

การพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนของโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองในระดับสากล

นางสาวนุชจรรย์ ศรีวิเศษ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

QUALITY DEVELOPMENT FOR SUSTAINABILITY IN AN INTERNATIONAL
ACCREDITED PRIVATE HOSPITAL

Miss.Nucharee Srivises

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนของโรงพยาบาลเอกชน ที่ผ่านการรับรองในระดับสากล
โดย	นางสาวนุชจรี ศรีวิเศษ
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ)

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

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

นุชจรี ศรีวิเศษ : การพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนของโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองในระดับสากล (QUALITY DEVELOPMENT FOR SUSTAINABILITY IN AN INTERNATIONAL ACCREDITED PRIVATE HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์, 172 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองระดับสากลแห่งหนึ่ง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การบันทึกเทปและการจดบันทึกภาคสนาม ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากลจนกระทั่งปัจจุบัน จำนวน 18 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูง 5 คน ระดับผู้บริหาร 8 คน และกลุ่มระดับปฏิบัติการ 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า

การพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพระดับสากลนั้นเป็นการสร้างความต่อเนื่องของกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานในระดับสากลที่เน้นการทำงานคุณภาพควบคู่ไปกับการทำงานด้วยความสุขเพื่อความยั่งยืน ประกอบด้วย 1) การสร้างความเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนากับพนักงานทุกคน 2) ลงมือปฏิบัติลงมือทำด้วยตนเอง 3) อบรมอย่างต่อเนื่องและประเมินผลภายในอย่างสม่ำเสมอ 4) การทำงานต่อยอด จนกลายเป็นวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กรและ 5) การทำงานคุณภาพด้วยความสุข

กลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน คือการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรม 2) ผู้บริหารพบพนักงาน 3) ผู้บริหารลงพื้นที่ 4) กิจกรรมการติดตามคุณภาพการบันทึก 5) การทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 6) กิจกรรมการตรวจคุณภาพภายใน 7) การประชาสัมพันธ์ 8) การทดสอบระดับความเข้าใจ (9) จัดเวทีให้พบปะพูดคุย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและทีมผู้นำ 2) ความมุ่งมั่นของบุคลากร 3) แนวนโยบายการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล 4) วัฒนธรรมองค์กร 5) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

องค์ความรู้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นบทเรียนและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนในโรงพยาบาลเอกชนระดับสากลในการให้บริการผู้ป่วยในยุคที่กำลังจะก้าวไปสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) และนโยบาย Medical Hub ของประเทศไทย

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5277584536 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : SUSTAINABLE QUALITY / ACCREDITED / PRIVATE HOSPITAL/

MIISS NUCHAREE SRIVISES:QUALITY DEVELOPMENT FOR SUSTAINABILITY IN AN
INTERNATIONAL ACCREDITATED PRIVATE HOSPITAL ADVISOR: ASST.PROF.
CAPT.WASINEE WISESRITH, RN. PhD.,.CO-ADVISOR: ASSOC. PORF .POLIP CAPT.
YUPIN AUNGSUROCH, RN. PhD, 172 pp

This research had as its objective to study quality development for sustainability in an international accredited private hospital by using qualitative research with a case study approach. Data was collected via in-depth interviews, recordings and field notes. Informants were those with direct experience in continuous quality development since receiving international accreditation. The total number of 18 informants comprised five top-level executives, eight lower-level executives, and five operational level staff. Content analysis was then conducted of the data. The research results are concluded below.

The quality development for sustainability in an international accredited private hospital is the accumulation of ongoing efficient work processes according to international standards focusing on performing quality work in a sustainable manner. This consists of the following elements: 1) creating a fundamental understanding of development in every employee, 2) performing hands-on work, 3) arranging training and internal evaluation regularly, 4) continual improvement of work performance so it becomes ingrained in the organization's quality culture, and 5) working with quality in a sustainable manner.

The major factor in quality development for sustainability involves conducting quality development activities on an ongoing basis. Strategies include: 1) training, 2) management meeting with employees, 3) management getting involved in front line work, 4) conducting follow-up activities with quality records, 5) doing continuous quality development work, 6) conducting internal audits of quality activities, 7) emphasizing public relations, 8) testing of the level of understanding, and 9) providing a forum for dialogue.

Success factors comprise: 1) determination of the management and team of leaders, 2) determination of staff, 3) hospital policy guidelines regarding continuous quality improvement, 4) organizational culture, and 5) effective communication.

The body of knowledge from this research study could be used as guidelines in quality development for sustainability in international accredited private hospitals providing services for patients at a time when the ASEAN Economic Community is being realized and when Thailand has a policy to become a medical hub.

Field of Study : Nursing Administration..... Student's Signature

Academic Year : 2011..... Advisor's Signature

Co-advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษาแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และห่วงใย ตลอดจนคอยให้กำลังใจ อบรมสั่งสอน ผู้วิจัยด้วยความเมตตาเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และกราบขอบพระคุณ พันโทหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการให้ความรู้ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และช่วยเหลือในการศึกษาแก่ผู้วิจัยซึ่งเป็นพื้นฐานและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย และที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ที่ทรงคุณค่าแก่ผู้วิจัย พร้อมสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้พัฒนาความรู้ ความเชื่อมั่น และความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ท่านอื่นๆในโรงพยาบาลที่ไม่อาจกล่าวมา ณ ที่นี้ได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานทุกท่าน ผู้ให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้วิจัยทั้งด้านการเรียนและอื่นๆ ด้วยดีเสมอมา รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นการบริหารการพยาบาลทุกท่าน และสุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อและคุณแม่ ที่ได้มอบสติปัญญาและความรักในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นที่มาของความสำเร็จทุกประการของผู้วิจัย

ขอขอบคุณดีทั้งหลายแห่งวิทยานิพนธ์นี้แต่ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ และครู อาจารย์ ทุกท่าน ด้วยความเคารพยิ่ง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
คำถามการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
บริบทของโรงพยาบาลเอกชนกับการรับรองคุณภาพระดับสากล.....	12
การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.....	21
การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล.....	32
แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน.....	48
การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี.....	56
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	65
การเลือกสนามการศึกษา.....	65
ผู้ให้ข้อมูลและวิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	69
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	70
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	75
การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมผู้ให้ข้อมูล.....	76

4 ผลการศึกษา.....	78
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	138
สรุปผลการวิจัย.....	138
อภิปรายผลการวิจัย.....	139
ข้อเสนอแนะ.....	147
รายการอ้างอิง.....	149
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก ใบพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนและใบตอบ รับให้นิติเก็บข้อมูลการวิจัย.....	158
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	161
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	172

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การรับรองคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลตามมาตรฐานระดับสากล (Joint Commission International Accreditation, JCI) เป็นการบริหารจัดการองค์การบริการทางด้านสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของสำนักงานคณะกรรมการการรับรองมาตรฐานระบบงานขององค์การการดูแลสุขภาพของอเมริกา (Joint Commission Accreditation of Health Care Organization, JCAHO) ได้จัดระบบการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลขึ้น และแพร่หลายพร้อมนำเข้ามาปรับใช้ในงานคุณภาพบริการพยาบาลในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ทั้งนี้ก่อนนำมาปรับใช้ ได้มีการศึกษากระบวนการพัฒนา อาศัยศาสตร์และศิลป์จากวัฒนธรรมตะวันออกและตะวันตกเป็นฐานในการปรับเกณฑ์ สำหรับการตรวจมาตรฐานของ JCI นั้นให้ความสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ บุคลากร เทคโนโลยีเครื่องมือทางการแพทย์ และ คุณภาพของการรักษาพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้เกิดแนวคิดที่มีคุณค่าสอดคล้องกับวิถีการทำงานตามปกติ เน้นศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้เกิดการนำศักยภาพมาใช้อย่างเต็มความสามารถ มีการทำงานเป็นทีม นำเทคโนโลยีมาใช้สนับสนุนให้เกิดเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่บุคลากร เน้นการวัดเชิงกระบวนการเพื่อส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพแก่องค์การ

องค์การที่ผ่านการรับรองจาก JCAHO จะต้องแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นขององค์การที่จะพัฒนาคุณภาพให้มั่นใจว่ามีความปลอดภัยต่อสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ได้รับการรับรองเป็นการประเมินคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ และมีเครื่องมือในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันการพัฒนารูปแบบการรับรองคุณภาพจะเน้นที่ผลการปฏิบัติงาน (Performance) ที่มีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันมีสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนอกประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 436 แห่ง ใน 55 ประเทศ ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล JCI จำนวน 22 แห่ง (<http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/>, 2013) การที่โรงพยาบาลไทยผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI ถึง 22 แห่ง ถือเป็นความสำเร็จและเป็นชื่อเสียงของบริการทางการแพทย์ในเมืองไทย ซึ่งมีผลดีต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของคนไทยทั้งระบบ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน เมื่อเทียบกับคู่แข่งทางด้านสุขภาพที่สำคัญในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ส่งผลให้มีผู้มารับบริการที่เป็น

ชาวต่างประเทศ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ระบบจะดึงดูดผู้ป่วยจากทั่วโลกที่มีความสนใจในบริการแบบ High quality ค่าใช้จ่ายต่ำกว่ามีทางเลือกการดูแลสุขภาพที่มากกว่า

การรับรองคุณภาพ (Accreditation) จึงเป็นกระบวนการที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนำมาใช้เป็นกลไก ในการกระตุ้นให้เกิดการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลอย่างแพร่หลาย การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นกระบวนการแบบสมัครใจที่ดำเนินการโดยองค์การกลางอิสระที่ไม่ใช่ของรัฐทำหน้าที่ในการเข้าประเมินและรับรองการดำเนินงานของสถานพยาบาลต่าง ๆ ว่าได้ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ (Joint Commission International (JCI), 2013)

JCAHO มีการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลทั้งหมด 8 โปรแกรม คือ 1) การรับรองคุณภาพการดูแลแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) เริ่มรับรองในปี ค.ศ. 2005 ให้การรับรองคุณภาพ ความปลอดภัย จากการปฏิบัติหน้าที่และการบริหารจัดการการดูแลระหว่างเดินทาง โดยครอบคลุมไปถึงศูนย์ศัลยกรรมฉุกเฉิน การฟอกไต ศูนย์ทันตกรรม ศูนย์ปฏิบัติการแต่ละศูนย์ แต่ละหน่วยงานที่ออกแบบมาเพื่อบริหารดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) การรับรองการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Care continuum) เริ่มรับรองปี ค.ศ. 2003 ให้การรับรองการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน การรับรองมาตรฐานจะเน้นเรื่องรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน 3) การรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการ (Clinical laboratories) เริ่มรับรองในปี ค.ศ. 2003 ให้การรับรองคุณภาพกระบวนการประเมินในห้องปฏิบัติการ การรักษาผู้ป่วย และการจัดการทางห้องปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพ ช่วยลดผลกระทบค่าใช้จ่ายในการรักษา 4) การดูแลโรค หรือสุขภาพเฉพาะทาง (Disease or Condition-Specific Care: DCSC) เริ่มรับรองในปี ค.ศ. 2005 ให้การรับรองคุณภาพโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางภายในองค์การการดูแลสุขภาพสำหรับโรคเส้นเลือดในสมองตีบ และโรคหัวใจ ให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และการปรับปรุงการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ซึ่งองค์การนั้นไม่จำเป็นต้องได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากลหมดทั้งโรงพยาบาล 5) การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Accreditation for hospital) เริ่มรับรองในปี ค.ศ. 1999 ให้การรับรองโรงพยาบาลทั้งหมด คือ หน้าที่ของการดูแลฉุกเฉิน การรักษา จิตเวชรวมถึงผู้ป่วยนอก และห้องปฏิบัติการ ซึ่งโปรแกรมสามารถปรับใช้ได้ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนปัจจุบันมาตรฐานได้ปรับปรุงมา 3 ฉบับแล้ว 6) องค์การขนส่งทางยา (Medical transport organization) เริ่มรับรองในปี ค.ศ. 2003 ให้การรับรองคุณภาพการขนส่งยา ทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินของผู้ป่วยจากองค์การที่ขนส่งยาไปยังโรงพยาบาล การบริการ การควบคุม การติดตาม และการจัดการความปลอดภัย 7) ศูนย์ปฐมภูมิ (Primary Care Center) เริ่มรับรองใน

ปี ค.ศ. 2008 และบริการใหม่ล่าสุดคือ เป็นโปรแกรมใหม่ที่ให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพการบริการของศูนย์ปฐมภูมิ และการพัฒนาของชุมชนในสิ่งที่ชุมชนเป็นอยู่และความสัมพันธ์ เน้นเรื่องการให้บริการในสถานบริการระยะเริ่มต้น จนถึง การส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล 8) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) (JCIA,2013)

จากข้อมูลของ JCAHO พบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีโรงพยาบาลจากประเทศไทย 22 โรงพยาบาล ได้รับการรับรองจาก JCIA คือโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ (First Accredited: 2 February 2002) โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท (First Accredited: 27 January 2007) โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ (First Accredited: 11 August 2007) โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีราชา (First Accredited: 8 November 2008)โรงพยาบาลกรุงเทพ (First Accredited: 30 July 2007) โรงพยาบาลกรุงเทพหัวหิน (First Accredited: 21 January 2012) โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา (First Accredited: 19 September 2009) โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต (First Accredited: 19 September 2009) โรงพยาบาลกรุงเทพสมุย (First Accredited: 20 October 2012) โรงพยาบาลบีเอ็นเอส (First Accredited: 29 May 2009) โรงพยาบาลเซ็นทรัลเจ็นเนอรัล (First Accredited: 26 May 2012) โรงพยาบาลเจ้าพระยา (First Accredited: 17 March 2012) โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม (First Accredited: 7 November 2009) โรงพยาบาลนนทเวช (First Accredited: 25 June 2011) โรงพยาบาลศิริโรจน์ ภูเก็ต (First Accredited: 15 December 2012) โรงพยาบาลพิษณุเวช (First Accredited: 21 December 2012) โรงพยาบาลพระราม 9 (First Accredited: 20 November 2010) โรงพยาบาลรามคำแหง (First Accredited: 21 August 2010) โรงพยาบาลศิรินครินทร์ (First Accredited: 24 November 2012) โรงพยาบาลสินแพทย์ (First Accredited: 21 May 2010) โรงพยาบาลเวชธานี (First Accredited: 26 March 2010) โรงพยาบาลยันฮี (First Accredited: 22 January 2011) ส่วนโรงพยาบาลของรัฐที่กำลังดำเนินการขอรับรองจาก JCIA คือโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐสองแห่งในหลายแห่งที่กำหนดเข้มมุ่งในการเป็นโรงพยาบาลมาตรฐานระดับสากล

