ต่อไป

สมมติฐานที่ 7 การบริหารเชิงกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

การกำหนดให้ตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลพบว่าเส้นทางดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผลการทดสอบได้ปฏิเสธสมมติฐานที่ 7 โดยผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย Winn and Cameron (1998) Wilson and Collier (2000) Flynn and Saladin (2001) รวมถึงงานวิจัยของ Kim and Oh (2012) และ Sang M. Lee, et.al (2013) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลควรจะถูกวางแผนผ่านกลยุทธ์ในการบริหารจัดการของโรงพยาบาล โดยประเด็นนี้จะถูกอภิปรายผลในหัวข้อ “การบริหารเชิงกลยุทธ์” ต่อไป

สมมติฐานที่ 8 การบริหารเชิงกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ

การกำหนดให้ตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ พบว่าเส้นทางดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผลการทดสอบได้ปฏิเสธสมมติฐานที่ 8 โดยผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย Winn and Cameron (1998) Kim and Oh (2012) และ Sang M. Lee, et.al (2013) โดยประเด็นนี้จะถูกอภิปรายผลในหัวข้อ “การบริหารเชิงกลยุทธ์” ต่อไป

สมมติฐานที่ 9 การมุ่งเน้นผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ

การกำหนดให้ตัวแปรการมุ่งเน้นผู้ป่วยมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการพบว่าเส้นทางดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผลการทดสอบได้ปฏิเสธสมมติฐานที่ 9 โดยผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย Winn and Cameron (1998) Wilson and Collier (2000) Flynn and Saladin (2001) Kim and Oh (2012) และ Sang M. Lee, et.al (2013) โดยประเด็นนี้จะถูกอภิปรายผลในหัวข้อ “การมุ่งเน้นผู้ป่วย” ต่อไป

สมมติฐานที่ 14 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพ

การกำหนดให้ตัวแปรการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อผลการดำเนินงาน พบว่าเส้นทางดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผลการทดสอบได้ปฏิเสธสมมติฐานที่ 14 โดยผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย Winn and Cameron (1998) Kim and Oh

(2012) และ Sang M. Lee, et.al (2013) โดยประเด็นนี้จะถูกอภิปรายผลในหัวข้อ “การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล” ต่อไป

5.1.6 สรุปผลการสัมภาษณ์ทีมนำ

การสัมภาษณ์บุคลากรที่ดำรงตำแหน่งในทีมนำของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันผลที่ได้จากแบบสอบถาม และเพื่อหาข้อเด่น ข้อด้อย อุปสรรคและปัญหาสำคัญ ตลอดจนข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ได้แก่ การนำ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ และผลการดำเนินงาน โดยผลการสัมภาษณ์ทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพซ้ำตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปยังพบปัญหาในการพัฒนาคุณภาพโดยปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ส่วนใหญ่มีส่วนร่วม ได้แก่ ตัวแปรการนำ พบว่า ผู้บริหารระดับสูงยังไม่สามารถสื่อสารต่อผู้ปฏิบัติงานอย่างทั่วถึงเนื่องจากปัญหาลำดับชั้นการถ่ายทอดสารต่างๆ เช่น การถ่ายทอดจากผู้บริหารระดับสูงส่งต่อไปยังหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้ากลุ่มงานส่งต่อไปยังหัวหน้าหน่วยงาน ตัวแปรการบริหารกลยุทธ์ พบว่า บุคลากรยังไม่เข้าใจวิธีการทำงานด้วยกลยุทธ์ อาทิ การกำหนดปัญหาที่ใช้ความคิดเห็นส่วนตัวมากกว่าข้อเท็จจริง ตัวแปรการมุ่งเน้นผู้ป่วย พบว่า การตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยหรือครอบครัวและญาติในบางกรณีไม่สามารถกระทำได้ และปัญหาเดิมมักยังคงอยู่ซึ่งไม่รู้ว่าจะแก้ไขอย่างไร ตัวแปรการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ พบว่า การวัดผลงานที่มีตัวชี้วัดที่มากจนเกินไปและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสร้างความรู้ให้แก่บุคลากรยังไม่สามารถดึงความรู้ออกจากตัวบุคคลได้อย่างเป็นรูปธรรม ตัวแปรการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล พบว่า การที่พยาบาลต้องแบกรับภาระงานของวิชาชีพอื่นมากจนเกินไป อาทิ ต้องการหน้าที่ตรวจแทนแพทย์ จ่ายยาแทนเภสัชกร ทำการเงินแทนนักบัญชี แต่ค่าตอบแทนกลับไม่สมเหตุสมผล ตัวแปรการจัดการกระบวนการ พบว่า การใช้วงล้อ PDCA ในการพิจารณาปรับปรุง ดำเนินแก้ไขกระบวนการต่างๆบางกระบวนการไม่ดำเนินอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตัวแปรการพัฒนาคุณภาพ พบว่า แม้ว่าโรงพยาบาลจะได้รับการรับรองคุณภาพซ้ำมากกว่า 1 ครั้งแต่ก็ยังพบถึงปัญหาและอุปสรรคอยู่ แต่บุคลากรก็พยายามที่จะหาโอกาสในการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น โดยนัยนี้แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งนี้กำลังมีการก่อตัวของวัฒนธรรมคุณภาพอย่างเห็นได้ชัดขึ้นกว่าแต่เดิมที่เห็นข้อบกพร่องแต่ยังไม่คิดแก้ไขปรับปรุงและเรียนรู้ความผิดพลาดนั้น

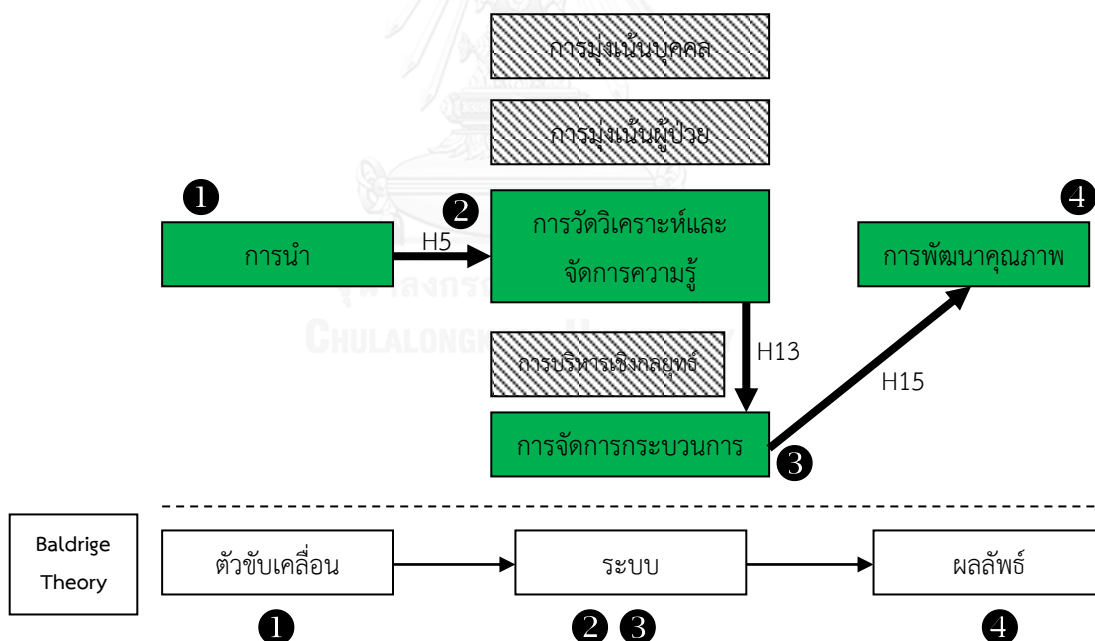
หากพิจารณาในประเด็นข้อข้อเด่นของโรงพยาบาลคุณภาพสามารถกล่าวได้โดยแยกรายได้ตามองค์ประกอบได้ดังนี้ ตัวแปรการนำ พบว่า ผู้บริหารระดับสูงมีความมุ่งมั่นเอาใจใส่ต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างเห็นได้ชัดตัวแปรการบริหารเชิงกลยุทธ์ พบว่า โรงพยาบาลมีการพิจารณา

ความสำคัญของตามแต่ละพื้นที่ ตัวแปรการมุ่งเน้นผู้ป่วย พบว่า โรงพยาบาลพยายามเปิดช่องทางต่างๆในการรับเรื่องร้องเรียนต่างๆ ตัวแปรการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ พบว่า มีความพยายามจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง ตัวแปรการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล พบว่า การเอาใจใส่แบบญาติมิตร ครอบครัวได้ปรากฏในโรงพยาบาล ตัวแปรการจัดการกระบวนการ พบว่า การมีทีมงานคร่อมสายงานที่เข้มแข็งในการตอบสนองยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ตัวแปรการพัฒนาคุณภาพ พบว่า วัฒนธรรมคุณภาพเริ่มปรากฏขึ้นในโรงพยาบาลของแต่ละแห่ง

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ข้อค้นพบที่เกิดจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยข้อค้นพบที่เกิดขึ้นมีทั้งความสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริหารคุณภาพและงานวิจัยก่อนหน้าซึ่งผู้วิจัยจะได้อภิปรายโดยลำดับถัดไป

รูปที่ 5.2 แสดงเส้นทางการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา



หมายเหตุ: เส้นทางการแสดงนั้น ผู้วิจัยได้แสดงเส้นทางของตัวแปรที่มีนัยสำคัญโดยเริ่มตั้งแต่จุดเริ่มต้น (1) จนถึงจุดท้ายสุด (4) ตามคำอธิบายของบัลดริจ โดยลูกศรได้แสดงความสัมพันธ์ให้ทราบว่า องค์ประกอบที่โดยหัวลูกศรชี้หมายความว่า เป็นผลเนื่องมาจากองค์ประกอบก่อนหน้า

หลังจากที่ได้ปรับโมเดลที่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์แล้ว พบว่าโมเดลที่ปรับแล้ว มีเส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีนัยสำคัญทางสถิติยังตั้งอยู่บนหลักตรรกะของ Baldrige ที่ว่า องค์การคุณภาพจะเริ่มต้นที่การนำในการขับเคลื่อนระบบการดำเนินงานขององค์การเพื่อการสรรสร้างผลลัพธ์ หากพิจารณาเฉพาะเส้นทางการบริหารคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีนัยสำคัญตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงผลลัพธ์ พบว่า การนำจะขับเคลื่อนการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (H5: $B=.757, P=.000$) ซึ่งส่งผลต่อการจัดการกระบวนการ (H13: $B=.679, P=.000$) อันนำไปสู่การสรรสร้างการพัฒนาคุณภาพ (H15: $B=.830, P=.000$) ในขณะที่ตัวแปรที่เหลือ ได้แก่ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย และการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล แม้จะมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการนำ แต่กลับไม่พบว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย และการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ส่งผลทางตรงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรที่อยู่ในเส้นทางของ Baldrige ดังที่อภิปรายไว้ข้างต้น อย่างไรก็ตาม หากผลงานตัวแปรทั้งหมดให้ทำงานร่วมกันได้จะทำให้โรงพยาบาลสามารถบริหารคุณภาพ (quality management) ได้ดียิ่งขึ้น (นิตย สัมมาพันธ์, 2546) ทั้งนี้ เส้นทางความสัมพันธ์สามารถแสดงได้ดังรูปที่ 1

5.2.1 การนำ

การนำมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อ 4 ตัวแปร ประกอบด้วย การมุ่งเน้นผู้ป่วย (H2: $B=.769, P=.000$) การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ (H5: $B=.757, P=.000$) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (H3: $B=.740, P=.012$) การบริหารเชิงกลยุทธ์ (H1: $B=.407, P=.000$) ทั้งนี้เพราะการนำองค์การถือเป็นตัวแปรสำคัญในการขับเคลื่อนระบบขององค์การ (Winn and Cameron, 1998) ผู้นำคุณภาพจะมองเห็นอนาคตขององค์การผ่านวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ โดยมีการกำหนดนโยบายที่สำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี รวมถึงมีการนำประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาการเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่พบว่า (Winn and Cameron, 1998) การนำเป็นตัวขับเคลื่อนระบบการดำเนินงานเพื่อที่จะบรรลุผลลัพธ์ เช่นเดียวกับผลการศึกษานิภาพร ลครวงศ์ (2547) ที่ชี้ว่า ผู้นำองค์การที่ผ่านการรับรองคุณภาพคือปัจจัยแรกและปัจจัยสำคัญในการนำองค์การไปสู่การมีคุณภาพโดยมุ่งเน้นเรื่องการยึดหลักความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ผลักดันให้บุคลากรในองค์การมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม และต้องมีการวัดผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอเพื่อสะท้อนให้ทราบผลลัพธ์ของการทำงาน ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่มนำของโรงพยาบาลชุมชนพบว่า ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพและมุ่งเน้นนโยบายในประเด็นจริยธรรมในการรักษาผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้บุคลากรแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการวางแผนยุทธศาสตร์

หากพิจารณาตามคำสอนของกูรูคุณภาพ (Quality Gurus) ข้อค้นพบดังกล่าวล้วนตอกย้ำว่า องค์การคุณภาพเริ่มต้นจากผู้บริหารที่มีความมุ่งมั่นและทุ่มเทในการพัฒนาคุณภาพ ผู้นำจะต้อง กำหนดวิสัยทัศน์ รวมถึงการกำหนดแผนการดำเนินงานทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว (W. Edwards Deming, 1986) ในขณะที่กูรูคุณภาพของญี่ปุ่น (Ishikawa, 1985 อ้างถึงใน เรื่องวิทย์ เกษ สุวรรณ, 2545) ได้ให้ข้อเตือนใจว่าองค์การคุณภาพ การสร้างคุณภาพจะต้องเป็นการร่วมมือกันของ ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในการสร้างผลงานหรือปรับปรุงผลงานให้แก่องค์การโดยมิใช่เป็นหน้าที่ของ หน่วยงานที่รับผิดชอบหรือฝ่ายคุณภาพขององค์การเท่านั้น ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการนำในโรงพยาบาล ชุมชนคุณภาพได้ยอมรับหลักคำสอนของกูรูคุณภาพมาปฏิบัติเช่นกัน

ขณะที่ผลการศึกษาข้อหนึ่งชี้ว่า การนำไม่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการ กระบวนการ (H4: $B=-.167, P=.177$) สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า (นิภาพร ลครวงศ์, 2547; Nadine Hietschold, Ronny Reinhardt, และ Sebastian Gurtner, 2014) พบว่าการจัดการ กระบวนการในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับตัวผู้ปฏิบัติงานซึ่งอาศัยการสะสมข้อมูลและสารสนเทศและ ความร่วมมือจากทีมงานมิใช่ขึ้นกับตัวผู้นำ นอกจากนี้ หากพิจารณาจากข้อมูลการสัมภาษณ์ทีมนำจะ พบว่า การที่ตัวแปรการนำส่งผลต่อตัวแปรการจัดการกระบวนการอย่างไม่มีนัยสำคัญอาจเป็นเพราะการ สื่อสารสองทางที่ไม่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ การถ่ายทอดการตัดสินใจในสิ่งที่ผู้บริหารตัดสินใจที่จะ ทำอะไรหรือไม่ทำอะไรมีลำดับขั้นการถ่ายทอดจากผู้บริหารระดับสูงส่งต่อยังหัวหน้ากลุ่มงานซึ่งจะ ถ่ายทอดไปยังหัวหน้าหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานตามลำดับ โดยทีมนำให้สัมภาษณ์ว่าการสื่อสารบาง เรื่องไม่ไปถึงผู้ปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง

โดยสรุปแล้ว ข้อค้นพบเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการนำพบว่ามีอิทธิพลต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย การ วัตวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การบริหารเชิงกลยุทธ์ แสดงให้เห็นว่า การนำถือเป็นตัวขับเคลื่อนขององค์การตามคำสอนกูรูคุณภาพและหลักการของบัลดริจ โดยนัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้นำในโรงพยาบาลชุมชนมีค่านิยมเกี่ยวข้องกับการบริหารคุณภาพในการทำงาน อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญจากข้อค้นพบนี้คือการนำไม่ส่งผลต่อการจัดการกระบวนการซึ่งผู้นำอาจจะต้องใส่ใจต่อ การถ่ายทอดการตัดสินใจสู่ผู้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

การบริหารเชิงกลยุทธ์ไม่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อ 3 ตัวแปร ประกอบด้วย การมุ่งเน้น ผู้ป่วย (H6: $B=-.625, P=.023$) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (H7: $B=-.433, P=.466$) และการจัดการ กระบวนการ (H8: $B=.198, P=.141$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Winn and Cameron, 1998) ที่ได้ยืนยันความสัมพันธ์การบริหารกลยุทธ์ต่อการมุ่งเน้นลูกค้า การมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ เนื่องจากการสร้างกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นลูกค้า ผู้ปฏิบัติงาน

และกระบวนการย่อมสร้างผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) แม้ว่าโรงพยาบาลชุมชนจะมีการกำหนดกลยุทธ์ก็ตาม แต่การสร้างให้บุคลากรมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการอาจล้มเหลว แต่การล้มเหลวนี้อาจไม่ใช่เป็นเรื่องของการบริหารที่ขาดประสิทธิภาพ โดยตัวแบบกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic Process Model) (วรเดช จันทรศร, 2548) เชื่อว่าเกิดจากการกำหนดกลยุทธ์ที่ไม่เข้าใจสภาพความเป็นจริงของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในลักษณะใดมากกว่าทำให้บุคลากรไม่ยอมรับกลยุทธ์เป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ประจำวัน ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่มำจำนวนหนึ่งพบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลยังขาดความรู้เรื่องการบริหารโดยกลยุทธ์โดยคิดว่ากลยุทธ์เป็นการเพิ่มภาระของงาน โดยบุคลากรส่วนหนึ่งมองว่ากลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นไม่ได้มาจากข้อมูลจากพื้นที่ซึ่งไม่ใช่ปัญหาที่แท้จริง แต่เกิดจากการคิดหรือนึกเอาเองว่าน่าจะเป็นเช่นนั้น โดยอาศัยประสบการณ์ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้กลยุทธ์ไม่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนในพื้นที่หรือความต้องการขององค์กรอย่างแท้จริง เช่น การขาดอัตราทดแทนของบุคลากรเกือบทุกโรงพยาบาลที่ออกจากองค์กรซึ่งสะท้อนถึงความล้มเหลวของการจัดการจัดสรรทรัพยากรต่อหน่วยงานภายในที่ต้องการทรัพยากร (Nadine Hietschold, et al, 2014) ที่อาจมีความผิดพลาดในการวางแผนกลยุทธ์ในเรื่องบุคคลของโรงพยาบาล โดยนัยนี้อาจแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลไม่ได้วางแผนทรัพยากรบุคคลให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร ทั้งนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ยืนยันว่า แทบทุกโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องการจัดการทรัพยากรบุคคล เช่น ให้พยาบาลทำหน้าที่ตรวจแทนแพทย์ เป็นต้น

ข้อค้นพบที่เกิดขึ้นนี้แสดงให้เห็นถึงความลึกลับในวิถีคิดของการบริหารคุณภาพ เนื่องจากว่ากระบวนการสำคัญของปรัชญาการบริหารคุณภาพมุ่งเน้น 3 สิ่ง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการ และการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) โดยการมุ่งเน้น 3 เรื่องดังกล่าวจำเป็นต้องเกิดจากการวางแผนอย่างชัดเจน และต้องสร้างแนวร่วมอย่างกว้างขวางเพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรมีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินการด้วย นอกจากนี้กลยุทธ์ต่างๆจะต้องถูกกระจายหรือแปรสู่การปฏิบัติให้แก่หน่วยงานต่างๆตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงจนถึงผู้ปฏิบัติระดับล่างโดยแต่ละคนต้องมีแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องและนำไปสู่เป้าหมายขององค์กร

โดยสรุปแล้ว ข้อค้นพบเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ทำให้ทราบว่าปัญหาของการบริหารเชิงกลยุทธ์อาจเกี่ยวข้องกับการบริหารงานที่มีวิถีคิดแบบระบบราชการซึ่งมักจะมีการทำงานแบบบนลงล่าง (top-down management) ซึ่งไม่ใช่วิถีคิดขององค์กรคุณภาพ ดังนั้นผู้บริหารควรเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางขององค์กรด้วยเพื่อจะได้เห็นภาพขององค์กรได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและได้ข้อมูลที่เกิดจากข้อเท็จจริงจากผู้ปฏิบัติงานมิใช่เป็นความเห็นของผู้บริหาร นอกจากนี้ ยังต้องใส่ใจต่อแผนปฏิบัติการของแต่ละคนว่ามีความสอดคล้องต้องกันหรือไม่

5.2.3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย

การมุ่งเน้นผู้ป่วยไม่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ (H9: $B=.162, P=.118$) ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า (Kim and Oh, 2012; Sang M. Lee, et al., 2013) ซึ่งทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลได้ยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมุ่งเน้นผู้รับบริการและการจัดการกระบวนการ เนื่องจากความเห็นข้อร้องเรียนของลูกค้าจะถูกนำมาปรับปรุงการทำงานให้ลูกค้าพึงพอใจ อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลอาจมีข้อจำกัดในการนำข้อร้องเรียนมาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ และการตอบสนองล่าช้า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลชุมชนเป็นองค์กรภาครัฐ หลักคิดของการปรับปรุงกระบวนการจากเสียงของลูกค้าจึงไม่ได้ถูกนำมาปฏิบัติมากนัก เนื่องจากรายได้หลักของโรงพยาบาลมาจาก 4 แหล่งคือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) รายได้จากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และแหล่งรายได้อื่นๆ ซึ่งส่วนน้อยมาจากผู้รับบริการจ่ายเอง อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การปรับปรุงการให้บริการตามความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างชัดเจนเพราะในวิถีคิดของธุรกิจมองลูกค้าว่าเป็นพระราชา (the customer as King) โดยลูกค้าเป็นสายเลือดของธุรกิจ ถ้าไม่มีลูกค้าองค์กรก็ต้องปิดกิจการไป (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) ขณะที่โรงพยาบาลรัฐจัดเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่รัฐจำต้องโอบอุ้มอาจทำให้บุคลากรไม่ได้มีค่านิยมเหมือนกับองค์กรเอกชน อีกทั้งโรงพยาบาลเป็นองค์กรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต ผู้คนจำนวนหนึ่งต้องพึ่งโรงพยาบาลซึ่งอาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความคิดว่าผู้ป่วยคือผู้มาขอความอนุเคราะห์ (ทวิศักดิ์ เผือกสม, 2550) มิใช่ผู้ที่ผู้ปฏิบัติงานต้องพึงพิงในวิถีคิดขององค์กรเอกชน ดังนั้นการปรับปรุงกระบวนการเพื่อเอาใจผู้รับบริการอาจเกิดขึ้นได้น้อยมาก ข้อค้นพบที่เกิดขึ้นนี้สร้างความย้อนแย้งต่อหลักการการบริหารคุณภาพ เนื่องจากว่าการปรับปรุงกระบวนการส่วนหนึ่งก็เพื่อให้เกิดการให้บริการที่มีความยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ทันความต้องการหรือความคาดหวังของผู้มารับบริการได้เร็วขึ้น (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) แต่ผลการทดสอบกลับไม่พบความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันระหว่างผู้ป่วยและการจัดการกระบวนการ