ในประเทศที่พัฒนาแล้วนอกจาก JCAHO ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีมาตรฐานของโรงพยาบาลที่เรียกว่า Joint Commission International Accredited Organization (JCI) ยังมีองค์การที่ให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอีกหลายองค์กร เช่น Trent International Accreditation Scheme เป็นมาตรฐานด้านการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับของสหราชอาณาจักร รวมทั้งฮ่องกง The Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA) เป็นมาตรฐานที่ยอมรับของประเทศแคนาดา ในประเทศออสเตรเลีย ประเทศนิวซีแลนด์ ก็จะมี

มาตรฐานของโรงพยาบาลที่เรียกว่า Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) องค์การต่าง ๆ เหล่านี้มีมาตรฐานและจุดเด่นจุดด้อยแตกต่างกันออกไป แต่องค์การ JCI เป็นองค์การที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีการรับรองคุณภาพที่ครอบคลุมทั้งองค์การ มีคู่มือมาตรฐานตามหน้าที่การทำงานมากกว่าเป็นไปตามลักษณะหน่วยงาน เน้นมาตรฐานที่ประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ มีตัวชี้วัดในการตัดสินการรับรองคุณภาพอย่างชัดเจน แม่นยำ ถูกต้อง (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, 2554) และสอดคล้องกับหลักความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น มีการดำเนินการขยายขอบเขตการรับรองคุณภาพไปสู่สถานพยาบาลและบริการทางสุขภาพและประเภทอื่นๆ นอกจากนี้จุดเด่นของ JCI คือ JCAHO ยังมีกิจกรรมในการเผยแพร่ข้อมูลตัวชี้วัดของการดำเนินงานต่อสาธารณะในรูปแบบต่าง ๆ จัดเป็น National Library of Healthcare Indicators รวมทั้งการให้คำปรึกษาโดยจัดให้มีบริษัทคุณภาพการดูแลสุขภาพ หรือ Quality Healthcare Resource Inc. (QHR) และให้คำปรึกษาระหว่างประเทศโดย Joint Commission Accreditation (JCI) ข้อแตกต่างอีกประการหนึ่งคือองค์การ CCHSA และ TAS มีเครื่องชี้วัดและระดับคะแนนที่น้อยกว่า JCI ส่วน ACHA มีรูปแบบของคู่มือมาตรฐานตามหน่วยงานมากกว่าตามหน้าที่ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของบุคคลลดน้อยลง ดังนั้น JCAHCO จึงเป็นองค์การที่ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกส่วนใหญ่เลือกใช้ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลรวมถึงในประเทศไทยด้วย

สำหรับในประเทศที่ยังไม่พัฒนาหรือประเทศที่ไม่มีมาตรฐานของประเทศตนเองก็จะอิงมาตรฐานของประเทศต่าง ๆ ที่พัฒนาแล้ว และตนคุ้นเคย สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานทางการแพทย์ และสถานพยาบาลไว้หลายระดับดังนี้ นายแพทย์ทุกคนต้องมีใบประกอบโรคศิลป์ และอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทยสภา กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานและมีการตรวจสอบ เพื่อออกไปรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพหรือ Hospital Accredited (HA) นอกเหนือมาตรฐานข้างต้นแล้วโรงพยาบาลในประเทศไทยหลายแห่งที่ให้บริการกับชาวต่างชาติจากประเทศต่าง ๆ ที่หลากหลายก็มีการจัดทำมาตรฐานอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการจากประเทศนั้น ๆ ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชน 22 แห่งได้รับมาตรฐานของ JCI แล้ว และมีโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าอีก 10 แห่งที่กำลังอยู่ในขบวนการตรวจสอบเพื่อขอรับมาตรฐาน JCI และคาดว่าจะมีจำนวนโรงพยาบาลที่กำลังเตรียมตัวเพื่อขอรับมาตรฐาน JCI นี้ เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่เดียวกันมีโรงพยาบาลในประเทศไทยมากกว่า 351 แห่งที่ได้มาตรฐาน HA : Hospital Accredited ของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนั้น ยังมีโรงพยาบาลอีกจำนวนมากที่ได้รับมาตรฐานของ ISO 9000 และ ISO 14000 ถึงแม้ว่ามีข้อโต้แย้ง

ที่ว่ามาตรฐานของ ISO นั้นเป็นมาตรฐานที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรง แต่การที่โรงพยาบาลหลายแห่งมีขบวนการจัดการที่เป็นมาตรฐานสากล ทั้งทางด้านมาตรฐานการจัดการทั่วไปและมาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อม ย่อมแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลนั้น มีความตั้งใจ ความใส่ใจ ในการบริหารจัดการที่เป็นสากล และพร้อมที่ส่งมอบบริการไปสู่ผู้เข้ารับการรักษาอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานต่อไป รวมทั้งโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานของ ISO แล้วจะสามารถพัฒนาตนเอง ไปสู่มาตรฐานทางการแพทย์อื่นได้รวดเร็วขึ้น

ในประเทศไทยปี ค.ศ. 2002 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ได้รับการรับรองโรงพยาบาลระดับสากลเป็นแห่งแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก่อนประเทศสิงคโปร์ถึง 2 ปี ปัจจุบันในปี ค.ศ. 2013 ประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล 22 โรงพยาบาล เมื่อเทียบกับคู่แข่งทางด้านสุขภาพที่สำคัญอย่างประเทศสิงคโปร์ที่ได้รับแล้วถึง 14 โรงพยาบาล เนื่องจากการสนับสนุนจากรัฐบาลที่จะให้โรงพยาบาลทุกแห่งได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล อันส่งผลให้มีผู้มารับบริการจากต่างประเทศเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศปีละหลายล้านเหรียญสหรัฐ (<http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations>, 2013) เพื่อการแข่งขันด้านธุรกิจสุขภาพที่ได้รับความนิยมเชื่อถือเป็นสากล โรงพยาบาลในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้โรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับแก่นานาชาติในด้านบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูงและมีความปลอดภัย

จากการสำรวจของศูนย์วิจัยธนาคารไทยพาณิชย์ (2553) พบว่า ธุรกิจทางด้านโรงพยาบาลเอกชนของไทยมีแนวโน้มที่จะมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากชาวต่างชาตินิยมเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น ด้วยปัจจัยหนุนค่าบริการค่าพยาบาลที่ต่ำกว่าประเทศอื่น ๆ เมื่อเทียบกับคุณภาพการบริการ และคุณภาพการรักษาพยาบาลที่สามารถแข่งขันได้กับคู่แข่งที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย และอินโดนีเซีย ทำให้เกิดการเร่งการพัฒนาและการปรับปรุงศักยภาพ เพื่อการแข่งขันในภูมิภาคเดียวกัน โดยเฉพาะมาตรฐานการรักษาพยาบาลและการให้บริการที่เป็นสากล ซึ่งมีผลทั้งในด้านการประชาสัมพันธ์ระยะสั้น และชื่อเสียงความน่าเชื่อถือในระยะยาว

โรงพยาบาลเอกชนเป็นองค์กรที่อยู่ในอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพ จำเป็นจะต้องมีการบริหารจัดการขององค์กรในเชิงรุกเพื่อความสามารถในการแข่งขันอยู่ตลอดเวลา เพื่อปรับปรุงมาตรฐานการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นอีกหนทางหนึ่งของการสร้างความเชื่อมั่นของลูกค้าที่จะเลือกใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยนั้น

ได้แบ่งประเภทของโรงพยาบาลตามลักษณะการเป็นเจ้าของ กรรมสิทธิ์ และกองทุนที่ได้รับการอุดหนุนได้ 2 ประเภท คือ โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นขององค์การศาสนาหรือมูลนิธิ ซึ่งเป็นองค์การที่ตั้งขึ้นและได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานโดยองค์การศาสนาหรือมูลนิธิ และเป็นองค์การที่ตั้งขึ้นจากองค์การศาสนาหรือมูลนิธิโดยมีตัวแทนจากองค์การศาสนาหรือมูลนิธิเป็นผู้บริหารระดับสูงสุดในองค์การ ได้รับเงินสนับสนุนจากองค์การศาสนาหรือมูลนิธิ และยังมีกรดำเนินงานในรูปแบบไม่มุ่งเน้นผลกำไรเน้นสนับสนุนการบำเพ็ญประโยชน์ช่วยเหลือสังคม และโรงพยาบาลเอกชนอีกประเภทที่สอง คือโรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการในรูปแบบบริษัท เป็นองค์การที่มีการบริหารงานโดยคณะผู้บริหารที่ถูกแต่งตั้งขึ้นดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงสุด มีการดำเนินงานด้วยกลยุทธ์ต่างๆที่มุ่งเน้นแสวงหาผลกำไรตอบแทน เน้นผลประโยชน์ที่ดี และมีการแข่งขันในการดำเนินธุรกิจสูงระหว่างโรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการรูปแบบบริษัทด้วยกันจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 2 ประเภทนี้มีความแตกต่างกัน ทั้งทางโครงสร้าง นโยบายการบริหารงาน และลักษณะของบุคลากรในโรงพยาบาล จึงอาจทำให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลแตกต่างกันออกไป (ปภณวิเศษ พานูรัตน์, 2554)

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบดีหลายทศวรรษว่าการประกอบกิจการในภาคบริการสุขภาพนั้นเกิดขึ้นและดำเนินการโดยภาคเอกชน ทั่วโลกเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในด้านนี้ และเช่นกันในภาคบริการของเอกชนในสหรัฐอเมริกานั้นก็ถือว่าภาคเอกชนประสบความสำเร็จและเป็นแบบอย่างแก่ทางภาครัฐบาล แต่สิ่งหนึ่งที่ปฏิเสธไม่ได้ในมุมมองของผู้บริโภคคือ “คุณภาพและความปลอดภัย” ในสถานพยาบาล ในประเทศไทยนั้นมีความตื่นตัวในเรื่องนี้มากกว่า ทศวรรษและมีโรงพยาบาลแสวงหาการรับรองคุณภาพนี้มากขึ้นตามลำดับเป็นเสมือนการรับประกันในความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล ในนานาประเทศก็เช่นเดียวกัน มีการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลกันมากขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลกโดยองค์กรอิสระที่ได้รับการรับรองจาก ISQua (International Society for Quality in Health Care) และ ในจังหวัดเดียวกันนี้ทางภูมิภาคอาเซียนก็มีความร่วมมือกันในการกำหนดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ภายในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งสิ่งที่เป็นทั้งโอกาสและภาวะคุกคามอย่างมากในขณะเดียวกันคือความพร้อมทางด้านบริการสุขภาพในการพัฒนาและรับรอง “มาตรฐานการรับรองสถานพยาบาลที่เป็นที่ยอมรับ” และความปลอดภัยของบริการสุขภาพและในปัจจุบัน The Joint Commission คือ หน่วยงานที่ใหญ่ที่สุดในสหรัฐอเมริกาที่ทำหน้าที่ในการรับรององค์กรที่ให้บริการสุขภาพ โดยทำการเยี่ยมสำรวจบริการสุขภาพเกือบ 18,000 โปรแกรมด้วยกระบวนการรับรองแบบสมัครใจ สำหรับในระดับนานาชาตินั้น JCI ได้พิจารณารับรองคุณภาพการบริการ

สุขภาพไปแล้วกว่า 600 องค์การในกว่า 60 ประเทศทั่วโลก ทั้งนี้ The Joint Commission และ JCI เป็นบริษัทเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร การรับรองคือ กระบวนการประเมินสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนด (มาตรฐาน) ที่ถูกออกแบบมาเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ โดยองค์การซึ่งมิใช่สถานพยาบาลและมักจะมีชื่อองค์กรของรัฐกระบวนการรับรองมักเป็นไปโดยความสมัครใจ มาตรฐานเพื่อการรับรองจะคำนึงถึงระดับสูงสุดที่สามารถบรรลุได้ในทางปฏิบัติ (optimal and achievable) การรับรองทำให้องค์กรมีความมุ่งมั่นอย่างเห็นได้ชัดในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับการดูแลผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในสิ่งแวดล้อมสำหรับการดูแลที่ปลอดภัย และทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและบุคลากร การรับรองได้รับความสนใจจากทั่วโลกว่าเป็นเครื่องมือการจัดการและประเมินคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ (นายแพทย์สมพร คำผาง, 2555)