โดยสรุปแล้ว ข้อค้นพบเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการมุ่งเน้นผู้ป่วยทำให้ทราบว่าปัญหาของการมุ่งเน้นผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการจัดการกระบวนการ โดย Melnyk and Denzler (1996) ได้ให้ข้อคิดในเรื่องนี้ว่า การจัดการปฏิบัติการ (operational management) เป็นแนวคิดที่สามารถนำเรื่องของผู้รับบริการและกระบวนการต่างๆ เชื่อมโยงกันได้ กล่าวคือ องค์กรต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับลูกค้า นำเอาข้อมูลมาจัดวางการให้บริการ หาหนทางของการปรับปรุงสมรรถนะการให้บริการให้มีประสิทธิภาพ การมีข้อมูลเช่นนี้จะทำให้เข้าใจลูกค้าหรือผู้มารับบริการมากขึ้น (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) ดังนั้น ผู้บริหารควรพิจารณาถึงหลักการสำคัญนี้

5.2.4 การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้

การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อ 4 ตัวแปร ประกอบด้วย การมุ่งเน้นผู้ป่วย (H11: $B=.809, P=.000$) การจัดการกระบวนการ (H13: $B=.679, P=.000$) การบริหารเชิงกลยุทธ์ (H10: $B=.590, P=.000$) และการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (H12: $B=.366, P=.000$) สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า (Kim and Oh, 2012; Sang M. Lee, et.al, 2013) ซึ่งทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้กับทุกตัวแปรระบบการดำเนินงาน เนื่องจากการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ทำให้ผู้นำสะสมและวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการจัดการที่มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับหลักการของบัลดิริจที่ว่า (Winn and Cameron, 1998) ระบบการจัดการจะต้องตั้งอยู่บนการวัดผล การวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศ ข้อค้นพบชี้ว่า โรงพยาบาลชุมชนได้แสดงให้เห็นถึงการจัดการระบบข้อมูลพื้นฐานขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนระบบงานของโรงพยาบาล โดยมีการวัดผลงาน (ตัวชี้วัด) ในทุกส่วนขององค์กร มีการวิเคราะห์และทบทวนผลงานของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดสารสนเทศที่จำเป็นพร้อมต่อการใช้งานตลอดเวลา รวมถึงมีการปรับปรุงเทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า แม้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างไม่ค่อยต่อเนื่อง แต่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์มักกระทำเฉพาะวิชาชีพหลัก ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการอัปเดตความรู้ในแต่ละวิชาชีพให้ทันสมัย

โดยสรุปแล้ว โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพมีระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศรวมถึงการจัดการความรู้ที่เข้มแข็งซึ่งจะเป็นผลดีแก่ผู้บริหารที่สามารถนำข้อมูลต่างๆมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ

5.2.5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลไม่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพ (H14: $B=-.032, P=.704$) ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพนี้จะถูกวัดจากผลการดำเนินงาน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า (Kim and Oh, 2012; Sang M. Lee, et.al, 2013) ซึ่งทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลและผลการดำเนินงาน เนื่องจากทรัพยากรบุคคลเป็นกำลังสำคัญในการเปลี่ยนแปลงองค์กร โดยปรัชญาการบริหารคุณภาพได้เน้นย้ำว่า (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) ผู้ปฏิบัติงานควรได้รับความเอาใจใส่เพราะเป็นผู้ประสบปัญหาของการทำงานที่แท้จริง แสดงให้เห็นว่าในแง่หนึ่งโรงพยาบาลชุมชนอาจยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดปัจจัยความผูกพันของบุคลากรชัดเจน รวมถึงการขาดระบบประเมินผลงานเพื่อการบริหารค่าตอบแทนที่เป็นธรรม ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ความทุ่มเทต่อองค์กรน้อยลง (วีรญา ศิริจรรยาพงษ์, 2559) รวมถึงการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อรองรับกลยุทธ์โรงพยาบาลยังไม่บรรลุเป้าหมาย ซึ่ง

ประเด็นนี้จะเป็นจุดอ่อนขององค์กรไทยที่ไม่ให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคล (ประเวศน์ มหารัตน์ สุกุล, 2558) สอดคล้องกับที่กลุ่มตัวอย่างจาก 7 โรงพยาบาลให้คะแนนเฉลี่ยในเรื่องการมุ่งทรัพยากรบุคคลต่ำที่สุด ($X=3.23$, $SD=.74$) เมื่อเทียบกับบรรดาตัวแปรอื่น เช่นเดียวกับงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า (ศิริพร จิรวินกุล และคณะ, 2555) ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นกำลังหลักของโรงพยาบาลมีความสุขในการทำงานระดับต่ำเมื่อเทียบกับประชาชนกลุ่มอื่นของประเทศ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัญหาภาระงานที่มากโดยพยาบาลต้องทำหน้าที่แทนวิชาชีพอื่น เช่น ทำหน้าที่ตรวจแทนแพทย์ ทำหน้าที่จ่ายยาแทนเภสัชกร ทำหน้าที่การเงินแทนนักการบัญชี และค่าตอบแทนของพยาบาลมีความเหลื่อมล้ำกันสูงเมื่อเทียบกับแพทย์ทั้งที่ปฏิบัติหน้าที่เยือกกว่า รวมถึงความผูกพันต่อโรงพยาบาลมีน้อยทำให้ไม่มีความสุขในการทำงานอาจทำให้ได้ผลการปฏิบัติงานที่ไม่ดีนัก

ดังนั้น ข้อค้นพบนี้ไม่สอดคล้องกับหลักการบริหารคุณภาพที่เชื่อว่า การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีคุณภาพตามแนวทางที่ผู้บริหารระดับสูงวางไว้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (ธัญญา ผลอนันต์, 2546; เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) เพราะผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่ทราบปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจริง ส่วนการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลไม่ส่งผลถึงผลการดำเนินงานนั้น องค์กรอาจจำเป็นต้องศึกษาหาปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจ และความผูกพันต่อองค์กร เป็นต้นว่า อาจต้องมอบอำนาจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน การพิจารณาค่าตอบแทนที่เป็นธรรม รวมถึงผู้บริหารอาจต้องฝึกอบรมและการศึกษาแก่พนักงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อต่อยอดให้การบริหารคุณภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2550) ซึ่งจะตอบสนองต่อผลการดำเนินงานที่ดีต่อองค์กร

5.2.6 การจัดการกระบวนการ

การจัดการกระบวนการมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพ ($H15: B=.830, P=.000$) ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพนี้จะถูกวัดจากผลการดำเนินงาน สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ (Kim and Oh, 2012; Sang M. Lee, et.al, 2013) ซึ่งทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่ยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการกระบวนการและผลการดำเนินงาน และสอดคล้องกับปรัชญาการบริหารคุณภาพที่ได้เน้นย้ำว่า (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2545) กระบวนการมีความสำคัญไม่แพ้ผลลัพธ์ เพราะผลลัพธ์ที่ดีจะมาจากกระบวนการที่ดี ถ้าหากปรับปรุงกระบวนการให้ดี ผลลัพธ์ที่ดีก็จะตามมา ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งถือเป็นองค์กรวิชาชีพมีความเชี่ยวชาญในสาขาของตนทำให้การปรับปรุงกระบวนการมีประสิทธิภาพและเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานน้อยลง ทั้งในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และกระบวนการดูแลผู้ป่วย อาทิ การมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่พบบ่อย การรักษาความลับของเวชระเบียนของผู้ป่วยอย่างดี การออกแบบบริการเสริมสร้างสุขภาพร่วมกับชุมชน และการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า (Nadine Hietschold

และคณะ,2016) การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องทำให้องค์การเกิดการเรียนรู้และข้อบกพร่องจากการปฏิบัติงานในองค์การมีน้อยลงส่งผลให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า โรงพยาบาลมีการจัดการกระบวนการที่ดีโดยมีทีมงานคร่อมสายงานที่เข้มแข็งประกอบด้วย ทีม HR ดูแลทรัพยากรบุคคล ทีม IC ดูแลการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทีม RM ดูแลความเสี่ยงความปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับและผู้ให้บริการ ทีม ENV ดูแลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาล ทีม PCT ดูแลเรื่องการดูแลผู้ป่วย ทีม PTC ดูแลเรื่องระบบยา ทีม IM ดูแลเรื่องระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล โดยทีมงานเหล่านี้มาจากหลากหลายหน่วยงานและได้มีส่วนสำคัญยิ่งต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล สอดคล้องกับวิถีทางแห่งการพัฒนาคุณภาพที่กล่าวว่า (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2550) การจัดตั้งทีมงานแบบคร่อมสายงาน (cross-functional team) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีส่วนร่วมซึ่งถือว่าผู้ปฏิบัติงานทุกคนรู้ปัญหาและสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ดีที่สุดซึ่งเป็นโอกาสอันดีสำหรับการปรับปรุงคุณภาพเพื่อผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ

ดังนั้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับปรัชญาการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การที่โครงสร้างการบริหารองค์การจะต้องถูกจัดโครงสร้างในลักษณะมุ่งเน้นกระบวนการ (process-oriented) เพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน โดยการใช้ทีมงานที่มุ่งเน้นการประสานงานแบบข้ามหน่วยงาน (Cross-Functional Team) (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2550) ซึ่งเป็นโครงสร้างองค์การแบบแนวราบ (Horizontal Organization) มิใช่การบังคับบัญชาแบบแนวตั้ง (Vertical Hierarchy) ดังที่ปรากฏในระบบราชการ

5.2.7 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสะท้อนได้จากผลการดำเนินงานเป็นตัวแปรผลลัพธ์ที่เกิดจากตัวแปรการจัดการกระบวนการ โดยค่าเฉลี่ยของภาพรวมผลการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบด้วย ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย ผลด้านการเงิน ผลด้านทรัพยากรบุคคล ผลด้านระบบงาน ผลด้านการนำ และผลด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยผลการดำเนินงานที่อยู่ในระดับปานกลางอาจเป็นเพราะความไม่เข้มแข็งของตัวแปรการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลที่ไม่มีนัยสำคัญต่อผลการดำเนินงาน โดยมีเพียงแต่การจัดการกระบวนการเท่านั้นมีความสัมพันธ์ทางตรงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อผลการดำเนินงาน เพราะผลลัพธ์ที่มีคุณภาพจะต้องเกิดจากกระบวนการที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการให้บริการ และเกิดจากความเข้มแข็งของทรัพยากรบุคคลเพราะเป็นผู้สรรสร้างบริการให้เกิดขึ้น (Sang M. Lee, et.al ,2013) โดยปัญหาสำคัญตามข้อค้นพบคือการมุ่งทรัพยากรบุคคลที่ไม่สามารถตอบสนองผลการดำเนินงานได้ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ (TQM) ที่กล่าวว่า ผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่อยู่ในองค์การมีส่วนร่วมในความสำเร็จขององค์การ (Nadine

Hietschold และคณะ,2016; วิฑูรย์ สิมะโชคดี,2550) และเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (ธัญญา ผลอนันต์, 2546)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปรูปแบบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้ว่า

(1) ตัวแปรการนำและตัวแปรการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยส่งอิทธิพลทางตรงภายในโมเดลมากที่สุดคือ 4 เส้นทางอิทธิพล

(2) ตัวแปรการบริหารกลยุทธ์ไม่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ

(3) ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อตัวแปรการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคือตัวแปรการจัดการกระบวนการซึ่งได้รับการสนับสนุนจากตัวแปรการนำผ่านตัวแปรการวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การนำเสนอข้อเสนอแนะในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อเสนอแนะโดยประยุกต์จากวิธีคิดของหลักการบริหารคุณภาพ 14 ข้อของเดมมิง (Deming's 14 Points) กับวิธีการอันนำไปสู่ค่านิยมคุณภาพของโรงพยาบาล โดยผนวกกับข้อค้นพบจากการวิจัยที่จำต้องแก้ไขเพราะอาจเป็นต้นเหตุให้เกิดความล้มเหลวแก่องค์การคุณภาพได้ โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในภาพกว้างเพื่อให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมแก่วัฒนธรรมองค์การของตน

(1) ผู้บริหารควรตระหนักและยอมรับปรัชญาการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (มาตรฐาน HA) เนื่องจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากทีมนำทำให้ทราบว่าผู้บริหารโรงพยาบาลบางแห่งยังบริหารงานแบบการถ่ายทอดคำสั่งและประเพณีตัวในลักษณะ “เจ้านาย” ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานตามคำสั่ง แทนที่จะสร้างเจ้าหน้าที่ที่สามารถดูแลรับผิดชอบผลงานของตนเองได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนจึงต้องยอมรับวัฒนธรรมคุณภาพเข้ามาเป็นปรัชญาของตนให้ได้

(2) แม้ว่าค่าเฉลี่ยของการจัดการกระบวนการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.51, S.D.=.61$) แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลการสัมภาษณ์จากทีมนำของโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ขาดความสม่ำเสมอในการทบทวนคุณภาพ หรือวงล้อคุณภาพ (PDCA) หมุนไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้บริหารควร

มุ่งมั่นตั้งใจในการพัฒนาคุณภาพโดยการกำกับหรือจัดให้มีการประชุมเกี่ยวกับการทบทวนคุณภาพของกระบวนการทำงานของแต่ละหน่วยงาน หรือแต่ละทีมงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการกระทำที่ต่อเนื่องนี้เองจะเป็นต้นเหตุของวัฒนธรรมคุณภาพซึ่งเชื่อว่าการสร้างเสริมคุณภาพมิใช่งานที่ทำให้เสร็จเพียงครั้งเดียว

(3) ผู้บริหารควรจัดให้เจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมในส่วนที่มีความจำเป็นแก่โรงพยาบาล เพราะเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยด้านการอบรมเจ้าหน้าที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.21$, $S.D.=.91$) และเมื่อพิจารณาคู่กับข้อมูลการให้สัมภาษณ์ของทีมนำโรงพยาบาลยังพบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลบางแห่งคิดว่าการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณของโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้บริหารควรวิเคราะห์ความต้องการขององค์การว่ายังขาดความรู้ด้านใดอยู่แล้วส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมเพื่อนำความรู้มาพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยต้องไม่คิดว่าการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเป็นการสิ้นเปลือง โดยเฉพาะการส่งไปอบรมเกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพประเภทต่างๆ นอกจากนี้ความรู้บางอย่างในอดีตไม่สามารถนำมาใช้ได้ในปัจจุบัน

(4) ผู้บริหารควรดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ที่วางไว้ เนื่องจากข้อค้นพบเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าเส้นทางอิทธิพลของการบริหารเชิงกลยุทธ์ต่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล และการจัดการกระบวนการ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งกระบวนการทั้งสามองค์ประกอบดังกล่าวเป็นเป้าหมายสำคัญในการบริหารคุณภาพขององค์การ ฉะนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่โรงพยาบาล ผู้บริหารระดับสูงควรนำแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง นอกจากนี้ ผลการศึกษาเชิงประจักษ์สำคัญชี้ว่า การมุ่งเน้นผู้ป่วยไม่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการกระบวนการ ($H_9: B=.162, P=.118$) ดังนั้น โรงพยาบาลควรนำข้อร้องเรียนหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยมาปรับปรุงกระบวนการให้บริการ เช่น การดำเนินการลดระยะเวลารอแพทย์ตรวจในงานบริการผู้ป่วยนอก เป็นต้น

(5) การถ่ายทอดการตัดสินใจจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติควรกระทำให้หลายช่องทางโดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่การสื่อสารและข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญยิ่ง ผู้บริหารไม่ควรติดประกาศบนป้ายประชาสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว แต่ควรใช้สื่อออนไลน์เข้ามาประยุกต์ใช้และใช้ประโยชน์จากสิ่งนี้ให้มากที่สุด นอกจากนี้ ผู้บริหารควรยอมเหนื่อยในการตอบปัญหาข้อสงสัยของผู้ปฏิบัติอย่างฉันทมิตร เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นถึงความมุ่งมั่นในเรื่องคุณภาพ

(6) ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์การ โดยเฉพาะการวางแผนทรัพยากรบุคคลเพื่อให้ได้ทรัพยากรบุคคลทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่ลาออกหรือเกษียณทำให้ในบางครั้งผู้ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติหน้าที่ที่มีวิชาชีพอ่อนแอ อาทิต พยาบาลทำหน้าที่แทนแพทย์

นอกจากนี้ ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกยังชี้ว่าโรงพยาบาลมักละเลยเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้เป็นวิชาชีพ ดังนั้นผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับวิชาชีพอื่นที่มีได้เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงด้วย เช่น การให้ผู้ที่ทำหน้าที่ในฝ่ายการเงินเข้ามามีส่วนร่วมกับองค์กรด้วย เป็นต้นว่า ให้เข้ามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในฐานะฝ่ายการเงินว่าได้พบเจออะไรบ้างกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้เล่าอะไรให้ฟังหรือไม่ เพื่อที่จะทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีได้ให้บริการสุขภาพโดยตรงแก่ผู้ป่วยได้มีความรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- (1) ควรตรวจสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนโดยขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น
- (2) ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบโมเดลระหว่างโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองและยังไม่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพว่ามีลักษณะความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
- (3) ควรศึกษาปัจจัยกำหนดความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนด้วยวิธีเชิงคุณภาพ
- (4) ควรมีการทำวิจัยเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรในช่วงระยะเวลานั้นๆว่าเป็นในลักษณะหรือรูปแบบอย่างไร แล้วจึงนำผลการปรับปรุงองค์การต่อไป เพราะการพัฒนาคุณภาพเป็นการบริหารที่มีพลวัตและไม่หยุดนิ่ง
- (5) ควรใช้กรอบแนวคิดจากงานวิจัยนี้ตรวจสอบการพัฒนางานองค์การสุขภาพในระดับอื่น อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล (รพสต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่แนบชิดกับชุมชนมากที่สุด

รายการอ้างอิง

- Cameron, B. W. a. K. (1998). Organizational Quality: An Examination of the Malcolm Baldrige National Quality Framework. *Research in Higher Education*, 491-512.
- Connor, P. E. (1997). Total quality management: A selective commentary on its human dimensions. *Public Administration Review*, 57(6), 501-509.
- Dale Shaller. (2007). PATIENT-CENTERED CARE: WHAT DOES IT TAKE? . Retrieved 12 December, 2016, from http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Shaller_patient-centeredcarewhatdoesittake_1067.pdf?section=4039
- Darryl D. Wilson and David A. Collier. (2000). An Empirical Investigation of the Malcolm Baldrige National Quality Award Causal Model. *Decision Sciences*, 361-383.
- Hongyi Sun. (2011). A systems research on quality management under the MBNQA framework. *Total Quality Management & Business Excellence*, 1195-1211.
- John W. Best. (1981). *Research in Education*, 4th ed. New Jersey Prentice - Hall Inc.,.
- Mark Graham Brown. (2013). *Baldrige Award Winning Quality*. Florida: Productivity Press.
- Mosadeghrad, A. M. (2014a). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*.
- Mosadeghrad, A. M. (2014b). Factors influencing healthcare service quality. *EBSCOhost*.
- Nadine Hietschold, R. R., และ Sebastian Gurtner. (2014). Measuring critical success factors of TQM implementation successfully – a systematic literature review. *International Journal of Production Research*, 6254-6272.
- National Institute of standards and Technology. (2015). *Baldrige Performance Excellence Program. 2015–2016 Baldrige Excellence Framework: A Systems Approach to Improving Your Organization’s Performance (Health Care)*. Gaithersburg, MD: U.S. Department of Commerce.
- Nunnally J C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.
- Saladin, B. B. F. a. B. (2001). Further evidence on the validity of the theoretical models underlying the Baldrige criteria. *Journal of Operations Management*, 617-652.

- Sang M. Lee, D. L., และ David L. Olson. (2013). Health-care quality management using the MBHCP excellence model. *Total Quality Management & Business Excellence*, 119-137.
- SM Lee, K. Z., S Trimi,. (2006). Modernization of the Malcolm Baldrige national quality award. *International Journal of Production Research*, 44(23), 5089-5106.
- Susan M. Meyer. (1998). *AN EMPIRICAL INVESTIGATION OF THE CAUSAL LINKAGES IN THE PILOT CRITERIA OF THE MALCOLM BALDRIGE NATIONAL QUALITY AWARD IN HEALTH CARE*. The Ohio State University, Ohio.
- Susan M. Meyer and David A. Collier. (2001). An empirical test of the causal relationships in the Baldrige Health Care Pilot Criteria. *Journal of Operations Management*, 403-426.
- The World Medical Association. (2015). WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. Retrieved 7 September, 2016, from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/>
- Volker Krüger. (2001). Main schools of TQM: "the big five". *The TQM Magazine*, 146-155.
- W. Edwards Deming. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Wiggins, J. M. (2014). *Facilities Manager's Desk Reference*. Chichester, West Sussex Wiley-Blackwell.
- Yang-Kyun Kim and Hyun-Jong Oh. (2012). Causality Analysis on Health Care Evaluation Criteria for State-Operated Mental Hospitals in Korea Using Malcolm Baldrige National Quality Award Model. *Community Mental Health Journal*, 643-651.
- กิตตินันท์ อนรรฆมณี. (2558). ผู้นำกับมาตรฐานตอนที่ 1. หลักสูตร HA900: HA สำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล
คุณภาพ 2 -4 กันยายน 2558 from
<https://www.youtube.com/watch?v=OMSSOIXrwO4>
- กิตติพงศ์ วิเวกานนท์. (2547). การจัดการกระบวนการ : หนทางสร้างคุณภาพ การเพิ่มผลผลิต และศักยภาพเพื่อ
การแข่งขัน. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- กฤษสิทธิ์ รื่นรัมย์. (2547). การมุ่งเน้นลูกค้าและตลาด : สร้างองค์กรให้แตกต่างอย่างเหนือชั้น. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่ม
ผลผลิตแห่งชาติ.