เมื่อเข้าสู่เวลาแห่ง AEC ในปี ค.ศ. 2015 หรือ พ.ศ. 2555 การเปลี่ยนแปลงในระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยย่อมเกิดในหลายมิติ ซึ่งประชาชนคนไทยควรต้องมีการตื่นตัว และเตรียมตัวให้พร้อมเพื่อรองรับผลกระทบที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น เกี่ยวกับการสาธารณสุขไทย ซึ่งตามมุมมองสามารถแบ่งผู้เกี่ยวข้องของการดูแลรักษาด้านสุขภาพเป็น 3 มุมมอง คือ ผู้ให้บริการหรือประชาชน ผู้ให้บริการหรือสถานบริการรักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพ ทั้งบุคลากรด้านวิชาชีพ และสถานพยาบาล โดยมุมมองสุดท้าย คือ ผู้จ่าย ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน น่าจะมีผลกระทบดังนี้ 1. ผู้ให้บริการ มีทางเลือกมากขึ้นในการใช้บริการตามความสามารถทางการเงินที่จะเลือกสถานบริการเรื่องความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของแพทย์และสถานบริการในกลุ่มประเทศอาเซียนซึ่งถ้าไปใช้บริการในต่างประเทศ ก็ย่อมมีผลต่อเศรษฐกิจไทยเนื่องจากเงินไหลออก 2. ด้านผู้ให้บริการ 2.1 บุคลากรด้านวิชาชีพของไทยย่อมมีอิสระในการเลือกสถานที่ทำงานได้มากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพของแต่ละคน โดยเฉพาะเรื่องภาษาแต่ขณะเดียวกัน ก็มีโอกาสถูกแย่งงานจากชาวอาเซียนชาติอื่นที่มีความสามารถด้านภาษาไทยได้เช่นกัน 2.2 สถานพยาบาลของไทยทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะภาคเอกชน มีโอกาสที่จะมีผู้ใช้บริการมากขึ้นจากต่างประเทศ ขึ้นกับศักยภาพของสถานบริการนั้นๆ เช่นกัน แต่ขณะเดียวกันก็มีโอกาสสูญเสียลูกค้าให้กับสถานบริการชาติอื่นๆ ด้วย หรือถ้าเลวร้ายมากคืออาจถูกซื้อกิจการโดยชาติที่มีกำลังซื้อที่เหนือกว่า 3. ด้านผู้จ่ายถ้าเป็นภาครัฐไม่น่าจะมีผลกระทบแต่ภาคเอกชน น่าจะมีผลกระทบ ทั้งด้านบวก คือ มีผู้เลือกเข้าซื้อบริการมากขึ้น หรือด้านลบ คือ ถูก แย่งลูกค้าไป จะเห็นได้ว่าผลกระทบย่อมมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเตรียมความพร้อมของผู้ที่จะได้รับผลกระทบว่า ทำได้ดีมากน้อยเพียงใด

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เป็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ได้รับความสนใจจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนในการที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของตนไปสู่ระดับนานาชาติ ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนจึงต้องตื่นตัวและเตรียมพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพโรงพยาบาล จึงต้องการองค์ความรู้เรื่องดังกล่าว เพื่อนำไปใช้ในโรงพยาบาลที่เตรียมเข้าสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการศึกษาจากการบอกเล่าประสบการณ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจนได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล จากผู้มีประสบการณ์จริง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้จะทำให้เข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลของโรงพยาบาลเอกชน จนกระทั่งโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

จากการทบทวนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเพื่อให้ทราบถึงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานระดับสากล (JCI) ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง (Beirut Medical Center, 2007) ที่มีมาตรฐานครอบคลุมหลายด้าน และหลายมิติ ทั้งระดับการปฏิบัติงานในหน้าที่สำคัญของโรงพยาบาลและเน้นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) ที่สะท้อนให้เห็นระดับของคุณภาพโรงพยาบาลในภาพกว้าง ทั้งในส่วนของโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ มีเครื่องชี้วัดต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือ ชัดเจน ถูกต้องและมีมาตรฐานคุณภาพที่ทั่วโลกยอมรับได้ (Tina and Paul, 2000) ซึ่งเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจเพราะเป็นโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทยผ่านการรับรองมาตรฐานระดับสากล (JCI) ตามมาตรฐานการรับรองของสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 และได้รับการรับรองอย่างต่อเนื่องในปี ค.ศ. 2010 อีกทั้งยังเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (JCI) สำหรับมาตรฐานการรักษายาเฉพาะโรค คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โรคมะเร็งปอด และโรคข้อเข่า โดยโรงพยาบาลแห่งนี้มีความมุ่งมั่นพัฒนางานทางด้านคุณภาพและบริการเพื่อสู่ความเป็นเลิศอย่างต่อเนื่อง โดยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลแห่งนี้ใช้แนวคิดที่ว่า “แม้ไม่พบปัญหาก็สามารถหาแนวทางปรับปรุงให้ดีขึ้น และขยายการวัดผลลัพธ์หรือผลสัมฤทธิ์ของงานที่กว้างกว่าเดิม ซึ่งจะเน้นผลลัพธ์ที่เป็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย (Comfort) และอบอุ่น (Care) โดยเริ่มต้นจากการควบคุมคุณภาพ (Quality control: QC) ไปสู่การประกันคุณภาพ (Quality assurance: QA) และยืนหยัดในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

และยั่งยืน (Sustainable accreditation hospital) ” และโรงพยาบาลแห่งนี้ยังเป็นแหล่งศึกษา ความสำเร็จของสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ จึงมีคุณสมบัติครบตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่จะใช้เป็นกรณีศึกษาและคำนึงถึงจุดมุ่งหมายของการทำวิจัย และปรัชญาของการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยเลือกวิธีการวิจัย แบบเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) และใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposeful sampling) สำหรับตัวอย่างคนแรกและวิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบบอกต่อ (Snowball sampling) สำหรับตัวอย่างต่อไปที่ผู้บริหารเห็นว่าเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลตั้งแต่การรับรองมาตรฐานครั้งแรกและจนถึงปัจจุบันโดยผู้วิจัยจะอาศัยข้อมูลจากตัวอย่างคนแรกให้ช่วยแนะนำผู้ที่สมควรจะเป็นตัวอย่างคนต่อไปจนได้ข้อมูลที่อิมตัวซึ่งมีความเหมาะสมกับปัญหาการวิจัย ที่จะสามารถอธิบายรายละเอียดของข้อมูลได้อย่างครอบคลุม ทั้งยังแสดงความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมได้ทุกมิติ จากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลโดยตรง

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

เพื่อบรรยายแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพในระดับสากลอย่างยั่งยืน

คำถามการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนของโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองในระดับสากลเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืนในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยสถานที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นโรงพยาบาลเอกชน ขนาด 300 เตียง ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (JCI) ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposeful sampling) โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ คือ เป็นผู้ที่ มีประสบการณ์ตรงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองระดับสากล(JCI) สามารถให้ข้อมูลได้ครอบคลุมปัญหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยและยินดีให้ความ

ร่วมมือในการทำวิจัย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานบริการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้ประสานงานหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

ส่วนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการหลากหลายแบบเพื่อให้เกิดความหลากหลายของข้อมูลและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการจดบันทึกภาคสนาม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพระดับสากล หมายถึง โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการทำงานของโรงพยาบาล ตามมาตรฐานของ JCI ว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีความน่าไว้วางใจ มีการจัดระบบการทำงานที่ดี เชื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ มีการกำหนด มาตรฐาน การตรวจสอบและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องร่วมกับการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากองค์กรภายนอก

การพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนโรงพยาบาลในระดับสากล เป็นการสร้างความต่อเนื่องของกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานในระดับสากลที่เน้นการทำงานคุณภาพควบคู่ไปกับการทำงานด้วยความสุขเพื่อความยั่งยืน ประกอบด้วย 1) การสร้างความเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนากับพนักงานทุกคน 2) ลงมือปฏิบัติลงมือทำด้วยตนเอง 3) อบรมอย่างต่อเนื่องและประเมินผลภายในอย่างสม่ำเสมอ 4) การทำงานต่อยอด จนกลายเป็นวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กรและ 5) การทำงานคุณภาพด้วยความสุข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเอกชนในระดับสากลอย่างต่อเนื่องและวิธีการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนในโรงพยาบาลเอกชน
2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลเอกชน และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเอกชนอย่างยั่งยืนในระดับสากล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแห่งหนึ่ง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) เป็นแนวทางในการค้นหาคำตอบ โดยในการศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนเพื่อใช้ประกอบการวิจัยโดยสรุปสาระสำคัญเพื่อทำความเข้าใจถึงโรงพยาบาลในกรณีศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่การสร้างแบบคำถามโดยผู้วิจัยได้เรียบเรียงแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังต่อไปนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลเอกชนกับการรับรองคุณภาพระดับสากล
2. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
 - 2.1 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย
 - 2.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 - 2.3 บทบาทขององค์การพยาบาลต่อการพัฒนาคุณภาพ
3. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 - 3.1 ความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 - 3.2 จุดประสงค์ของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 - 3.3 เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของการพัฒนาและการรับรองคุณภาพ
 - 3.4 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล
 - 3.5 การรับรองมาตรฐานระดับสากลตามมาตรฐานของ JCI
4. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน
5. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บริบทของโรงพยาบาลเอกชนกับการรับรองคุณภาพระดับสากล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เป็นมาตรฐานหนึ่งที่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ซึ่งหลังจากที่ได้รับการรับรองคุณภาพและมาตรฐานแล้ว โรงพยาบาลมีความต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง องค์การที่ผ่านการรับรองจาก JCAHO จะต้องแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นขององค์กรที่จะพัฒนาคุณภาพให้มั่นใจว่าปลอดภัยต่อสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ได้รับการรับรองเป็นการประเมินคุณภาพที่มีประสิทธิภาพและมีเครื่องมือในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันการพัฒนารูปแบบการรับรองคุณภาพจะเน้นที่ผลการปฏิบัติงาน (Performance) ที่มีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

จะเห็นได้ว่าปัจจุบันมีสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนอกประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวน 436 แห่งใน 55 ประเทศ ซึ่งเมื่อเทียบกับปี 2551 มีสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลนอกประเทศสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นถึง 307 % (จาก 107 เป็น 436 แห่ง) ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล JCI จำนวน 22 แห่ง ซึ่งเมื่อเทียบกับปี 2551 มีสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นถึง 57 % (จาก 14 เป็น 22 แห่ง) (<http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/,2013>)

การที่โรงพยาบาลไทยผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI ถึง 22 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Joint Commission International (JCI), 2013)

1.1 สภาพทั่วไปของโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนเป็นโรงพยาบาลที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อให้บริการรักษาพยาบาล โดยเน้นการเสริมภาครัฐที่ไม่สามารถจัดบริการ ให้เพียงพอกับความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชนผู้มาใช้บริการได้อย่างเต็มที่ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้บริการการรักษาที่ได้มาตรฐานในทุกสาขาการแพทย์ มุ่งเน้นคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษา ผสมผสานควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ใช้บริการเหล่านี้จะช่วยลดภาระรัฐบาลและทำให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง มีบริการทางด้านการแพทย์ครบทุกด้าน โรงพยาบาลบางแห่งมีการบริหารจัดการในลักษณะเป็นศูนย์เฉพาะทางครบวงจร เพื่อให้บริการสุขภาพแบบครบถ้วน ณ จุดเดียว (One stop service)

สำหรับการบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชนจัดพิเศษนอกเหนือจากการรักษาทั่วไปมักตั้งเป็น ศูนย์เฉพาะทางและมีการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางถึงความสามารถเฉพาะทาง มีเครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อเพิ่มศักยภาพในการรองรับและตอบสนองผู้มาใช้ บริการ (ศิริพร แสงศรีจันทร์, 2552)

1.2 โรงพยาบาลเอกชนในยุคยุคที่กำลังจะก้าวไปสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC)

ธุรกิจโรงพยาบาลเป็นธุรกิจที่ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญโดยจัดเป็น 1 ใน 4 สาขา ธุรกิจบริการที่เร่งรัดการรวมกลุ่ม (priority integration sectors) และเป็นธุรกิจที่ไทยมีความ ได้เปรียบทั้งในเรื่องของชื่อเสียงในระดับสากลและความสามารถในการทำกำไร การรวมตัวเป็น AEC จะเป็นการเปิดเวทีการแข่งขันที่มากขึ้นซึ่งมาพร้อมกับโอกาสที่ไทยมีแนวโน้มดึงดูดวงได้มาก จากข้อได้เปรียบที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Economic Intelligence Center, 2013) ดังนั้นการเปิดเสรีการค้าบริการสำหรับธุรกิจโรงพยาบาลภายใต้ AEC จะส่งผลกระทบต่อธุรกิจ โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยค่อนข้างมากรวมทั้ง ใน มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ไทย อินโดนีเซีย สิงคโปร์ เวียดนาม และกัมพูชา

สำหรับประเทศไทย โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยได้เข้ามามีบทบาทในสังคมไทย อย่างมากนอกจากจะช่วยลดภาระในการดูแลรักษาแล้วยังช่วยให้คุณภาพชีวิตของประชาชน ที่พอจะมีความสามารถจ่ายได้ให้มีความสะดวกสบายขึ้น โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่จะมี วิสัยทัศน์กว้างไกล และมีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอและมีศักยภาพในการพัฒนาบุคลากร ให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในด้านคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล การรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง ตื่นตัวแข่งขันกันที่รุนแรงมาก ขึ้นระหว่างโรงพยาบาลเอกชนไทยเองและการแข่งขันกับโรงพยาบาลจากต่างประเทศ คู่แข่งที่ สำคัญได้แก่ สิงคโปร์ มาเลเซีย และอินเดีย ซึ่งเร่งพัฒนาปรับปรุงศักยภาพเพื่อแข่งขัน ธุรกิจ โรงพยาบาลเอกชนมีการเจริญเติบโตในช่วงหลายปีที่ผ่านมาอันเป็นจากการที่ผู้ประกอบการ ได้พัฒนาอาคาร สถานที่ตรวจรักษา อาคารที่พักผู้ป่วยเพื่ออำนวยความสะดวกสบายให้กับ ผู้ใช้บริการมากขึ้น รวมทั้งการเพิ่มงบประมาณทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความ เชี่ยวชาญและซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยส่งผลให้เกิดการแนวโน้มการขยายตัวของ จำนวนผู้ใช้บริการทั้งในและต่างประเทศในช่วงหลายปีที่ผ่านมา (ปกณวิวิชัย พานูรัตน์, 2554)

สถานการณ์ ของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในปี พ.ศ. 2552 นั้นจำนวนผู้ใช้บริการทั้งในประเทศและต่างประเทศปรับตัวลดลง อันมีปัจจัยกดดันทั้งจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจโลกและเศรษฐกิจในประเทศที่ตกต่ำ ประกอบกับความขัดแย้งทางด้านการเมือง ทำให้ผู้ใช้บริการต่างชาติมีความน่าเชื่อมั่นลดลง บางส่วนชะลอการเดินทางมาประเทศไทย ทั้งที่คาดว่าในปี 2552 โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มุ่งจับตลาดผู้ใช้บริการที่มีรายได้ปานกลาง - สูง รวมทั้งผู้ใช้บริการต่างชาติ ในสัดส่วนที่สูงจะได้รับความกระทบกระเทือนมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางและขนาดเล็กที่สามารถปรับไปให้บริการกลุ่มผู้ใช้บริการในประเทศที่ได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันกลุ่มผู้ใช้บริการที่เคยใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ บางส่วนหันมาใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดเล็กลงที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่จึงต้องมีการปรับตัวเพื่อรับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ.2552 (ศิริพร แสงศรีจันทร์, 2552)