- จงจิต หงษ์เจริญ. (2550). ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลบนหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลศิริราช. มหาวิทยาลัยศิลปากร, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จรัส สุวรรณเวลา. (2546). ทำไมต้องคำนึงถึงคุณภาพโรงพยาบาล. จุฬาลงกรณ์เวชสาร(10), 773-775.
- ชนิดา จิตจรุทธะ. (2553). วัฒนธรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์ และศิวิไลซ์ วรรณวีจิตร. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 3. พุทธชินราชเวชสาร, 33(2), 178-189.
- ตามพวรรณ คุณคำ และเบญจมาศ เป็นบุญ. (2555). ความภาคภูมิใจและความพึงพอใจของผู้มารับบริการของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2550). เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนพร มาสมบุญ. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามารัตติ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ธัชชัย อำนวยผลวิวัฒน์. (2553). รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรและสมรรถนะของการดำเนินงาน. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญญา ผลอนันต์. (2546). การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล : แนวทางสร้างความพึงพอใจแก่พนักงาน. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- ธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล. (2553). การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล : กรณีศึกษาสถาบันบำราศนราดูร. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- นงนุช บุญยัง. (2553). การวางแผนกลยุทธ์ทางการพยาบาล. สงขลา: ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและบริการพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิตย์ สัมมาพันธ์. (2546). ภาวะผู้นำ : พลังขับเคลื่อนองค์กรสู่ความเป็นเลิศ. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- นิภาพร ลครวงศ์. (2547). การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อคุณภาพบริการการพยาบาล โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปนัดดา ขวดบัว. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ฝ่ายการพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลเอกชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลระดับสากล กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พัชรี จันตาวงศ์. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติ : ศึกษากรณีการนำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (*Hospital Accreditation*) มาใช้ในโรงพยาบาลตำรวจ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พิมพ์ใจ ไพศาลย์. (2550). การทำงานเป็นทีมในโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ได้รับและไม่ได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (*HA*). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- แพทยสภา. (2558). คำประกาศ "สิทธิ" และ "ข้อพึงปฏิบัติ" ของผู้ป่วย. Retrieved 7 กันยายน, 2559, from http://tmc.or.th/detail_news.php?news_id=834&id=4
- ยุทธ ไกยวรรณ. (2556). การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างด้วย Amos. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุทธนา แซ่เดียว. (2548). การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ : สร้างองค์กรอัจฉริยะ. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- รัฐพงษ์ อุดมศรี. (2552). ความพึงพอใจในการให้บริการของโรงพยาบาลตำรวจ : กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก. from http://grad.kbu.ac.th/pdf/sar_data/d51_11.pdf
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2545). การจัดการคุณภาพ : จาก TQC ถึง TQM, ISO 9000 และการประกันคุณภาพ. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- วรเดช จันทรศร. (2552). ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สมาคมนักวิจัยมหาวิทยาลัยไทย.
- วัฒนา วงศ์เกียรติรัตน์. (2546). การวางแผนกลยุทธ์ : ศิลปะการกำหนดแผนองค์กรสู่ความเป็นเลิศ. กรุงเทพฯ: สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- วันชัย พิริยะวดี. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการสื่อสาร ปัจจัยด้านองค์การและพฤติกรรมกรรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลรัฐที่ผ่านการรับรองคุณภาพ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2550). TQM คู่มือพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2551). ปฏิญญาว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ของแพทยสมาคมโลก. วารสารคลินิก.
- วิศณี พรหมพันธุ์. (2544). การนำระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาล ก. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วีรญา ศิริจรรยาพงษ์. (2559). ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. (2555). ความสุขกับความคิดคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลไทย. วารสารสภาการพยาบาล, 26-42.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2543). คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2547). เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เพื่อองค์กรที่เป็นเลิศ 2547. กรุงเทพฯ: สำนักเลขานุการคณะกรรมการรางวัลคุณภาพแห่งชาติ สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2555). *Healthcare Accreditation*. นนทบุรี: หจก. สหพัฒนไพศาล.

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2558). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2559). สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง. Retrieved 10 สิงหาคม, 2559
- สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ. (2556). เส้นทางสู่ความเป็นเลิศขององค์กรที่ได้รับรางวัล ประจำปี 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (2559). จำนวนตำแหน่งจำแนกตามสถานะการปฏิบัติงาน. from www.ayph.in.th/main/index.php
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). ความเข้าใจผิดและข้อเท็จจริงการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ. Retrieved 23 สิงหาคม, 2559, from <http://healthdata.moph.go.th/kpi/>
- สิริวิท อีสโร. (2557). การบริหารคุณภาพในองค์กรภาครัฐของไทย : ศึกษากรณีรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุภมาส อังศุโชติ, ส. ว., รัชณีกุล ภิญโญภาณุวัฒน์. (2557). สถิติการวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ : เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สุริพันธ์ุ เสนานุช. (2553). *Visionary leadership* : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. กรุงเทพฯ: สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ.
- สุดิตดา พงศ์รัตนมาน. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุวิมล ติรกานันท์. (2550). การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุศิริภรณ์ อุดมสุข. (2548). ศึกษาการนำนโยบายระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล (*Hospital Accreditation : HA*) ไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตติกุล. (2551). เลื่อนไหล เลียบเลาะ เจาะลึก. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตติกุล (2559). *HA UPDATE 2016*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- อรพินท์ ไชยพยอม. (2541). ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพมหานคร.
- อภากร สุปัญญา. (2557). ผลงานองค์กร สะท้อนตามมาตรฐาน (ตอนที่ IV). การประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การรับรองกระบวนการคุณภาพ (*Act to Accreditation*). from <https://www.youtube.com/watch?v=qtjAZ3dSSmE&t=138s>





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

ใบรับรองจริยธรรมวิจัยในคน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 004/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 205.1/59 : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา

ผู้วิจัยหลัก : นายศภัทร ศรีงาม

หน่วยงาน : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปรีดา หัตถ์วิลาส*.....

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปรีดา หัตถ์วิลาส)

ประธาน

ลงนาม.....*นิพนธ์ ชัยชนะวงศาโรจน์*.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิพนธ์ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 13 มกราคม 2560

วันหมดอายุ : 12 มกราคม 2561

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย เลขที่โครงการวิจัย..... 205.1/59
- 4) แบบสอบถาม วันที่รับรอง..... 13 ม.ค. 2560
- วันหมดอายุ..... 12 ม.ค. 2561

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ยขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



หน้าปก -

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) โดยองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานประกอบด้วย การนำ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ และผลการดำเนินงาน การให้ข้อคิดเห็นของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างฐานข้อมูลในเรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จึงขอความอนุเคราะห์ท่านกรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามทุกข้อตามการรับรู้และความคิดเห็นที่แท้จริงของท่าน เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านกรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้ข้อมูล ณ โอกาสนี้ อย่างไรก็ตาม เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของท่านขอได้โปรดอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรที่แนบมาในการนี้ด้วย

ยศภัทร ศรีงาม

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อ1-7 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของท่าน

ส่วนที่ 2 ข้อ1-55 เป็นการสอบถามถึงการรับรู้ถึงการดำเนินการในการพัฒนาคุณภาพตามกรอบมาตรฐาน HA โดยประกอบด้วย การนำ การบริหารเชิงกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ป่วย การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ

ส่วนที่ 3 ข้อ 1-55 เป็นการสอบถามถึงการรับรู้ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4 เป็นการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานตามมาตรฐาน HA

ทั้งนี้ ในส่วนที่ 2-3 ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด ประกอบด้วย เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด และไม่แน่ใจ

คำตอบทั้งหมดของท่าน ผู้ทำการวิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะนำมาใช้ศึกษาร่วมกับคำตอบของบุคคลอื่นเพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี 31-40 ปี
 41-50 ปี 50 ปีขึ้นไป
3. ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 ปริญญาโท ปริญญาเอก
4. ประเภท ข้าราชการ พนักงานของรัฐ
 ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างประจำ
5. หน่วยงานที่สังกัด กลุ่มอำนวยการ กลุ่มการพยาบาล
 กลุ่มงานเทคนิคบริการ กลุ่มบริการทางการแพทย์
 กลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชน อื่นๆ
-
6. อายุงาน 1-5 ปี 5-10 ปี
 11-15 ปี 15 ปีขึ้นไป
7. สถานะ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (มาตรฐาน HA)

คำชี้แจง ข้อความของแบบสอบถามต่อไปนี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (มาตรฐาน HA) โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
การนำ						