จากสภาพทั่วไปของโรงพยาบาลเอกชนที่มีการแข่งขันที่รุนแรงมากขึ้นนั้น ทำให้ผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนของไทย จึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ เพื่อเพิ่มศักยภาพการแข่งขันให้สูงขึ้น เพื่อประคับประคองการดำเนินการในสภาวะการแข่งขันและภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ศิริพร แสงศรีจันทร์, 2552)

1) เจาะตลาดกลุ่มลูกค้าที่มีศักยภาพ ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนที่มีการรักษาโรคทั่วไปและโรคเฉพาะด้านเพื่อจับกลุ่มผู้ใช้บริการที่เป็นเป้าหมายที่ชัดเจนมากขึ้นทั้งนี้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าประเทศไทย มีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปจำนวน 6.2 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า คือประมาณ 14 ล้านคนในอีก 20 ปี ข้างหน้าประชากรกลุ่มนี้บางส่วนมีความสามารถที่จะเข้าไปใช้บริการด้านสุขภาพโรงพยาบาลเอกชนได้ ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนจึงควรเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นเพื่อดึงดูดผู้ใช้บริการในกลุ่มนี้

2) การให้ความสนใจกับผู้ใช้บริการในประเทศมากขึ้น เพื่อเสริมสร้างรายได้และประคองธุรกิจให้อยู่รอด การให้ความสนใจกับผู้ใช้บริการในประเทศในสัดส่วนที่สูงขึ้น เช่น กลุ่มพนักงานบริษัทที่มีสวัสดิการด้านสุขภาพ รวมทั้งประชาชนทั่วไปที่มีแนวโน้มหันมาให้ความสนใจทำประกันสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อประเมินความเสี่ยงและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์วิกฤตทางเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนควรมีการจัดกิจกรรมการตลาดต่าง ๆ เช่น การโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ การจัดแพ็คเกจรักษาในราคาประหยัดหรือแบบเหมาจ่าย เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีแบบมีส่วนลด การรักษาโรค

ที่ประชาชนใช้บริการมาก เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การคลอดบุตร การรักษาข้อเข่าเสื่อม และการรักษาความผิดปกติทางสายตา เป็นต้น

3) การให้ความสนใจผู้ใช้บริการกลุ่มองค์กรมากขึ้นจากการที่ผู้ใช้บริการทั้งในและต่างประเทศมีแนวโน้มปรับลดลงตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ถดถอย ลูกค้ายุทธศาสตร์การต่าง ๆ ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพ เช่นกลุ่มพนักงานบริษัทและกลุ่มที่มีการทำประกันสุขภาพ นับเป็นกลุ่มที่ยังมีกำลังซื้อและช่วยให้โรงพยาบาลเอกชนมีหลักประกันรายได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนควรต้องพิจารณาตกลงทำสัญญากับบริษัทใหญ่ ๆ ซึ่งมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลนอกจากนี้ ก็ควรจะมีการติดต่อกับบริษัทประกันสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อเป็นเครือข่ายการรักษาพยาบาล ซึ่งการทำสัญญาการรักษาพยาบาลกับบริษัทควรมีส่วนลดให้เป็นพิเศษเพื่อสร้างแรงจูงใจในการมาบริการ

4) การเพิ่มและการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สำคัญของธุรกิจโรงพยาบาลหนึ่งคือ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีค่อนข้างจำกัดไม่เพียงพอต่อความต้องการของโรงพยาบาลเอกชนที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนนอกจากมีการดึงบุคลากรทางการแพทย์จากภาครัฐแล้ว ยังมีการดึงจากโรงพยาบาลเอกชนด้วยกันเองโดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งปัจจัยดังกล่าว นับเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นในช่วงที่จำนวนผู้ใช้บริการทั้งในและต่างประเทศมีแนวโน้มปรับลดลง จึงเป็นโอกาสที่โรงพยาบาลเอกชนจะพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดโดยการส่งไปอบรมหรือเพิ่มพูนความรู้จากทั้งในและต่างประเทศเพื่อเพิ่มทักษะและความเชี่ยวชาญในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาการแย่งบุคลากรทางการแพทย์ที่มีจำกัดอีกทั้งยังสามารถสร้างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ที่ตรงกับความต้องการของคนไข้มากที่สุดซึ่งเป็นจุดเด่นที่ทำให้คนมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น และรวมทั้งเป็นการรองรับการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนที่จะเพิ่มขึ้นภายหลังจากเศรษฐกิจโลกและเศรษฐกิจในประเทศไทยฟื้นตัวในอนาคต

5) การขยายตลาดสู่ภูมิภาค ในจังหวัดที่เป็นชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งนี้เพื่อรองรับประชาชนที่มีรายได้สูง รวมทั้งชาวต่างชาติที่อาศัยหรือทำงานในประเทศไทย เพื่อนบ้านที่จะเข้ามารักษาในโรงพยาบาลเอกชนของไทยที่มีมาตรฐานการรักษที่เป็นที่ยอมรับ ในขณะที่เดียวกันพื้นที่จังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของไทย เช่น ภูเก็ต สมุย เชียงใหม่ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีโอกาสในการแข่งขันสูงเช่นกัน

6) การหันไปลงทุนโรงพยาบาลในต่างประเทศ ในโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทย ในรายที่มีความพร้อมทางด้านเงินทุนและบุคลากร ควรพิจารณาความเป็นไปได้ของ

การออกไปลงทุนธุรกิจเกี่ยวกับสุขภาพในต่างประเทศ เช่น การตั้งโรงพยาบาลขึ้นใหม่ หรือการรับจ้างบริหารงานโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้บริการและเข้าถึงผู้ใช้บริการต่างประเทศที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นการช่วยลดผลกระทบจากปัญหาเศรษฐกิจและการเมืองได้มากโดยประเทศที่มีศักยภาพในการเข้าไปลงทุนโรงพยาบาลเอกชนควรเน้นประเทศที่ภาวะเศรษฐกิจการคลังการลงทุนมีการขยายตัวสูง ในขณะที่จำนวนที่มีมาตรฐานการศึกษายังไม่เพียงพอต่อความต้องการ เช่น ประเทศในอาเซียน ได้แก่ เวียดนาม ลาว และกัมพูชา หรือประเทศในตะวันออกกลาง ได้แก่ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ กาตาร์ และบาร์เรน เป็นต้นซึ่งนอกจากจะได้ประโยชน์ด้านผลตอบแทนแล้ว ยังสามารถพัฒนาธุรกิจในประเทศได้อีก เช่น การส่งผู้ใช้บริการจากสาขาต่างประเทศมาพักผ่อนควบคู่กับการท่องเที่ยวในประเทศไทย

1.3 ประเภทของโรงพยาบาลเอกชน

จากการทบทวนและศึกษาโรงพยาบาลเอกชนนำมาบูรณาการสามารถแบ่งประเภทของโรงพยาบาลเอกชนออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (ศิริพร แสงศรีจันทร์, 2552)

1.3.1. แบ่งตามลักษณะการให้บริการแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.3.1.1 สถานพยาบาลทั่วไป มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดกลางและขนาดเล็กโดยให้บริการรักษาพยาบาลในด้านต่าง ๆ อาทิเช่น อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมตกแต่ง กุมารเวชกรรม วิสัญญี รังสีวิทยา จิตเวช หู คอ จมูก จักษุ สูติ-นรีเวชกรรม โรคผิวหนัง โรคภูมิแพ้ ทันตกรรม และบริการอื่น ๆ เช่น ตรวจเอ็กซเรย์ ขนส่งผู้ใช้บริการทั้งรับด่วนและทั่วไป บริการตรวจสุขภาพและกายภาพเป็นต้น

1.3.1.2 สถานพยาบาลเฉพาะโรค มีลักษณะให้บริการรักษาพยาบาลเฉพาะโรคเช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคพิน หรือผิวหนัง เป็นต้น

1.3.2 แบ่งตามลักษณะการบริหารงาน การเป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ และกองทุนที่ได้รับ การอุดหนุน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.3.2.1 โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นขององค์การศาสนาหรือมูลนิธิ

โรงพยาบาลที่เป็นขององค์การศาสนาหรือมูลนิธิในประเทศไทย เริ่มมีการก่อตั้ง เมื่อ พ.ศ. 2537 ก่อตั้งขึ้นจากองค์การศาสนาหรือมูลนิธิ โดยมีแนวคิดในการจัดตั้งเพื่อจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัญหาของประเทศไทยและสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในเรื่องการรักษาพยาบาล ให้กับประชาชนทั่วไป และเพื่อแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลในสังกัดรัฐด้านการขาดแคลนของการบริการหรือไม่สามารถขยาย

บริการให้ครอบคลุมประชาชนได้ เป็นการดำเนินงานตั้งอยู่บนเจตจำนงที่ไม่หวังผลกำไรนั้นมาเป็นประโยชน์ส่วนตัวของบุคคล และมีการมุ่งตอบสนองผลประโยชน์ให้สังคมและประชาชนโครงสร้างองค์การ ประกอบด้วยกรรมการบอร์ดบริหารโรงพยาบาล ซึ่งเป็นนักบวชหรือตัวแทนทางศาสนา เป็นกรรมการบอร์ด มีวาระการปฏิบัติงาน 4 ปี กรรมการบอร์ดทำหน้าที่ดูแลด้านนโยบายการเงิน สนับสนุนและกำกับการทำงานของคณะผู้บริหารโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนก คณะผู้บริหารเหล่านี้ทำหน้าที่บริหารโรงพยาบาลโดยอยู่ภายใต้การดูแลของกรรมการบอร์ด สำหรับนโยบายการบริหาร คือสร้างบริการที่มีคุณภาพและไม่มุ่งแสวงหากำไร ให้บริการโดยไม่กำหนดเรื่องเชื้อชาติ เพศ และฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม พัฒนาการบริการทั้งแบบตะวันออกและตะวันตกผสมผสานกัน พร้อมกับการพัฒนาและผลิตบุคลากรและใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ด้านบริหารงบประมาณอยู่ภายใต้การไม่มุ่งแสวงหากำไร เนื่องจากมีกองทุนช่วยเหลือ และมีการร่วมก่อตั้งคณะกรรมการระหว่างโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นขององค์การศาสนาหรือมูลนิธิ ด้วยกันเพื่อเครือข่ายพันธมิตรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและจัดสรรงบประมาณบางส่วนในที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อ เช่น มีการจัดซื้อหรือสั่งซื้อยา หรือเวชภัณฑ์ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ทางกายภาพร่วมกัน ทำให้คณะกรรมการมีอำนาจในการต่อรองราคาสูงขึ้นและได้ยาหรือเวชภัณฑ์ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ทางกายภาพร่วมกันทำให้คณะกรรมการมีอำนาจในการต่อรองราคาที่สูงขึ้นและได้ยาหรือเวชภัณฑ์ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ทางกายภาพในราคาที่ต่ำกว่า การสั่งซื้อทั่วไป บทบาทของเครือข่ายพันธมิตรยังมีการร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และการพัฒนาด้านบุคลากรร่วมกัน เช่น จัดโครงการอบรมเกี่ยวกับการนโยบาย หรือแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และมีการเชิญบุคลากรจากโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นขององค์การศาสนาหรือมูลนิธิต่าง ๆ เข้าร่วมอบรมร่วมกัน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ภายใต้ องค์การศาสนาหรือมูลนิธิที่สังกัด สำหรับด้านการบริหารการพยาบาล ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ในโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นขององค์การศาสนาหรือมูลนิธิปัจจุบันพบว่า มีการจ่ายค่าตอบแทนและสวัสดิการในการปฏิบัติงานของบุคลากรในอัตราใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปในขนาดเดียวกัน เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน มีการนำวัฒนธรรมของ ตะวันออกมาผสมผสานกัน เช่นการอนุเคราะห์ครอบครัวของบุคลากรที่เจ็บป่วย มีการให้รางวัลในวาระนักขัตฤกษ์ เช่น การจ่ายอั่งเปา และการให้โบนัสประจำปี หรือประจำ 6 เดือน อยู่ในอัตราประมาณ 1 เท่าของเงินเดือน และยังมีส่งเสริมสนับสนุนเวลาให้บุคลากรมีโอกาสศึกษาในระดับสูงขึ้นทั้งภายในและภายนอกองค์การ รวมทั้งมีการกำหนดบันไดวิชาชีพที่ชัดเจนให้กับบุคลากรแต่ละระดับเพื่อให้บุคลากรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในสายงานวิชาชีพ

1.3.2.2 โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการรูปแบบบริษัท

โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการรูปแบบบริษัท มีเป้าหมายสำคัญคือ เพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้เจ็บป่วยที่โรงพยาบาลรัฐบาลไม่สามารถให้การรักษาได้อย่างทั่วถึง มีลักษณะโครงสร้างของโรงพยาบาล คือ มีคณะกรรมการบอร์ดบริหารโรงพยาบาลเป็นผู้บริหารระดับสูง ทำหน้าที่ดูแลกำหนดโครงสร้างและนโยบายหลักของโรงพยาบาลและควบคุมการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้อำนวยการฝ่ายการสนับสนุนทางการแพทย์ และคณะกรรมการสายอื่นที่เรียกตามสายงานการปฏิบัติ สำหรับนโยบายในการบริหารคือ การเน้นความมีประสิทธิภาพในการให้บริการคุ้มค่า และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการ รวมถึง สร้างความเชื่อมั่นในการลงทุนโรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินรูปแบบบริษัท และเน้นให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยมีการคำนึงถึงผลประโยชน์หรือการมุ่งหวังผลกำไรเพื่อความอยู่รอดขององค์กรซึ่งนโยบายหลักของโรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินรูปแบบบริษัท มีการดำเนินการมีการมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ด้านการบริการ คือ การเน้นการให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับผู้ใช้บริการทั่วไป โดยยึดหลักความสะดวกรวดเร็ว ได้มาตรฐานวิชาชีพ และเน้นการให้บริการเป็นแบบเชิงรุกเพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลัก

2) ด้านประสิทธิภาพการรักษาของแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดึงดูดผู้ใช้บริการให้เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล อีกทั้งการสร้างความรู้สึกรู้สึกไว้วางใจในคุณภาพการรักษาให้กับผู้ใช้บริการ

3) ด้านการสร้างความสะดวกสบาย ความสะอาด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังกับโรงพยาบาลเอกชนสูง คือต้องการความสะดวกรวดเร็ว บรรยากาศของความสวยงาม รื่นรมย์ ตลอดจนความสะอาดของสถานที่พยาบาล ซึ่งเป็นการสร้างภาพพจน์ของโรงพยาบาลหลายแห่ง จึงปรากฏในรูปแบบการบริการแบบโรงแรม

4) ด้านค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม คือ การคิดค่าบริการด้านต่าง ๆ ที่มีความเหมาะสมกับการบริการที่ได้รับ และมีการชี้แจงแก่ผู้ใช้บริการทราบและเข้าใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและบริการที่ได้รับ

5) ด้านสถานที่ตั้ง คือ การมีสถานที่ตั้งอยู่ในแหล่ง ชุมชนเพื่อเป็นศูนย์กลางในการให้บริการและมีการจัดระบบบริการที่ดึงดูดผู้ใช้บริการที่เข้ามาใช้บริการให้เกิดความประทับใจกลับมาใช้บริการอีก

สำหรับด้านการบริหารงบประมาณ ทางคณะผู้บริหารโรงพยาบาลสรุปผลการดำเนินการและจัดทำงบประมาณและกำหนดเป้าหมายของรายได้ประจำปีเสนอต่อประธานและคณะกรรมการบริหารระดับสูง เพื่อพิจารณางบประมาณการใช้จ่ายและรายได้ประจำปี และมีการติดตามผลการประกอบการทุกไตรมาส เพื่อพิจารณาวิถีทางในการทำให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในส่วนของการบริหารค่าตอบแทน มีการจ่ายค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรในอัตราสูงตามศักยภาพของแต่ละบุคคล และมีสวัสดิการที่เหมาะสม รวมถึงมีการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน โดยจ่ายอั่งเปา หรือจ่ายโบนัสเป็นเงิน 1- 3 เท่าของเงินเดือน ทุก 4 – 6 เดือน หรือทุกสิ้นปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลการปฏิบัติงานของบุคลากรและผลประกอบการของแต่ละโรงพยาบาล

ด้านการพัฒนาบุคลากร มีการจัดอบรมทางวิชาการทั้งในและนอกองค์การอย่างต่อเนื่อง การส่งบุคลากรอบรมเฉพาะทางเพื่อพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานให้เพิ่มสูงขึ้นตามความสามารถ และมีการกำหนดและส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าตามบันไดวิชาชีพ อย่างชัดเจน ซึ่งนอกจากการเป็นการพัฒนาบุคลากรทั้งนี้เพื่อดึงดูดใจให้บุคลากรอยู่ในองค์การและเกิดความผูกพันกับองค์การ ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จได้ในที่สุด

1.3.3 แบ่งตามขนาดของโรงพยาบาล สามารถแบ่งได้ 3 ประเภท ดังนี้

1.3.3.1 โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก หมายถึง โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วยน้อยกว่า 100 เตียง มีฝ่ายบริหารเป็นฝ่ายดำเนินการทุกประเภท มีการแบ่งงานหรือขอบเขตงานอย่างเป็นทางการ แต่มีลักษณะการทำงานเป็นครอบครัว มีการช่วยเหลือกันทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน การบริการเน้นการรักษาอย่างเดียว ไม่แยกบริการออกเป็นแผนกอย่างชัดเจนและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีฝ่ายการพยาบาล พนักงานประจำน้อย พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบางเวลา(Past time) ซึ่งเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐบาลมาทำงานพิเศษ ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร อาครุ สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กให้บริการได้ในขอบเขตที่จำกัด และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างครบถ้วน

1.3.3.2 โรงพยาบาลเอกชนขนาดกลาง หมายถึง โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 101 – 199 เตียง มีการดำเนินงานด้านการบริการมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก มีการจัดรูปแบบของค์การแล่งแบ่งขอบเขตงานออกเป็นแผนกตามลักษณะงาน มีการแยกแผนกอย่างชัดเจน มีแพทย์ประจำค่อนข้างครบทุกสาขาตามสาขาวิชาการแพทย์ มีองค์การพยาบาลพยาบาลวิชาชีพขึ้นตรงกับองค์การพยาบาล แต่บางแห่งยังขึ้นตรงกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หรือฝ่ายบุคคลมีพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลประจำการมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่ยังคงอาศัยพนักงานบางเวลา (Past time) จากโรงพยาบาลอื่น ๆ และพนักงานประจำร้อยละ 80 มีระยะเวลาในการทำงาน 1- 3 ปี และลาออกไปทำงานโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมในการให้บริการทุกด้าน

1.3.3.3 โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วย 200 เตียงขึ้นไป มีการลงทุนเป็นกรรมกรบอร์ด มีการจัดรูปแบบองค์กรและแบ่งขอบเขตงานอย่างชัดเจน โครงสร้างการบริหารประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ผู้อำนวยการองค์การพยาบาลและแต่ละหน่วยปฏิบัติงานที่มีหัวหน้าหรือผู้จัดการกับการทำงาน แนวทางการบริหารงานเป็นไปตามนโยบายที่ได้รับจากผู้บริหารและคณะกรรมการการบริการรักษาพยาบาลมุ่งเน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญครบทุกสาขาตามสาขาวิชาการแพทย์ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องมือที่ทันสมัยราคาแพง มีวิสัยทัศน์การดำเนินงานที่กว้างไกลและมีจำนวนบุคลากรเพียงพอและมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านคุณภาพการบริการทั่วไปและคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง องค์การพยาบาลมีอิสระในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานประจำ (Full time) ไม่นิยมรับพยาบาลจากโรงพยาบาลอื่นมาทำงานพิเศษหรือมีการรับน้อยมากเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางและขนาดเล็ก แต่มีการให้พนักงานประจำมาปฏิบัติงานเป็นพนักงานล่องเวลาแทน

ในบริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดเตียงตั้งแต่ 300 เตียงขึ้นไป ยังมีศักยภาพสูงทุกด้าน ทั้งด้านนโยบายการบริหารที่เน้นการให้บริการที่เป็นเลิศ บุคลากรทุกระดับคนในองค์กรมีศักยภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง มีจำนวนบุคคลที่เพียงพอในการให้บริการทุกสาขา มีอุปกรณ์ทางการแพทย์เครื่องมือที่ทันสมัยและใช้นวัตกรรมที่ทันสมัยในการดูแลรักษาพยาบาลและการบริการทั่วไป ประกอบกับมีสภาพแวดล้อมที่สะดวกสบาย น่าอยู่อาศัยเข้ามาใช้บริการและประการสำคัญที่สุดคือ โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับประเทศแล้วและเริ่มมีการมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพระดับสากล ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีขนาดเตียงตั้งแต่ 300 เตียงขึ้นไป (ปกณวิรัช พานูรัตน์, 2554)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจเพราะเป็นโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทยผ่านการรับรองมาตรฐานระดับสากล (JCI) ตามมาตรฐานการรับรองของสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 และได้รับการรับรองฯ ต่อเนื่องในปี ค.ศ. 2010 อีกทั้งยังเป็น

โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล (JCI) สำหรับมาตรฐานการรักษาพยาบาลเฉพาะโรค คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โรคมะเร็งปอด และโรคข้อเข่า โดยโรงพยาบาลแห่งนี้มีความมุ่งมั่นพัฒนางานทางด้านคุณภาพและบริการเพื่อสู่ความเป็นเลิศอย่างต่อเนื่อง โดยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลแห่งนี้ใช้แนวคิดที่ว่า “แม้ไม่พบปัญหาก็สามารถหาแนวทางปรับปรุงให้ดีขึ้น และขยายการวัดผลลัพธ์หรือผลสัมฤทธิ์ของงานที่กว้างกว่าเดิม ซึ่งจะเน้นผลลัพธ์ที่เป็นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย (Comfort) และอบอุ่น (Care) โดยเริ่มต้นจากการควบคุมคุณภาพ (Quality control: QC) ไปสู่การประกันคุณภาพ (Quality assurance: QA) และยื่นหยัดในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Sustainable accreditation hospital)” และโรงพยาบาลแห่งนี้ยังเป็นแหล่งศึกษาของสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ จึงมีคุณสมบัติครบตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่จะใช้เป็นกรณีศึกษาและคำนึงถึงจุดมุ่งหมายของการทำวิจัย และปรัชญาของการวิจัยเชิงคุณภาพ

2. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

2.1 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

2.2.1 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2524 (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล,2556) โดยเริ่มพัฒนา การบริหารจัดการ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเน้นด้านการบริหารจัดการทั่วไปและการรักษาการพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ. 2526 เริ่มมีการพัฒนาระบบบริการพยาบาลมากขึ้น โดยเน้นด้านการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ โรงพยาบาลดังกล่าว เพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการพยาบาลได้สูงสุด นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น จึงเริ่มให้มีโครงการ ตีดาวโรงพยาบาล ในระหว่างปี พ.ศ.2527-2528 ซึ่งเป็นการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ โดยใช้แนวคิด การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งจัดให้มีระบบการประเมิน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

ในช่วงปี พ.ศ. 2528-2529 มีการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนของภูมิภาค (พบส) โครงการดังกล่าวเน้นความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ

ด้วย การสร้างเครือข่ายบริการแบบเบ็ดเสร็จ และร่วมกันพัฒนาอย่างเป็นระบบ และในปีเดียวกัน (พ.ศ.2528) ได้มีการจัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาลขึ้น ต่อมาในปีพ.ศ.2531 เริ่มมีการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยกองการพยาบาล และในปีพ.ศ.2533 พระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ.2533 ได้กำหนดให้สถานประกอบการมีหลักประกันสุขภาพให้กับลูกจ้าง ดังนั้นการพัฒนาการบริการพยาบาลในระยะนี้ จึงเน้นการพัฒนา มาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคมขึ้นมาเป็นประเด็นสำคัญเพื่อการรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม

ต่อมาในระหว่าง ปี พ.ศ.2536-2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กองโรงพยาบาลและสำนักงานประกันสุขภาพ ได้นำกระบวนการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หรือ TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง ผลผสมกับการพัฒนาองค์การเพื่อคุณภาพบริการ Organization Development (OD) และในปีพ.ศ.2538 มีการประกันคุณภาพการพยาบาลโดยการพยาบาลเน้นมาตรฐานและการตรวจสอบ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จัดให้มีคู่มือรับรองสถานพยาบาลประกันสังคมและการกำหนดคู่มือตรวจรับรอง และมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกที่เน้นมาตรฐานที่มุ่งเน้น กระบวนการ (Process) ผู้รับบริการ(Customer) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) และในปีพ.ศ.2539 กอง โรงพยาบาลภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ ไปดูงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ประเทศแคนาดา และกลับมาดำเนินโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ภายใต้การดำเนินงานของสถาบันและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งถูกจัดตั้งขึ้นมาวันที่ 8 เมษายน 2542 โดยมีผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพ ผู้แทนส่วนราชการและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ ทำหน้าที่ ประสานความร่วมมือและระดมพลังของสังคมมาสนับสนุน การดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ให้ความเห็นต่อทิศทางนโยบายเพื่อให้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยมากที่สุด

หลังจากได้จัดตั้งสถานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หรือสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แล้วได้ดำเนินการจัดการจัดโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อปีพ.ศ.2542 โดยมีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการจำนวน 35 โรง นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนการก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น โดยมีคุณวุฒิศึกวิภาชีพ และหน่วยราชการต่าง ๆ เข้ามาร่วมเป็นภาคี และได้รับทุนวิจัย ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2540 ถึง 31 กรกฎาคม 2543 ภายใต้แผนการพัฒนากลไกในการสร้างองค์ความรู้

ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ขณะเดียวกันโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ได้เข้าโครงการนำร่องก็เกิดความตื่นตัวและนำมาตราฐานโรงพยาบาล ไปเป็นแนวทางในการประเมินและการพัฒนาตนเอง

2.1.2 แนวคิดการพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2549) ได้นำแนวคิดการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแนวคือการบริการคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Management; TQM) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement; CQI) มาใช้ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

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

1) สร้างปณิธานอันแน่วแน่ในการปรับปรุงคุณภาพสินค้าและบริการที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Create consistency of purpose for continual improvement of product and service) ผู้บริหารทุกระดับต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับองค์การ ผู้รับบริการ การให้บริการและวิธีการปรับปรุงคุณภาพ ต้องแน่ใจว่าบุคลากรเข้าใจวิสัยทัศน์และปฏิบัติได้

2) ยอมรับปรัชญาใหม่ ๆ ของการบริหารคุณภาพ เพื่อให้องค์การมีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ (Adopt the new philosophy for economic stability) โดยเฉพาะปรัชญาใหม่เพื่อให้องค์การสามารถดำรงอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมที่มีการแข่งขัน

3) ยุติการควบคุมคุณภาพโดยอาศัยการตรวจสอบ (Cease dependency on inspection to chive quality) เพราะการตรวจสอบคุณภาพไม่ได้สร้างคุณค่าให้แก่ลูกค้า ยิ่งก่อให้เกิดเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าลดค่าใช้จ่ายเป็นการสร้างปัญหาให้ระบบปฏิบัติการ เป็นการปิดภาวะหน้าที่ความรับผิดชอบ

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

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

6) ฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ (Institute training on the job) นับว่าการเรียนรู้ไม่มีที่สิ้นสุดจึงต้องมีการสนับสนุนให้พนักงานปรับปรุงคุณภาพในการทำงาน ด้วยการฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจใหม่ ๆ แก่พนักงาน

7) สร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้น (Adapt and institute modern methods of supervision and leadership) การจัดการคุณภาพต้องเปลี่ยนบทบาทของหัวหน้าจากผู้สั่งการเป็นผู้อำนวยความสะดวก ซึ่งคอยสนับสนุนให้พนักงานแก้ไขปัญหาเอง มีบทบาทในการปรับปรุงคุณภาพและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงาน