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
1	โรงพยาบาลของท่านมีการกำหนดวิสัยทัศน์อย่างชัดเจน					
2	โรงพยาบาลของท่านมีการกำหนดนโยบายที่สำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี					
3	โรงพยาบาลของท่านมีการสื่อสารสองทางระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติงาน					
4	โรงพยาบาลของท่านมีการบริหารงานที่มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้					
5	โรงพยาบาลของท่านมีการนำประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษา มาเรียนรู้อร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ					
การบริหารเชิงกลยุทธ์						
6	โรงพยาบาลของท่านมีการนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการและชุมชนมาพิจารณาประกอบการจัดทำแผนกลยุทธ์					
7	โรงพยาบาลของท่านได้วางวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของชุมชน					
8	โรงพยาบาลของท่านสร้างให้บุคลากรมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ					
9	โรงพยาบาลของท่านมีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในแผนปฏิบัติงาน					
การมุ่งเน้นผู้ป่วย						
10	โรงพยาบาลของท่านมีช่องทางที่หลากหลายในการรับรู้ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนของผู้ป่วย					
11	โรงพยาบาลของท่านดำเนินการตอบสนอง					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
	ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็ว					
12	โรงพยาบาลของท่านนำข้อร้องเรียนมาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ					
13	โรงพยาบาลของท่านมีการเรียนรู้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง					
14	โรงพยาบาลของท่านดูแลครอบคลุมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วย					
การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้						
15	โรงพยาบาลของท่านมีการวัดผลงาน (ตัวชี้วัด) ในทุกส่วนขององค์กร					
16	โรงพยาบาลของท่านมีการวิเคราะห์และทบทวนผลงานของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ					
17	โรงพยาบาลของท่านมีการจัดสรรคนเทศที่จำเป็นพร้อมต่อการใช้งานตลอดเวลา					
18	โรงพยาบาลของท่านมีการปรับปรุงเทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ					
19	โรงพยาบาลของท่านมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ					
การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล						
20	โรงพยาบาลของท่านมีการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดปัจจัยความผูกพันของบุคลากรชัดเจน					
21	โรงพยาบาลของท่านมีระบบประเมินผลงานเพื่อการบริหารค่าตอบแทนที่เป็นธรรม					
22	โรงพยาบาลของท่านมีการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อรองรับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล					
23	โรงพยาบาลของท่านมีการจัดทำแผนเพื่อให้					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
	ได้มาซึ่งบุคลากรที่ต้องการ					
24	โรงพยาบาลของท่านมีระบบป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงาน					
การจัดการกระบวนการ						
25	โรงพยาบาลของท่านมีการซ้อมปฏิบัติต่อภาวะฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ					
26	โรงพยาบาลของท่านมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้านอย่างสม่ำเสมอ					
27	โรงพยาบาลของท่านมีการทบทวนการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ					
28	โรงพยาบาลของท่านมีการตรวจสอบอาคารเพื่อค้นหาความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ					
29	โรงพยาบาลของท่านมีการฝึกอบรมในการจัดการของเสียอันตรายอย่างสม่ำเสมอ					
30	โรงพยาบาลของท่านมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ					
31	โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่พบบ่อย					
32	โรงพยาบาลของท่านใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นหลักในการสนับสนุนการทำงาน					
33	โรงพยาบาลของท่านได้ดำเนินการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง					
34	โรงพยาบาลของท่านมีการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อมาใช้ในการวางแผนระบบงาน					
35	โรงพยาบาลของท่านมีการรักษาความลับของเวชระเบียนของผู้ป่วยอย่างดี					
36	โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการป้องกันปัญหาจากการใช้ยาเสี่ยงสูง (high alert drug)					
37	โรงพยาบาลของท่านให้ผู้เกี่ยวข้องในการ					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
	ดูแลผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยที่จำเป็นได้อย่างครบถ้วน					
38	โรงพยาบาลของท่านส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยพร้อมคำแนะนำที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ					
39	โรงพยาบาลของท่านให้ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการบริหารยา					
40	โรงพยาบาลของท่านมีระบบป้องกันการรายงานผลที่ผิดพลาดของห้องปฏิบัติการ					
41	โรงพยาบาลของท่านชี้แจงแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังสุขภาพสำหรับบุคลากรทุกระดับ					
42	โรงพยาบาลของท่านมีการออกแบบบริการเสริมสร้างสุขภาพร่วมกับชุมชน					
43	โรงพยาบาลของท่านสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตัวชุมชนเอง					
44	โรงพยาบาลของท่านมีระบบที่ดีในการให้ข้อมูลที่อ่อนไหวแก่ผู้ป่วย					
45	โรงพยาบาลของท่านมีความร่วมมือและประสานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย					
46	โรงพยาบาลของท่านมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วยในทุกด้าน					
47	โรงพยาบาลของท่านวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาอย่างสม่ำเสมอ					
48	โรงพยาบาลของท่านมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ					
49	ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดการดูแลผู้ป่วย					
50	โรงพยาบาลของท่านส่งต่อผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
51	โรงพยาบาลของท่านมีบริการอาหารเฉพาะโรค					
52	โรงพยาบาลของท่านตอบสนองความต้องการต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างรอบด้าน					
53	โรงพยาบาลของท่านมีระบบการประเมินและบำบัดอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยครอบคลุมทุกหน่วยงาน					
54	ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย					
55	โรงพยาบาลของท่านมีการประสานข้อมูลกับหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงาน

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
1. ผลด้านการดูแลผู้ป่วย						
1	ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพ					
2	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลมีแนวโน้มดีขึ้น					
3	โรงพยาบาลของท่านมีการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ					
4	ผลลัพธ์ของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายในแผนการดูแลผู้ป่วย					
5	การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำมาก					
6	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่าง					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
	สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์					
7	ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น					
8	ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง					
9	โรงพยาบาลของท่านเป็นแบบอย่างแก่โรงพยาบาลชุมชนอื่นในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง					
2. ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น						
1	โรงพยาบาลของท่านให้บริการเกินความคาดหวังของชุมชน					
2	ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่น ศรัทธาและผูกพันกับโรงพยาบาล					
3	ท่านเห็นผลการปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อมุ่งเน้นผู้ป่วยชัดเจนขึ้น					
4	ผู้ป่วยได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์					
3. ผลด้านการเงิน						
1	โรงพยาบาลของท่านมีรายรับมากกว่ารายจ่าย					
2	โรงพยาบาลของท่านมีสภาพคล่องทางการเงิน					
4. ผลด้านทรัพยากรบุคคล						
1	ท่านมีความผูกพันกับโรงพยาบาล					
2	ท่านแน่วแน่ในการอุทิศตนให้กับโรงพยาบาล					
3	ท่านมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลงานที่ดีเพื่อบรรลุความสำเร็จของตนเอง					
4	ท่านมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลงานที่ดีเพื่อบรรลุความสำเร็จของโรงพยาบาล					
5	ท่านมีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในนโยบายใหม่ๆของโรงพยาบาล					
5. ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ						
1	โรงพยาบาลของท่านมีสมรรถนะหลักโดดเด่น					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
	เด่นเป็นที่เทียบเคียงกับโรงพยาบาลชุมชนอื่น					
2	โรงพยาบาลของท่านมีความชัดเจนในการทำงานประสานเชื่อมโยงกับทุกฝ่าย					
3	โรงพยาบาลของท่านมีวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้ป่วย					
4	โรงพยาบาลของท่านมีวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีม					
5	โรงพยาบาลของท่านมีวัฒนธรรมของการประเมินตนเอง					
6	โรงพยาบาลของท่านมีวัฒนธรรมของความปลอดภัยที่เด่นชัด					
7	โรงพยาบาลของท่านมีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย					
8	โรงพยาบาลของท่านมีผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ดี					
9	โรงพยาบาลของท่านมีการให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูง					
10	แพทย์ในโรงพยาบาลของท่านเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ					
11	สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงพยาบาลเอื้อต่อการเยียวยาผู้ป่วย					
12	สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงพยาบาลเอื้อต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย					
13	โรงพยาบาลของท่านมั่นใจว่าจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายจากของเสีย					
14	โรงพยาบาลของท่านเป็นแบบอย่างที่ดีในการเตรียมความพร้อมป้องกันอัคคีภัย					
15	โรงพยาบาลของท่านเป็นแบบอย่างที่ดีในการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม					
16	โรงพยาบาลของท่านมีอัตราการติดเชื้อ					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
	<u>สำคัญอยู่ในระดับต่ำ</u>					
17	โรงพยาบาลของท่านมีทรัพยากรด้านการควบคุมการติดเชื้ออย่างเพียงพอ					
18	โรงพยาบาลของท่านมีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ					
19	โรงพยาบาลของท่านได้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมการระบาด					
20	โรงพยาบาลของท่านมีระบบเวชระเบียนที่ตอบสนองความต้องการของโรงพยาบาลและผู้ป่วย					
21	ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง					
22	โรงพยาบาลของท่านมี <u>เวชระเบียนที่มีความสมบูรณ์และคุณภาพสูง</u>					
23	โรงพยาบาลของท่านมีระบบบริหารจัดการด้านยาอย่างเป็นระบบ					
24	ยาในโรงพยาบาลของท่านมีคุณภาพเพียงพอและพร้อมในตลอดเวลา					
25	โรงพยาบาลของท่านมีการจัดจ่ายยาที่มีความคลาดเคลื่อนในระดับต่ำมาก					
6. ผลด้านการนำ						
1	โรงพยาบาลของท่านเกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน					
2	โรงพยาบาลของท่านเกิดการตื่นตัวในการสร้างนวัตกรรมในระดับสูง					
3	โรงพยาบาลของท่านมีผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์					
4	ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยไว้วางใจการทำงานของผู้บริหาร					
5	ชุมชนในพื้นที่ไว้วางใจการทำงานของผู้บริหาร					
6	โรงพยาบาลของท่านเป็นแบบอย่างที่ดีใน					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	ไม่แน่ใจ
	<u>การป้องกันผลกระทบด้านลบ</u>					
	7. ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ					
1	บุคลากรทุกระดับให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ					
2	โรงพยาบาลของท่านมีการควบคุมการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ					
3	ชุมชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นได้					
4	ชุมชนในพื้นที่สามารถพึ่งตนเองในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้					

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นอื่นๆ

ในส่วนนี้ขอให้ท่านได้โปรดแสดงความคิดเห็นว่า ในองค์ประกอบทั้ง 7 ตามมาตรฐาน HA นี้ โรงพยาบาลของท่านมีข้อเด่น หรือข้อด้อย ตลอดจนข้อเสนอแนะอื่นๆในการปรับปรุงการดำเนินงานตามหัวข้อทั้ง 7 ต่อไปนี้ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

1.การนำ

2.การบริหารเชิงกลยุทธ์

3.การมุ่งเน้นผู้ป่วย

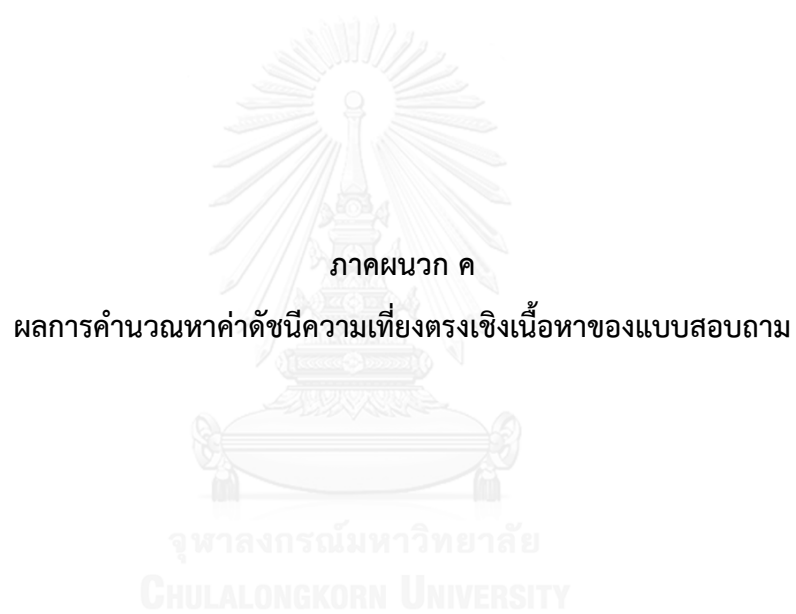
4.การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้