8) กำจัดความกลัวให้หมดไป (Drive out fear) เดมมิงกล่าวว่า ความกลัวเป็นอุปสรรคสำคัญของการปรับปรุงคุณภาพ เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงและความอยู่รอดขององค์การความกลัวมีผลทำให้พนักงานไม่กล้าถามปัญหา ไม่กล้าบอกจุดอ่อนของตนเอง ผู้บริหารต้องแสดงให้เห็นว่าวิธีใหม่ ๆ เป็นโอกาสก้าวไปสู่ความสำเร็จมากกว่าใช้วิธีเดิม ๆ ที่เน้นความปลอดภัย และความมั่นคง

9) ทำลายสิ่งกีดขวางต่อความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ (Break down barriers between departments and individuals) ด้วยการสร้างที่ร่วมกันระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ขึ้นมา เพื่อขยายความสามารถในการทำงาน ช่วยให้การรับรู้ปัญหากว้างขึ้น สามารถมองเห็นปัญหาใหญ่ ๆ ได้ทำให้มีการศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขร่วมกัน

10) กำจัดคำขวัญและเป้าหมายที่เกินจำเป็น (Eliminate the use of slogans, Poster, and Exhortations) เนื่องจากข้อความที่ใช้ อาจไม่เหมาะสมเป็นการดูหมิ่นพนักงานมากกว่าการกระตุ้นให้กำลังใจ ผู้บริหารควรหาวิธีการทำงานที่ดี ให้เครื่องมือที่ดีฝึกอบรมพนักงาน

11) กำจัดจำนวนโควตาที่เป็นตัวเลข (Eliminate work standards and numerical quotas) การกำหนดตัวเลขมาตรฐานจะดึงความสนใจคนออกไปจากการปรับปรุงคุณภาพ เพราะการใช้มาตรฐานตัวเลขอาจทำให้พนักงานไม่เห็นด้วยและหาแนวทางต่อรองเพื่อให้ลดมาตรฐาน

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

13) จัดทำแผนการศึกษาและฝึกอบรมที่เข้มข้น (Institute a vigorous program of education and retraining) การอบรมอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้พนักงานมีข้อมูล

ที่ทันสมัย มีวิธีการใหม่ ๆ ตลอดจนเทคนิคที่เป็นทางเลือกอื่น พร้อมทั้งให้พนักงานทราบว่าผู้บริหารมอง

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

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนำการบริหารคุณภาพทั้งองค์การมาใช้ในการเพิ่มการมุ่งเน้นการใช้วิธีการทางสถิติมาช่วยในการบริหารงาน การเน้นการแก้ไขสาเหตุของปัญหาและการทำงานเป็นทีมรวมถึงการทำงานอย่างเป็นระบบร่วมกับการใช้วงล้อ PDCA ซึ่งจะเน้นที่วิธีการคิดและการเรียนรู้ปรับตัวอย่างเป็นระบบ

2.1.3 การพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2544) ได้รวบรวมขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพและการดำเนินการเพื่อนำไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งมีทั้งหมด 5 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นการเตรียมการพัฒนาที่ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการผู้บริหารระดับสูงและผู้นำองค์กรต้องมีการสร้างความตระหนักในทีม โดยร่วมกันพิจารณาความจำเป็นขององค์การให้มีการพัฒนาคุณภาพจะพิจารณาทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ผู้บริหารระดับสูงศึกษาแนวคิดเรื่องคุณภาพอย่างถูกต้องแล้วจึงจัดการค้นหาผู้ประสานงานคุณภาพและเป็นผู้กำหนดคุณสมบัติของผู้ประสานงานโดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้ความสามารถในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นอย่างดี หลังจากนั้นสร้างทีมแกนนำ (Facilitation) ชุดแรกขึ้นมาเพื่อเป็นทีมที่ปรึกษาให้กับทุกหน่วยงานในการชี้แนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างถูกต้องและเป็นที่ปรึกษาแก้ไขปัญหา ปรับปรุงคุณภาพในหน่วยงาน ซึ่งจะได้รับการอบรมในเรื่องแนวคิดและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพในระดับที่สามารถวิเคราะห์งานและดำเนินกิจกรรมคุณภาพภายในหน่วยงานของตนได้และนำมาวิเคราะห์บรรยากาศในการทำงานและดำเนินการปรับปรุงคุณภาพซึ่งผู้ประสานงานและผู้บริหารทุกระดับสื่อสารกับบุคคลอย่างไม่เป็นทางการและตอบสนองข้อมูลที่ได้รับส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่ดีและติดตามผลที่เกิดขึ้นเป็นระยะ โดยผู้บริหารระดับสูงต้องรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการและชุมชนด้วย ซึ่งจะกำหนดนโยบายให้บุคลากรทุกคนรับฟังเสียงสะท้อนในโอกาสที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ต่อจากนั้นทำการกำหนดทีมในการประเมินตนเอง ที่ครอบคลุมทีมที่ดูแลหน้าที่หลักในโรงพยาบาล ทีมที่เน้นระบบเป็นหลักและทีมที่เน้นผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งการประเมินตนเองต้องเป็นไป

ตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและต้องกำหนดแนวทางการพัฒนาอย่างกว้างและแต่ละทีมดำเนินการประเมินตนเองโดยใช้มาตรฐาน HA โดยเน้นประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนาและวางแผนดำเนินการ

2. ขั้นตอนการพัฒนาและการเรียนรู้ โดยจะทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนำร่อง โดยทีมผู้ประสานงานและทีมแกนนำในรูปแบบต่างๆ เพื่อเรียนรู้วิธีการ ปัญหาและอุปสรรค แล้วสร้างความตระหนักแก่บุคลากรและสร้างทีมในการพัฒนาคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกันสร้างพันธกิจหรือเป้าหมายร่วมทำให้มีทิศทางในการดำเนินนโยบายของโรงพยาบาล โดยการทบทวนข้อควรระวังหรือข้อควรระวังของโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆที่มีอยู่เดิม นำเอาคำที่เป็นคำสำคัญ (Key word) มาเป็นจุดเริ่มต้นซึ่งผู้บริหารทุกระดับดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้เน้นการพูดคุยสนทนากับบุคลากรเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และให้บุคลากรเป็นผู้กำหนดบทบาทของตนเองแล้วจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อเป็นแนวทางที่จะบรรลุพันธกิจ ทำการสื่อสารให้กับบุคคลรับทราบผ่านการวางแผนเข้มมุ่งประจำปี ของโรงพยาบาลไปสู่แผนปฏิบัติงานในหน่วยงาน โดยใช้กลไกการสื่อสารในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบเป้าหมายของโรงพยาบาลและบทบาทที่โรงพยาบาลให้แต่ละคนที่ปฏิบัติ จัดทำและทบทวนแผนดำเนินการพัฒนาคุณภาพหรือแผนประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพผู้ประสานงานคุณภาพมีหน้าที่จัดทำแผนประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ

3. ขั้นตอนดำเนินการพัฒนาโดยเริ่มจากการพัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน (Unit Optimization) โดยทำการฝึกฝนทักษะของทีมงาน ทักษะในการตรวจสอบตนเองให้กับบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน ซึ่งมีวิธีการได้แก่ การระดมสมอง การจัดกลุ่มความคิด การตัดสินใจของทีมโดยแต่ละหน่วยงานจะวิเคราะห์ตนเอง จัดทำฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานที่สามารถปรับปรุงเพิ่มเติมและเป็นแบบอย่างให้แก่หน่วยงานอื่นๆได้ หลังจากนั้นผู้ประสานงานคุณภาพประเมินความก้าวหน้าในการวิเคราะห์ตนเองของแต่ละหน่วยงาน ให้ได้รับความช่วยเหลือและรายงานให้ผู้บริหารระดับสูงรับทราบ แต่ละหน่วยงานรับฟังความคิดเห็นจากผู้รับบริการและรับผลงานทำการตอบสนองในเบื้องต้น บุคลากรในหน่วยงานดำเนินการกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการเพื่อให้ทีมนำไปปฏิบัติแต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเองและวางมาตรการป้องกัน จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่จำเป็นต่อหน่วยงาน ติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง กำหนด วิธีการเก็บ การวิเคราะห์ข้อมูล เปิดโอกาสให้บุคลากรในหน่วยงานทำความเข้าใจและวิพากษ์วิจารณ์เครื่องชี้วัดที่ได้มาอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา หัวหน้าหน่วยงานมอบหมายให้สมาชิกในหน่วยงานไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก และหาทางเลือกเพื่อการพัฒนาในเรื่องนั้นมานำเสนอ ดำเนินการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามปัญหา

ความเสี่ยง โอกาส พัฒนาที่วิเคราะห์ได้ไว้ จัดกิจกรรมทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการประสานงานในแนวราบ (Horizontal integration) โดยการทบทวนความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันและตอบสนองความต้องการ โดยหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้พิจารณาความจำเป็นที่จะขอสนับสนุนนโยบายและทรัพยากรจากผู้บริหารระดับสูง เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น สร้างระบบการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยหัวหน้าหน่วยงานร่วมกับบุคลากร ในหน่วยงานพิจารณาทบทวนประสิทธิภาพและความคล่องตัวของช่องทางการสื่อสารกับหน่วยงานหรือวิชาชีพที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด โดยที่ทีมคร่อมสายงานทำหน้าที่เป็นทีมนำส่วนกลาง ผู้บริหารระดับสูงทบทวนโครงสร้างองค์การ การพัฒนาคุณภาพ โดยมีทีมคร่อมสายงานนำเสนอความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตนเอง รวมทั้งประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลฯ เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาในส่วนที่เป็นเรื่องที่ต้องประสานงานระหว่างสายงานหรือวิชาชีพอื่น จัดทำแผนและกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตาม

4. ขั้นตอนดำเนินการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยจัดระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหา การประเมิน การควบคุม และการประเมินผลโดยเฉพาะการจัดการเมื่อเกิดความเสี่ยงหรือความเสียหายขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานทราบว่าเมื่อใดจะต้องรายงานให้ผู้บริหารระดับใดทราบ โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของเหตุการณ์พัฒนาระบบสารสนเทศเกี่ยวกับการบริหาร ความเสี่ยง โดยการรวมศูนย์กลางการประมวลผลรายงานอุบัติการณ์ และเหตุการณ์สำคัญ วิเคราะห์แนวโน้มและประเมินค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้บริหารได้รับทราบและทบทวน นโยบายเป็นระยะ หลังจากนั้นจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่ต้องใช้งานร่วมกันในระดับโรงพยาบาล สรรหาผู้ที่มีความเหมาะสมในการจัดทำคู่มือเรื่องต่าง ๆ โดยได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ทบทวนร่างคู่มือและสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical practice guideline) โดยการจัดตั้งองค์การแพทย์และกรรมการต่าง ๆ ดำเนินการตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ในธรรมนูญขององค์การแพทย์ และมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยแนวทางการจัดตั้ง โครงสร้างองค์การแพทย์ สมาชิกองค์การแพทย์และการได้มาของกรรมการบริหาร องค์การแพทย์ ดำเนินการเชื่อมโยงทิศทางองค์การ (Vertical alignment) จัดทำเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ถ่ายทอดเข็มมุ่งไปเป็นแผนปฏิบัติการในแต่ละหน่วยงานดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ กำหนดเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาลและติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

5. **ขั้นเตรียมความพร้อมเพื่อการรับการเยี่ยมสำรวจ** โดยการปรับโครงสร้างองค์การเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพในการทำงาน ปรับระบบแรงจูงใจเพื่อการกระตุ้นให้บุคลากรตื่นตัวในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและยกย่องผลงานของกันและกัน ทำการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพมาเยี่ยมให้คำแนะนำปรึกษาตามความจำเป็น ประเมินตนเองซ้ำ ทำการซุ่มเยี่ยมสำรวจการประเมินตนเอง โดยการวางแผนและดำเนินการเยี่ยมสำรวจภายในและส่งแบบประเมินให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ปรับปรุงตามข้อแนะนำที่ได้จากสถาบันพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเตรียมความพร้อมการเยี่ยมสำรวจ

2.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

JCAHO (2008) กล่าวถึงแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล หรือ JCI ในฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (3rd edition) เป็นแนวคิดของการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้ถูกพัฒนาและควบคุมมาจากคณะกรรมการเฉพาะกิจที่ JCIHO จัดตั้งขึ้น และได้รับการรับรองจากองค์การแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ให้เป็นหลักพื้นฐานในสื่อนการรับรองคุณภาพได้ทั่วโลก ซึ่งแนวคิดนี้จะอยู่บนพื้นฐานแนวคิดของหลักการการบริหารคุณภาพ (Continuous Quality Improvement: CQI) ซึ่งกระบวนการการรับรองคุณภาพมีการออกแบบที่เหมาะสมถูกต้องตามกฎหมาย สอดคล้องกับศาสนา และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น แต่ยังคงรูปแบบของความปลอดภัยและคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่ JCI นำมาใช้ ดังนี้

2.2.1 การบริหารคุณภาพ

Crosby (1979) กล่าวว่า การบริหารคุณภาพไม่ได้เป็นสิ่งที่ง่ายแต่ก็ไม่ได้ยากเกินไป ปัญหาของการบริหารคุณภาพไม่ใช่ทุกคนไม่รู้เกี่ยวกับการบริหารคุณภาพ หากคือทุกคนคิดว่ารู้แล้ว จึงทำให้ยากต่อที่ทุกคนจะพัฒนาให้ดีขึ้นทุกปีของการคงอยู่ในงานการบริหารคุณภาพ ซึ่งตามแนวคิดการบริหารคุณภาพของ Crosby ซึ่งได้อธิบายไว้ 6 ด้าน คือ 1) การทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น 2) การไม่มีข้อบกพร่อง และวันแห่งการไม่มีข้อบกพร่อง 3) ความสมบูรณ์แบบด้านคุณภาพ 4 ประการ 4) ขั้นตอนการป้องกัน 5) วัคซีนคุณภาพ และ 6) หลักการ 6 Cs ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Suarez, 1992)

2.2.1.1. การทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น วิธีการของ Crosby ได้เน้นไปที่การทำสิ่งต่าง ๆ ให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น ในปรัชญานั้นไม่มีระดับของความแตกต่างในด้านคุณภาพ หมายถึง สิ่งที่ไม่ดีไม่มีเหตุผลที่จะวางแผนกำหนดกลยุทธ์และลงทุนในสิ่งที่ไม่ตรงและไม่สอดคล้องกับความต้องการ ดำเนินการไปในทางที่ไม่ถูกต้อง และเน้นวิธีการบริหารจัดการคุณภาพคือ การป้องกันไม่ใช่การคอยตรวจสอบหรือทดสอบสินค้าใดที่มีคุณลักษณะตรงกับลักษณะที่สินค้านั้นถูกออกแบบมาถือว่าเป็นสินค้าที่มีคุณภาพ

Crosby ได้กล่าวว่าความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องคุณภาพ เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้จัดการมักคิดว่าความผิดพลาดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งนี้เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นได้ในวงการธุรกิจ และเป็นสิ่งที่จะต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องดังกล่าวด้วยการบริหารจัดการปัญหาเหล่านั้น และมีการให้รางวัลและการสนับสนุนองค์การ เพื่อป้องกันการผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น หากยึดติดในเรื่องของตารางการทำงานมากกว่าเรื่องของคุณภาพ ก็จะเป็นการเน้นไปที่ตัวงาน

2.2.1.2 การไม่มีข้อบกพร่อง และวันแห่งการไม่มีข้อบกพร่อง
เป้าหมายขั้นสูงสุดของกระบวนการพัฒนาคุณภาพของ Crosby นั้นคือ การไม่มีข้อบกพร่องหรือสินค้าและบริการไม่มีข้อบกพร่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ตรงข้ามกับความเชื่อโดยทั่วไป การไม่มีข้อบกพร่องไม่ได้เป็นเพียงสโลแกนที่ชักจูงใจเท่านั้นแต่เป็นทัศนคติและข้อตกลงที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นผ่านการป้องกัน การไม่มีข้อบกพร่องไม่ได้หมายความว่าสินค้านั้นต้องสมบูรณ์แบบ แต่หมายความว่าทุกคนทุกหน่วยในองค์การจะต้องพร้อมใจและร่วมใจกันในการทำตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ตั้งแต่ครั้งแรก และจะต้องไม่ยอมรับหรืออ่อนข้อให้กับสิ่งที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ใน การที่จะทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ ต้องเน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบความต้องการร่วมกัน เพื่อที่ทุกคนจะสามารถปฏิบัติตามที่ได้กำหนดไว้ วิธีการนี้ถือเป็นการกำหนดและสร้างเรื่องของวันแห่งการไม่มีข้อผิดพลาด โดยเป็นวันที่ทุกคนทั้งระดับผู้บริหารและลูกจ้างจะได้เข้ามายืนยันในสิ่งที่ตนได้ให้ไว้ในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพ

2.2.1.3 ความสมบูรณ์แบบด้านสุขภาพ 4 ประการ การพัฒนาคุณภาพเริ่มต้นด้วยสิ่งที่ Crosby เรียกว่าความสมบูรณ์แบบด้านการจัดการคุณภาพ 4 ประการ ซึ่งมีแนวความคิดหลักดังต่อไปนี้

1. คุณภาพเป็นความสอดคล้องกันของความต้องการด้านต่าง ๆ การปฏิบัติต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนองค์การได้สร้างสินค้าและบริการ รวมไปถึงการ

ติดต่อกับลูกค่านั้นจะต้องตรงกับความต้องการที่แท้จริง หากผู้บริหารต้องการให้คนในองค์กรทำสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่แรก ก็จำเป็นจะต้องสื่อสารให้ชัดเจนว่าความต้องการที่ปรารถนานั้นคืออะไร และทำอย่างไรจึงจะประสบผลหรือได้รับผลตามความต้องการนั้น โดยผ่านการ ฝึกอบรม ภาวะความเป็นผู้นำ และการสร้างบรรยากาศในการสร้างความร่วมมือที่ดี

2. ระบบของคุณภาพ คือการป้องกัน ซึ่งหมายถึงการกำจัดข้อผิดพลาดก่อนที่จะเกิดขึ้นโดยใช้วิธีการให้การฝึกอบรม การสร้างระเบียบวินัย การให้ตัวอย่าง การสร้างภาวะผู้นำเป็นสิ่งที่สร้างการป้องกันให้เกิดขึ้น ซึ่งผู้บริหารจะต้องสร้างสิ่งเหล่านี้ให้เกิดขึ้นในบรรยากาศของการทำงาน

3. มาตรฐานของการปฏิบัติงานคือ จะต้องไม่มีข้อผิดพลาด หรือการทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก ทศนคติการทำใกล้เคียงหรือเต็มที่สุดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้ในวิธีการของ Crosby ความผิดพลาดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ไม่อาจเพิกเฉยได้ ผู้นำจะต้องช่วยผู้อื่นในการเตรียมสิ่งที่จำเป็นในการกำหนดรูปแบบความต้องการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเวลา และเครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อพนักงานทุกคน

4. การจัดการด้านคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในเรื่องของเครื่องมือการจัดการในการวิเคราะห์ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร

ทั้ง 4 ด้านนี้มีส่วนช่วยในการจัดการที่เน้นไปในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพ ทั้งยังช่วยเปลี่ยนความคิดของสิ่งที่เรียกว่า conventional Wisdom ซึ่งเป็นความคิดที่ว่า ถ้าคุณภาพเพิ่ม ค่าใช้จ่ายก็ต้องเพิ่ม ไปสู่ความคิดที่ว่าคุณภาพและค่าใช้จ่ายนั้น ไม่ได้แข่งขันซึ่งกันและกัน ดังนั้นแสดงให้เห็นว่า คุณภาพเพิ่ม ค่าใช้จ่ายลดลง โดยเหตุผลนี้นำไปสู่วลีที่มีชื่อเสียงคือ “คุณภาพเป็นสิ่งที่ไม่ต้องเสียอะไร แต่ไม่ใช่ของขจวัญ” เพื่อที่จะกำหนดใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพของ Crosby ได้ให้ภาพ 14 ขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารระดับสูงและพนักงานทุกคน คือ 1) คำมั่นมั่นของฝ่ายบริหาร 2) ทีมปรับปรุงคุณภาพ 3) มาตรฐานคุณภาพ 4) ต้นทุนของการประเมินคุณภาพ 5) การตระหนักถึงคุณภาพ 6) ดำเนินการแก้ไข 7) การจัดตั้งกรรมการเฉพาะกิจเรื่องโปรแกรมบกร่องเป็นศูนย์ 8) การฝึกอบรมหัวหน้า 9) จัดวันบกร่องเป็นศูนย์ 10) การตั้งเป้าหมาย 11) กำจัดเหตุการณ์ของการผิดพลาด 12) ให้คำชม 13) ตั้งสภาคุณภาพ 14) ทำอย่างนี้ซ้ำแล้วซ้ำอีก (กิตติวัฒน์ สิริเกษมและคณะ, 2552) โดยขั้นตอนทั้ง 14 ขั้นนี้ได้แสดงให้เห็นว่าเทคนิคของ Crosby ในเรื่องของการจัดการพัฒนาคุณภาพและการสื่อสารความสมบูรณ์แบบด้านคุณภาพ 4 ประการ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

2.2.1.4 กระบวนการป้องกัน การป้องกันนั้นเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด การวางแผน การวิเคราะห์ในเรื่องของความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อจะนำไปปฏิบัติใช้เพื่อ ป้องกันความคิดผิดพลาดที่จะเกิดขึ้น ปัญหาโดยส่วนใหญ่ที่นั้นเกิดจากความผิดพลาดและการขาด ในเรื่องของความต้องการที่แท้จริงในเรื่องสินค้าและบริการ ซึ่งต้องเริ่มด้วยการหาความต้องการที่ แท้จริงของสินค้าและบริการ การพัฒนาสินค้าและบริการ ซึ่งได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและ เปรียบเทียบกับความต้องการที่แท้จริง และนำไปปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่าง ต่อเนื่องและตลอดไป

2.2.1.5 วัคซีนคุณภาพ Crosby กล่าวว่า ปัญหาเปรียบเทียบเสมือนเชื้อโรค ที่มีต่อเครื่องมือการจัดการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับวัคซีนหรือการสร้างภูมิคุ้มกัน ใน การที่จะป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น การสร้างวัคซีนนี้ซึ่งประกอบด้วยการจัดการด้านการจัดการ 3 ด้าน คือ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหานี้ที่แท้จริง การให้ความรู้ การปฏิบัติในสิ่งที่ได้ตัดสินใจ ผู้บริการระดับสูงมีส่วนรับผิดชอบ และบริหารจัดการในเรื่องเหล่านี้ ให้เกิดขึ้นอยู่เสมอการ วิเคราะห์สาเหตุได้แสดงให้เห็นโดยการทำที่ผู้บริหารเห็นความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงบางอย่าง ให้ตรงกับความต้องการ และสิ่งนั้นจำเป็นที่จะต้องอาศัยการจัดการจากฝ่ายบริหาร การให้ความรู้ เป็นขั้นตอนพื้นฐานที่จะต้องเตรียมให้กับพนักงานทุกคนให้เข้าใจถึงบทบาทของตนในขั้นตอน การพัฒนาคุณภาพ ทั้งยังช่วยพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อที่จะป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นด้วย และสุดท้ายคือการนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะประกอบด้วยการพัฒนาแผนงาน การกระจายงาน จัดสรร ทรัพยากรและการสนับสนุน อันจะเกี่ยวข้องกัปรัชญาในการพัฒนาคุณภาพที่ว่า ผู้บริหารจะต้อง เป็นตัวอย่างและให้การศึกษาคำรู้อย่างต่อเนื่อง

2.2.1.6 ขั้นตอน 6 Cs การให้การศึกษาคำรู้เป็นกระบวนการที่มีหลาย ขั้นตอนที่ถูกองค์การจะต้องผ่านมันไปให้ได้ ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่าขั้นตอน 6 Cs ประกอบด้วย

ความเข้าใจแบบมีคุณภาพ (Comprehension) ซึ่งจะต้องเริ่มจาก ผู้บริหารระดับสูงเรื่อยมาจนถึงพนักงานทุกคน หากปราศจากความเข้าใจแล้วการพัฒนาคุณภาพ ก็จะไม่เกิดขึ้น

ข้อตกลง (Commitment) ซึ่งจะต้องเริ่มจากผู้บริหารระดับสูงและ นำเสนอสิ่งซึ่งผู้จัดการทั้งหลายได้กำหนดเป็นนโยบายออกมา

ศักยภาพและความสามารถ (Competence) เป็นการพัฒนาด้าน การศึกษาและการฝึกอบรม ในช่วงขั้นตอนนี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อการปฏิบัติตามขั้นตอน การพัฒนาคุณภาพ

การติดต่อสื่อสาร (Communication) สิ่งที่ได้พยายามดำเนินการทุกอย่างควรจะต้องการเก็บบันทึกไว้เป็นเอกสาร เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างเต็มที่ในเรื่องของคุณภาพให้กับทุกคนในองค์กร

การแก้ไข (Correction) ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การป้องกัน และการปฏิบัติงาน

การสร้างความต่อเนื่อง (Continuance) ที่มุ่งเน้นไปสู่วิธีการที่จะกลายมาเป็นวิถีชีวิตและวัฒนธรรมขององค์กรในที่สุด ซึ่งการสร้างความต่อเนื่องนั้นมีพื้นฐานอยู่บนความจริงที่ว่า การทำอะไรที่ไม่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายและเวลาที่มากกว่าเสมอ ดังนั้นการสร้างคุณภาพขึ้นมานั้นจะต้องดำเนินการทุกวัน

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ การสร้างคุณภาพจะต้องดำเนินการโดยการป้องกันข้อผิดพลาด และการกำหนดรูปแบบความต้องการต่าง ๆ ที่ชัดเจนขึ้นมาซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากทุกฝ่าย รวมถึงจะต้องรู้วิธีการที่จะทำให้ความต้องการเหล่านั้นสำเร็จผล ค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินนั้นเป็นสิ่งที่เน้นในเรื่องของมาตรการ การวัดผลต่างๆ และสร้างสิ่งที่จะช่วยผู้จัดการในการติดตามตรวจสอบค่าใช้จ่ายเหล่านี้ ที่เป็นการวัดผลอย่างต่อเนื่องในเรื่องค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองกับค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่าในการทำอะไรให้ถูกต้องครั้งแรก ซึ่งเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน กิจกรรมที่ผู้บริหารและพนักงานทุกคนต้องตระหนักและตกลงร่วมกันอยู่เสมอในเรื่องของคุณภาพ โครงการการฝึกอบรมจะเน้นไปที่การพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นเรื่องคุณภาพ เป้าหมายสูงสุดคือการที่จะต้องมียินค้าและบริการที่ไม่มีข้อผิดพลาดและข้อบกพร่องต่อลูกค้า

2.3 บทบาทขององค์กรพยาบาลต่อการพัฒนาคุณภาพ

องค์กรพยาบาล เป็นองค์กรย่อยขององค์กรหนึ่งในโรงพยาบาล ที่รับผิดชอบในการบริหารงานการพยาบาล เป็นองค์กรที่มีความสำคัญมาก และมีเจ้าหน้าที่มากที่สุดในโรงพยาบาล องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรที่มีความจำเป็นต้องทำงานร่วมกับผู้อื่นมากมาย และต้องติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย ในขณะที่เดียวกันพยาบาลเป็นบุคคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงต้องปฏิบัติงานให้ผู้ป่วยบริการเกิดความพึงพอใจสูงสุด โดยปฏิบัติตามบทบาทให้แน่ใจว่าได้ให้บริการตามความคาดหวังของผู้ป่วย มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ สัมภาษณ์ปัญหา และศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม สังเกตสภาพแวดล้อมเพื่อประเมินสถานการณ์ และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ รวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมที่เสริมให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนางานคุณภาพเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีกว่าหรือการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเจริญรุ่งเรือง