5.การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

6.การจัดการกระบวนการ

7.ผลการดำเนินงาน

ขอขอบคุณสำหรับการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้



**ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม
ในงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา**

ส่วนที่1 องค์ประกอบสำคัญในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปลความหมาย
		1	2	3	4	5			
การนำ									
	การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง								
1	โรงพยาบาลของท่านมีการกำหนดวิสัยทัศน์อย่างชัดเจน	1	0	1	1	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
2	โรงพยาบาลของท่านมีกิจกรรมส่งเสริมต่างๆ เพื่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี	0	-1	0	1	-1	-1	-0.2	ควรปรับปรุง*
<p>*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ:</p> <p>(1) ควรให้ความหมายของคำว่า “กิจกรรมส่งเสริม”</p> <p>(2) การสนับสนุนของผู้นำ หมายถึง การสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสนับสนุนดังนั้นควรถามถึง “การกำหนดนโยบายที่สำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย” มากกว่า กิจกรรมส่งเสริมต่างๆ</p> <p>ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านมีการกำหนดนโยบายที่สำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี</p>									
3	โรงพยาบาลของท่านมีกลไกสื่อสารตอบโต้ระหว่างผู้บริหารและผู้บริหารปฏิบัติงาน	0	-1	-1	1	-1	-2	-0.4	ควรปรับปรุง*
<p>*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ:</p> <p>(1) ไม่มีในนิยามปฏิบัติการ แต่มีในมาตรฐาน HA แต่เจตนาไม่ใช่การสื่อสารตอบโต้ แต่เป็นการสื่อสาร “จุดเน้นขององค์กรเพื่อให้เกิดการปฏิบัติและปรับปรุงผลงาน”</p> <p>(2) ตอบโต้มีความหมายเชิงลบควรเปลี่ยนเป็นการสื่อสารสองทาง</p> <p>ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านมีการสื่อสารสองทางระหว่างผู้บริหารและผู้บริหารปฏิบัติงาน</p>									
	การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม								
4	โรงพยาบาลของท่านมีระบบกำกับกิจการที่ดี	0	-1	1	1	1	2	0.4	ควรปรับปรุง*
<p>*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ:</p> <p>(1) ข้อนี้น่ากว้าง ตอบยาก และอาจไม่ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็น: เพราะระบบกำกับกิจการที่ดี หมายความว่า ความรับผิดชอบต่อสังคมของผู้บริหาร ความรับผิดชอบต่อด้านการเงิน ความโปร่งใส ระบบการตรวจสอบ การประเมินผู้นำทุกระดับ และประสิทธิผลของระบบการนำ</p>									

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปลความหมาย
		1	2	3	4	5			
(2) ระบบกำกับกิจการที่ดีหมายความว่าอะไรในบริบทโรงพยาบาล (3) เพิ่มคำในข้อคำถามใหม่เป็น โรงพยาบาลของท่านมีระบบกำกับดูแลกิจการที่ดี ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านมีการบริหารงานที่มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้									
5	โรงพยาบาลของท่านมีการนำประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจมาเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา*</u>
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ: (1) เพิ่มคำในข้อคำถามใหม่เป็น “...การตัดสินใจต่อการดูแลรักษาการเรียนรู้ร่วมกัน...” ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านมีการนำประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาการเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ									
การบริหารเชิงกลยุทธ์									
การจัดทำกลยุทธ์									
6	โรงพยาบาลของท่านมีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบจุดแข็งและจุดอ่อนที่สำคัญ	1	0	1	1	0	3	0.6	<u>ตรงเชิงเนื้อหา*</u>
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ: (1) คำถามนี้ตามมาตรฐานจะมีคำว่า “ที่อาจถูกมองข้าม” ต่อท้ายซึ่งหมายถึง potential blind spot เสนอให้ปรับเป็น “รพ.ของท่านมีการนำผลวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการและชุมชน จุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสคุกคามขององค์กรมาพิจารณาประกอบการจัดทำแผนกลยุทธ์” ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านมีการนำผลวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการและชุมชนมาพิจารณาประกอบการจัดทำแผนกลยุทธ์									
7	โรงพยาบาลของท่านได้วางวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของชุมชน	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ									
8	โรงพยาบาลของท่านสร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละวิชาชีพ	1	0	1	1	0	3	0.6	<u>ตรงเชิงเนื้อหา*</u>
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ: (1) ประเด็นมาตรฐานว่าด้วยเรื่อง “การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ” การถามคำถามแบบนี้ไม่สื่อ เพราะ การทำให้บุคลากรมีความตระหนักในบทบาทของตนเองและเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนเพื่อการบรรลุ									

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปลความหมาย
		1	2	3	4	5			
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ อาจปรับเป็น “รพ.ของท่านสร้างให้บุคลากรมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ” ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านสร้างให้บุคลากรมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ									
9	โรงพยาบาลมีนวัตกรรมในการได้มาซึ่งทรัพยากรเพื่อปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ได้สำเร็จ	0	0	1	-1	0	0	0	ควรปรับปรุง*
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ: (1) ข้อนี้อาจเข้าใจยาก ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรการเงิน บุคลากร และอื่นๆอย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน									
10	โรงพยาบาลของท่านมีการตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างผลงานจริงและผลงานที่คาดหวัง	0	-1	1	1	0	1	0.2	ควรปรับปรุง*
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ: (1) ข้อนี้อาจเข้าใจยาก ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านมีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในแผนปฏิบัติงาน									
การมุ่งเน้นผู้ป่วย									
ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย									
11	โรงพยาบาลของท่านมีช่องทางการติดต่อร้องเรียนที่หลากหลาย	0	1	1	0	1	3	0.6	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ: (1) การรับฟังความต้องการและความคาดหวัง กับข้อร้องเรียน คนละความหมาย ควรปรับเป็น “รพ.ของท่านมีช่องทางการรับรู้ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนที่หลากหลาย” (2) ควรใช้คำว่า ช่องทางที่หลากหลายในการรับข้อร้องเรียน (3) ช่องทางแก่ใคร ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านมีช่องทางที่หลากหลายในการรับรู้ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนของผู้ป่วย									
ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน									
12	โรงพยาบาลของท่านตอบสนองข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็ว	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ: (1) เสนอเพิ่มเติม รพ.ของท่านดำเนินการตอบสนองความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็ว									

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปลความหมาย
		1	2	3	4	5			
ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านดำเนินการตอบสนองความต้องการ ความคาดหวัง และข้อร้องเรียนอย่างรวดเร็ว									
13	โรงพยาบาลของท่านนำข้อร้องเรียนมาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ	0	1	1	1	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
	สิทธิผู้ป่วย								
14	โรงพยาบาลของท่านมีการเรียนรู้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง	0	1	1	1	0	3	0.6	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
15	โรงพยาบาลของท่านดูแลครอบคลุมไปถึงครอบครัวหรือประเด็นอื่นที่ไม่ใช่เรื่องสุขภาพโดยตรง	0	1	-1	-1	-1	-2	-0.4	ควรปรับปรุง
<p>*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ:</p> <p>(1) ประเด็นคือ อะไรคือเรื่องที่ไม่ใช่สุขภาพ คนตอบนี้ก็ไม่ออก</p> <p>(2) คำถามนี้กว้างไปจะถามเรื่องการดูแลครอบครัว หรือประเด็นอื่นที่ไม่ใช่เรื่องสุขภาพ</p> <p>ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านดูแลครอบคลุมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วย</p>									
การวัดวิเคราะห์และจัดการความรู้									
	การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงานขององค์กร								
16	โรงพยาบาลของท่านมีการวัดผลงาน (ตัวชี้วัด) ในทุกส่วนขององค์กร	0	1	1	1	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
17	โรงพยาบาลของท่านมีการวิเคราะห์และทบทวนผลงานของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
	การจัดการสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการความรู้								
18	โรงพยาบาลของท่านมีการจัดสารสนเทศที่จำเป็นพร้อมต่อการใช้งานตลอดเวลา	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
19	โรงพยาบาลของท่านมีการปรับปรุงเทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
20	โรงพยาบาลของท่านมีการ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปลความหมาย
		1	2	3	4	5			
	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ								
	การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล								
	ความผูกพันของบุคลากร								
21	โรงพยาบาลของท่านมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่ผลต่อความผูกพันของบุคลากร	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ:									
(1) อาจปรับเป็น “รพ.ของท่านมีการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดปัจจัยความผูกพันของบุคลากรชัดเจน”									
ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านมีการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดปัจจัยความผูกพันของบุคลากรชัดเจน									
22	โรงพยาบาลของท่านมีระบบประเมินผลงานเพื่อการบริหารค่าตอบแทนที่เป็นธรรม	1	1	1	1	0	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
23	โรงพยาบาลของท่านมีการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อรองรับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
	สภาพแวดล้อมของบุคลากร								
24	โรงพยาบาลของท่านมีการจัดทำแผนเพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่ต้องการ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
25	โรงพยาบาลของท่านมีระบบป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงาน	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
	การจัดการกระบวนการ								
	การออกแบบระบบงาน								
26	โรงพยาบาลของท่านมีการกำหนดระบบงานและกระบวนการสำคัญซึ่งสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักขององค์กร	0	1	1	1	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
27	โรงพยาบาลของท่านมีการซ้อมปฏิบัติต่อภาวะฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
	การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน								
28	โรงพยาบาลของท่านใช้เทคนิค	0	1	1	1	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปลความหมาย
		1	2	3	4	5			
	3P หรือ PDSA กับระบบงานหรือกระบวนการหลัก								
	ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล								
29	โรงพยาบาลของท่านมีความเป็นทีมในระบบงานต่างๆ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
30	ท่านถูกกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจน	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
31	โรงพยาบาลของท่านมีการขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
32	ท่านมักหาโอกาสการพัฒนาตนเองจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของท่าน	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
33	โรงพยาบาลของท่านมีการติดตามและปรับปรุงระบบงานการกำกับดูแลและบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
34	โรงพยาบาลของท่านมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้านอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
35	โรงพยาบาลของท่านมีการทบทวนการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
36	โรงพยาบาลของท่านมีการบริหารการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วม	0	1	1	-1	1	2	0.4	ควรปรับปรุง
37	โรงพยาบาลของท่านมีการเรียนรู้ร่วมกันของทุกสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
38	แพทย์ในโรงพยาบาลของท่านมีบทบาทเด่นชัดในการเป็นผู้นำ	1	1	1	0	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา*</u>
<p>*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ:</p> <p>(1) อาจเพิ่มเติม “การเป็นผู้นำในการทบทวนการดูแลและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย”</p> <p>ปรับแก้: แพทย์ในโรงพยาบาลของท่านมีบทบาทเด่นชัดในการเป็นผู้นำในการทบทวนการดูแลและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย</p>									

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปลความหมาย
		1	2	3	4	5			
39	อาคารในโรงพยาบาลของท่านมีพื้นที่ใช้สอยอย่างเพียงพอ	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
40	โรงพยาบาลของท่านมีการตรวจสอบอาคารเพื่อค้นหาความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
41	โรงพยาบาลของท่านมีการฝึกอบรมในการจัดการของเสียอันตรายอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
42	โรงพยาบาลของท่านจัดให้มีการซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
43	โรงพยาบาลของท่านมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
44	โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่พบบ่อย	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
45	โรงพยาบาลของท่านใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นหลักในการสนับสนุนการทำงาน	1	0	1	1	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
46	โรงพยาบาลของท่านได้ดำเนินการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
47	โรงพยาบาลของท่านมีการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อมาใช้ในการวางแผนระบบงาน	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
48	โรงพยาบาลของท่านมีการรักษาความลับของเวชระเบียนของผู้ป่วยอย่างดี	1	1	1	1	-1	3	0.6	ตรงเชิงเนื้อหา
49	โรงพยาบาลของท่านมีการทบทวนคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
50	โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการป้องกันปัญหาจากการใช้ยาที่รุนแรง	-1	-1	1	0	-1	-2	-0.4	ควรปรับปรุง*

***ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ:**

(1) ควรเปลี่ยนเป็น 1) รพ.ของท่านมีการติดตามข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาและนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการใช้ยา หรือ อาจเป็น 2) รพ.ของท่านมีมาตรการป้องกันปัญหาจากการใช้ยาเสี่ยงสูง (high alert drug)

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปลความหมาย
		1	2	3	4	5			
(2) ต้องใช้คำว่า ยาที่มีความเสี่ยงสูง									
(3) ปัญหาด้านใด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือความคลาดเคลื่อนทางยา									
ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการป้องกันปัญหาจากการใช้ยาเสี่ยงสูง (high alert drug)									
51	โรงพยาบาลของท่านให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยที่จำเป็นได้อย่างครบถ้วน	1	0	1	1	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
52	โรงพยาบาลของท่านส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยพร้อมคำแนะนำที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
53	โรงพยาบาลของท่านให้ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการบริหารยา	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
54	โรงพยาบาลของท่านมีระบบป้องกันการรายงานผลที่ผิดพลาดของห้องปฏิบัติการ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
55	โรงพยาบาลของท่านมีบริการรังสีวิทยาที่จำเป็นตลอดเวลา	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
56	โรงพยาบาลของท่านชี้แจงแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังสุขภาพสำหรับบุคลากรทุกระดับ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
57	โรงพยาบาลของท่านมีการออกแบบบริการเสริมสร้างสุขภาพร่วมกับชุมชน	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
58	โรงพยาบาลของท่านสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตัวชุมชนเอง	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
	กระบวนการดูแลผู้ป่วย								
59	โรงพยาบาลของท่านมีระบบที่ดีในการให้ข้อมูลที่อ่อนไหวแก่ผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
60	โรงพยาบาลของท่านมีความร่วมมือและประสานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
61	โรงพยาบาลของท่านมีการใช้	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปล ความหมาย
		1	2	3	4	5			
	เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารผลการตรวจสุขภาพของผู้ป่วยในทุกด้าน								
62	โรงพยาบาลของท่านวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาอย่างสม่ำเสมอ	1	-1	1	1	1	3	0.6	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
63	โรงพยาบาลของท่านมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
64	ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดการดูแลผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
65	โรงพยาบาลของท่านส่งต่อผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม	1	1	1	0	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
66	โรงพยาบาลของท่านมีบริการอาหารเฉพาะโรค	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
67	โรงพยาบาลของท่านตอบสนองความต้องการต่างๆของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างรอบด้าน	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
68	โรงพยาบาลของท่านมีระบบการประเมินและบำบัดอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยครอบคลุมทุกหน่วยงาน	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
69	ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
70	โรงพยาบาลของท่านมีการประสานข้อมูลกับหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	1	1	1	0	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
71	โรงพยาบาลของท่านมีระบบที่ดีในการให้ข้อมูลที่อ่อนไหวแก่ผู้ป่วย	1	1	1	1	0	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงาน

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ	$\sum R$	IOC	การแปล
-----	-------	---------------------------------	----------	-----	--------

		1	2	3	4	5			ความหมาย
1. ผลด้านการดูแลผู้ป่วย									
1	ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
2	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา*</u>
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ:									
(1) ขอบปรับเป็น “ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลมีแนวโน้มดีขึ้น”									
ปรับแก้: ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาลมีแนวโน้มดีขึ้น									
3	โรงพยาบาลของท่านมีการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ	1	1	0	1	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
4	ผลลัพธ์ของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายในแผนการดูแลผู้ป่วย	1	0	1	1	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
5	ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เกินความคาดหวัง	1	-1	1	1	1	3	0.6	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
6	การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำมาก	1	0	0	1	1	3	0.6	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ:									
(1) “เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำแบบเดิม” น่าจะมีความสำคัญกว่า									
ปรับแก้: การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำแบบเดิมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำมาก									
7	โรงพยาบาลของท่านมีโภชนบำบัดในการดูแลผู้ป่วยในระดับดีมาก	1	-1	0	0	1	1	0.2	ควรปรับปรุง
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ:									
(1) โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีนักโภชนบำบัด									
ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามนี้ออก									
8	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
9	ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
10	ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง	1	1	1	0	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
11	โรงพยาบาลของท่านเป็นแบบอย่างแก่โรงพยาบาลชุมชนอื่นในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
2. ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น									

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปลความหมาย
		1	2	3	4	5			
1	โรงพยาบาลของท่านให้บริการเกินความคาดหวังของผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
2	โรงพยาบาลของท่านให้บริการเกินความคาดหวังของชุมชน	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
3	ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นศรัทธาและผูกพันกับโรงพยาบาล	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
4	ท่านเห็นผลการปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อมุ่งเน้นผู้ป่วยชัดเจนขึ้น	1	-1	1	1	1	3	0.6	ตรงเชิงเนื้อหา
5	ผู้ป่วยได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
3. ผลด้านการเงิน									
1	โรงพยาบาลของท่านมีรายรับมากกว่ารายจ่าย	1	0	1	1	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
2	โรงพยาบาลของท่านมีสภาพคล่องทางการเงิน	1	0	1	1	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
3	โรงพยาบาลของท่านมีการจัดการด้านการเงินอย่างมีประสิทธิภาพ	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
4. ผลด้านทรัพยากรบุคคล									
1	ท่านมีความผูกพันกับโรงพยาบาล	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
2	ท่านแน่วแน่ในการอุทิศตนให้กับโรงพยาบาล	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
3	ท่านมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลงานที่ดีเพื่อบรรลุความสำเร็จของตนเอง	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
4	ท่านมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลงานที่ดีเพื่อบรรลุความสำเร็จของโรงพยาบาล	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
5	ท่านมีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในนโยบายใหม่ๆของโรงพยาบาล	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
5. ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ									
1	โรงพยาบาลของท่านมีสมรรถนะ	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปล ความหมาย
		1	2	3	4	5			
	หลักโดดเด่นเป็นที่เทียบเคียงกับ โรงพยาบาลชุมชนอื่น								
2	โรงพยาบาลของท่านมีความ พร้อมตลอดเวลาต่อการจัดการ ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
3	โรงพยาบาลของท่านมีความ ชัดเจนในการทำงานประสาน เชื่อมโยงกับทุกฝ่าย	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
4	โรงพยาบาลของท่านมี วัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
5	โรงพยาบาลของท่านมี วัฒนธรรมของการทำงานเป็น ทีม	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
6	โรงพยาบาลของท่านมี วัฒนธรรมของการประเมิน ตนเอง	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
7	โรงพยาบาลของท่านมี วัฒนธรรมของความปลอดภัยที่ เด่นชัด	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
8	โรงพยาบาลของท่านมี วัฒนธรรมของการทบทวน คุณภาพการดูแลผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
9	โรงพยาบาลของท่านมีผลลัพธ์ ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ดี	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
10	โรงพยาบาลของท่านมีการ ให้บริการทางการแพทย์ที่มี คุณภาพสูง	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
11	แพทย์ในโรงพยาบาลของท่าน เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริม ให้โรงพยาบาลมีบริการทาง การแพทย์ที่มีคุณภาพ	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
12	สิ่งแวดล้อมทางกายภาพใน โรงพยาบาลเอื้อต่อการเยียวยา ผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>
13	สิ่งแวดล้อมทางกายภาพใน โรงพยาบาลเอื้อต่อความ ปลอดภัยของผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปล ความหมาย
		1	2	3	4	5			
14	โรงพยาบาลของท่านมั่นใจว่าจะ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายจากของเสีย	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
15	โรงพยาบาลของท่านเป็น แบบอย่างที่ดีในการเตรียมความ พร้อมป้องกันอัคคีภัย	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
16	โรงพยาบาลของท่านเป็น แบบอย่างที่ดีในการพิทักษ์ สิ่งแวดล้อม	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
17	โรงพยาบาลของท่านมีอัตราการ ติดเชื้อสำคัญอยู่ในระดับต่ำ	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
18	โรงพยาบาลของท่านมีทรัพยากร ด้านการควบคุมการติดเชื้ออย่าง เพียงพอ	1	1	1	0	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
19	โรงพยาบาลของท่านมีระบบการ เฝ้าระวังการติดเชื้อที่มี ประสิทธิภาพ	0	1	0	1	1	3	0.6	ตรงเชิงเนื้อหา
20	โรงพยาบาลของท่านได้ตระหนัก ถึงความสำคัญของการควบคุม การระบาด	0	1	0	1	1	3	0.6	ตรงเชิงเนื้อหา
21	โรงพยาบาลของท่านมีระบบเวช ระเบียนที่ตอบสนองความ ต้องการของโรงพยาบาลและ ผู้ป่วย	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
22	ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมี ข้อมูลเพียงพอสำหรับการดูแล ต่อเนื่อง	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
23	โรงพยาบาลของท่านมีเวช ระเบียนที่มีความสมบูรณ์และ คุณภาพสูง	0	1	1	1	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
24	โรงพยาบาลของท่านมีระบบ บริหารจัดการด้านยาอย่างเป็น ระบบ	0	1	1	1	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
25	ยาในโรงพยาบาลของท่านมี คุณภาพเพียงพอและพร้อมใน ทุกเวลา	1	1	-1	1	1	3	0.6	ตรงเชิงเนื้อหา
26	โรงพยาบาลของท่านมีการจัด จ่ายยาที่มีความคาดเคลื่อนใน	1	-1	1	1	1	3	0.6	ตรงเชิงเนื้อหา

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปลความหมาย
		1	2	3	4	5			
	ระดับต่ำมาก								
6. ผลด้านการนำ									
1	โรงพยาบาลของท่านเกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน	1	1	1	0	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
2	โรงพยาบาลของท่านเกิดการตื่นตัวในการสร้างนวัตกรรมในระดับสูง	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา
3	โรงพยาบาลของท่านได้สร้างผลงานตามทิศทางของโรงพยาบาล	1	0	1	1	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ: (1) “ผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์” ปรับแก้: โรงพยาบาลของท่านมีผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์									
4	ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยไว้วางใจการทำงานของผู้บริหาร	1	1	1	0	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
5	ชุมชนในพื้นที่ไว้วางใจการทำงานของผู้บริหาร	1	1	1	0	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
6	โรงพยาบาลของท่านเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันผลกระทบด้านลบ	1	1	1	0	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
7. ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ									
1	บุคลากรทุกระดับให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	-1	1	1	1	1	3	0.6	ตรงเชิงเนื้อหา
2	โรงพยาบาลของท่านตรวจพบภัยสุขภาพที่ไม่อยู่ในขอบเขตการเฝ้าระวัง	-1	-1	1	0	1	0	0	ควรปรับปรุง
*ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ: (1) ข้อนี้ไม่ใช่ผลลัพธ์ ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามนี้ออก									
3	โรงพยาบาลของท่านมีการควบคุมการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ	0	1	1	1	1	4	0.8	ตรงเชิงเนื้อหา
4	ชุมชนในพื้นที่สามารถเข้าถึง	1	1	1	1	1	5	1	ตรงเชิงเนื้อหา

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ					$\sum R$	IOC	การแปล ความหมาย
		1	2	3	4	5			
	บริการสร้างเสริมสุขภาพที่ จำเป็นได้								
5	ชุมชนในพื้นที่สามารถพึ่งตนเอง ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ในพื้นที่ได้	1	0	1	1	1	4	0.8	<u>ตรงเชิงเนื้อหา</u>



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยชื่อ นายยศภัทร ศรีงาม เกิดในกลางปีพุทธศักราช 2534 เป็นชาวจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาชั้นปริญญาตรีทางรัฐศาสตร์ สาขาการเมืองการปกครอง ด้วยคะแนนเกียรตินิยมจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และปริญญาโททางรัฐประศาสนศาสตร์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจทางด้านการเมืองและการศาสนาเป็นเบื้องต้น ผู้ต้องการสนทนากับผู้วิจัยสามารถติดต่อได้ทางอีเมล mwit44@gmail.com