การพัฒนาคุณภาพได้ถูกกำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรพยาบาล ในขณะที่เดียวกันได้มีกฎหมายเพื่อควบคุมให้ประกอบวิชาชีพและเริ่มมีการควบคุมคุณภาพการพยาบาลการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาล ในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพคือ

1. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ให้บริการเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย
2. บันทึก รวบรวม ศึกษาวิเคราะห์ ด้านการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ให้ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการพยาบาล
3. วางแผนหรือร่วมดำเนินการวางแผนการทำงานตามแผนงานหรือโครงการ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายสัมฤทธิ์ที่กำหนด
4. พัฒนาข้อมูล จัดทำเอกสาร คู่มือ ตำรา สื่อเอกสารเผยแพร่ พัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์ วิธีการ หรือประยุกต์ เทคโนโลยีเข้ามาใช้ เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์กร
5. ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับบุคลากรในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานเพื่อประเมินปัญหา และร่วมหาแนวทางแก้ไข เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
6. มีส่วนร่วมต่อการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานที่ปฏิบัติโดยใช้มาตรฐานทางการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพพยาบาล ได้มีบทบาทต่อพยาบาล เป็นแรงกดดันทั้งภายในและภายนอก ที่จะทำให้พยาบาลปฏิบัติงานโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพ เพื่อให้สากลและสังคมยอมรับ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ร่วมประกาศรับรองบทบาทพยาบาลไว้ดังนี้

1. จัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ
2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความสามารถในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล
3. เสริมสร้างจิตสำนึกในการให้บริการพยาบาล รวมถึงคุณธรรม จริยธรรมในการประกอบอาชีพ
4. เร่งรัดพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล ให้ได้มาตรฐานทั้งด้านระบบบริการ และระบบบริหาร (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักปลัดกระทรวง, 2542)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพราะการพัฒนาคุณภาพถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบต้องปฏิบัติเพื่อทำให้การปฏิบัติงานได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการและก่อให้เกิดคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจาก สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว ยังต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพบริการที่เป็นเลิศ และเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้มารับบริการหรือผู้ป่วยทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ (Medical Hub) ของรัฐบาลไทยที่ผลักดันให้มีการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ โดยให้ชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยเป็นจำนวนมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีเงินเข้าประเทศปีละหลายล้านบาท และสืบเนื่องไปจนถึงการท่องเที่ยวที่มีความคล่องตัวขึ้นอีกด้วย โรงพยาบาลชั้นนำของประเทศไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เพื่อเป็นสิ่งยืนยันและสร้างความมั่นใจให้กับผู้มารับบริการ ซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสาขานั้นมีหลากหลายองค์การที่ให้การรับรอง ดังนี้

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศแคนาดา เริ่มต้นดำเนินการร่วมกับประเทศสหรัฐอเมริกา ต่อมาประเทศแคนาดาได้แยกตัวออกมาจัดตั้ง Canadian Commission on Hospital Accreditation (CCHA) (จิรุทม์ ศรีรัตนบัลล์, 2545) ในปี ค.ศ. 1954 เป็นองค์การเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศแคนาดา ซึ่งในระยะแรกยังคงใช้มาตรฐานเดียวกัน CCHA ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็น Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) ในปี ค.ศ.1988 ซึ่งขยายขอบเขตการรับรองคุณภาพไปสู่สถานพยาบาลอื่น ๆ ด้วย ในปี ค.ศ.1995 CCHFA เปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็น Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) โดยทำหน้าที่รับรองคุณภาพบริการอื่น ๆ นอกสถานพยาบาลด้วย CCHSA มีพันธกิจในการส่งเสริมให้มีการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในสถานพยาบาลทั้งหมดของแคนาดา โดยเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลต่าง ๆ เข้าร่วมกระบวนการรับรองคุณภาพด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้ที่ได้รับประโยชน์สูงสุดคือประชาชนนั่นเอง ตัวแทนขององค์การสมาชิกประกอบด้วย องค์การสมาคมวิชาชีพ สมาคมโรงพยาบาล ราชวิทยาลัย แพทย์และศัลยแพทย์ สมาคมโรงเรียนแพทย์ และตัวแทนผู้บริโภค

CCHSA ให้คำจำกัดความของคุณภาพว่า “เป็นการทำสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ดีและลูกค้าพึงพอใจ” CCHSA ได้เริ่มนำแนวคิดของ Continuous Quality Improvement (CQI) มาใช้เป็นพื้นฐานในการรับรองคุณภาพอย่างเป็นทางการในปี ค.ศ.1992 โดยการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลและการประเมินคุณภาพ CCHSA ได้ให้คำจำกัดความว่า “เป็นแนวคิดและระบบการบริหารซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทุกระดับมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติและเครื่องมือของกระบวนการกลุ่มเพื่อลดความสูญเปล่า ความซ้ำซ้อน และความซับซ้อนที่ไม่จำเป็น เป้าหมายคือการตอบสนองหรือทำให้เกิดความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และวิธีการบริหารจัดการ เน้นการประสานงานที่ดี โดยมุ่งที่ลูกค้า ผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทความรับผิดชอบ และความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนอื่น ๆ ในฐานะผู้ให้บริการ และสมาชิกของทีมโครงสร้างพื้นฐานและบริการสนับสนุนซึ่งเอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพของบริการและการดูแลรักษา

อย่างไรก็ตาม CCHSA จะไม่เข้าไปประเมินโรงพยาบาลในส่วนที่มีองค์การอื่นทำหน้าที่ประเมินอยู่แล้ว แต่จะนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะขององค์การเหล่านั้นเข้ามาพิจารณาด้วย ทั้งนี้กระบวนการรับรองคุณภาพต้องการให้บุคลากรในโรงพยาบาลทำงานเป็นทีม สร้างให้เกิดการร่วมมือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างสถานพยาบาลและผู้ประเมิน เน้นที่กระบวนการการเรียนรู้ไม่ใช่การตรวจสอบ ใช้หลักการของการปรับปรุงคุณภาพ การทำงานให้ดีที่สุด ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด มุ่งเน้นที่เป้าหมายมากกว่าวิธีการ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ระหว่างผู้สร้างและผู้รับผลงาน

มาตรฐานสำหรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแต่เดิมเป็นมาตรฐานที่เน้นด้านโครงสร้างมีลักษณะคล้ายคำสั่งว่าต้องมี หรือทำอะไรบ้าง (Prescriptive) การนำแนวคิด CQI มาใช้ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศแคนาดานำไปสู่มาตรฐาน (ฉบับใหม่ในปี ค.ศ.1995) ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาที่สะท้อนถึงปรัชญาเรื่องคุณภาพ มีเนื้อหาด้านมาตรฐานเชิงโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์ในระดับที่สมดุลกัน และมุ่งสู่ความเป็นเลิศ ไม่ใช้มาตรฐานขั้นต่ำ การจัดทำมาตรฐานเป็นกระบวนการไม่หยุดนิ่ง และมีการทบทวนกันทุก 2 ปีครั้ง กระบวนการทบทวนมาตรฐานเริ่มต้นด้วยข้อมูลและความต้องการจากพื้นที่ มีการศึกษาค้นคว้ามาตรฐานของต่างประเทศ สร้างกรอบความคิด นำมาจัดทำเป็นร่างมาตรฐานให้คณะกรรมการที่ปรึกษาพิจารณาอาจมีการทดลองใช้ก่อนผ่านการทบทวนอีกครั้ง และจะมีการติดตามประเมินผลหลังใช้งานไปแล้ว 1 ปี กรอบมาตรฐานในปัจจุบันยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะถือว่ากิจกรรมทุกอย่าง

เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และลูกค้า ๆ อาจแบ่งได้เป็นระดับ ดังนี้คือ

- 1) ผู้ป่วย ครอบครัวและลูกค้า ซึ่งพิจารณาที่กระบวนการการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายและติดตามรักษา ความพึงพอใจของผู้ป่วยและลูกค้า
- 2) ผู้ให้บริการ จะพิจารณาจากกระบวนการในการเตรียมผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนตามแผนการดูแลรักษา การประเมินผลการดูแลรักษา การจำหน่ายและติดตามรักษา กิจกรรมประเมินและปรับปรุงคุณภาพ
- 3) ระบบที่สนับสนุน ได้แก่ การประเมินการพัฒนาและจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดการสารสนเทศ การจัดการสิ่งแวดล้อม
- 4) ทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ ได้แก่ การประเมินภาวะผู้นำและการทำงานร่วมกันในระดับ การกำหนด กำกับนโยบาย และการจัดการเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปรับปรุงคุณภาพ

นอกจากนี้ยังมีมาตรฐาน ISO หรือ International Organization for Standardization เป็นองค์การระหว่างประเทศที่ว่าด้วยการมาตรฐานตั้งอยู่ ณ กรุงเจนีวาประเทศสวิตเซอร์แลนด์ จัดเป็นองค์การ ชำนาญพิเศษที่มีใช้หน่วยงานรัฐบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการกำหนดมาตรฐาน ผลิตภัณฑ์ อุตสาหกรรม ให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อประโยชน์ทางการค้าหรือเกิดมาตรฐานของโลกที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นไปในอนาคต โดยมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) เป็นตัวแทนของ ISO ในการจัดการด้านมาตรฐานสากลต่าง ๆ ความเป็นมาของระบบ ISO เริ่มขึ้นจากระบบการตรวจรับสินค้าของทหารองค์การนาโต้ ซึ่งเดิมจะตรวจสอบเฉพาะสินค้าที่ได้มาตรฐาน เพื่อนำมาใช้เท่านั้นแต่ต่อมาพบว่าการตรวจสอบสินค้าที่ได้รับ อนุญาตทางว่ามาตรฐานนั้นไม่ใช่ข้อสรุปที่สมบูรณ์ทีเดียวจึงมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการตรวจสอบสู่กระบวนการผลิต โดยต่อมาประเทศอังกฤษได้นำระบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในระบบ BS5750 ซึ่งกลายมาเป็นต้นแบบของมาตรฐาน ISO ในเวลาต่อมา (ประชาสรรณ์ แสนภักดี, 2552)

สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) ได้นำระบบคุณภาพอนุกรมมาตรฐานสากล ISO มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพในการบริหารองค์การโดยมาตรฐาน ISO ที่สำคัญได้แก่ ISO9000 ที่เน้นความสำคัญในเรื่องของระบบคุณภาพองค์การ ISO14000 ที่เน้นความสำคัญในเรื่องของการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมขององค์การ (Environment) และนอกจากนี้แล้วยังมีมาตรฐาน มอก.18000 ซึ่งรับเอาแนวทางมาจาก BS8800 ที่เน้นการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในองค์การโดยลักษณะของมาตรฐาน ISO ประเภทต่าง ๆ ซึ่ง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมมาตรฐานที่โรงพยาบาลนำมาใช้รับรองคุณภาพเพื่อพัฒนา และยกระดับการบริหาร การดำเนินงาน หรือการจัดการคุณภาพและประกันคุณภาพ โดยเน้นการสร้างคุณภาพภายในองค์กร ซึ่งไม่ได้จำกัดว่าจะเป็นองค์กรประเภทใด ขนาดเท่าใด ผลผลิตสินค้าและให้บริการแบบใด มีแนวความคิดที่สำคัญ คือ สามารถตรวจติดตามระบบคุณภาพได้โดยผ่านทางเอกสาร ISO9000 นี้ สมอ. ได้นำมาประกาศใช้ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2534 ในชื่อ “อนุกรมมาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพ มอก-ISO9000” ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าองค์กรจะสามารถสร้างสรรค์สินค้าและให้บริการได้ตามที่ลูกค้าและบริการพึงพอใจ กล่าวได้ว่า ISO9000 เป็นมาตรฐานที่มีได้หมายถึงการรับประกันสินค้าและบริการแต่หมายถึงสินค้าและบริการจะมีคุณภาพได้เกิดขึ้นจากระบบที่มีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองต่อลูกค้าหรือผู้รับบริการ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ เมื่อกระบวนการ (Process) ดี ผลลัพธ์ (Output) ก็ย่อมจะดีไปด้วย การจัดทำระบบคุณภาพสามารถกระทำได้ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ทบทวนสถานภาพกิจการพิจารณาว่าองค์กรมีความเหมาะสมกับ ISO ประเภทใด จากนั้นผู้บริหารระดับสูงจึงกำหนดนโยบายและตั้งคณะทำงาน 2) จัดทำแผนการดำเนินการและระบบเอกสาร คณะทำงานจัดทำคู่มือในการทำงานในขั้นตอนต่าง ๆ รวมทั้งคู่มือคุณภาพและฝึกอบรมทำความเข้าใจต่อพนักงานทุกระดับให้เข้าใจตรงกัน 3) นำระบบเอกสารบริหารงานคุณภาพไปปฏิบัติ 4) ตรวจสอบระบบบริหารงานคุณภาพว่า ระบบที่สร้างขึ้นเหมาะสมเพียงใด ถ้าพบข้อบกพร่องก็จัดการปรับปรุงแก้ไข อนุกรมมาตรฐาน ISO9000 นี้ นอกจากจะนำมาใช้แพร่หลายในองค์กรธุรกิจต่าง ๆ เช่น ธนาคาร บริษัทประกันภัย สถาบันฝึกอบรม โรงเรียน และอื่น ๆ แล้วยังสามารถนำมาใช้กับหน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน (ประชา สรรณ์ แสนภักดี, 2552)

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

3.1 ความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสากล

JCAHO (2013) ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพในระดับสากลว่า หมายถึง การเข้าถึงความต้องการของผู้รับบริการ สามารถจำแนกได้ และมีความเป็นกลางอย่างชัดเจนจาก องค์การด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงองค์การทางด้านสุขภาพเพื่อเป็นการตัดสินใจการรับรอง คุณภาพที่ได้มาตรฐานความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ โดยจะใช้วิธีการสมัครใจของ โรงพยาบาลที่จะเข้ารับการรับรองคุณภาพด้วยความสมัครใจ ซึ่งมาตรฐานการรับรองคุณภาพนั้น ต้องเป็นรูปธรรมและรับรองผลประโยชน์ การรับรองคุณภาพเป็นการดูแลด้านสุขภาพการบริการ ผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และการทำงานที่ต่อเนื่องเพื่อลดความเสี่ยงของผู้รับบริการ และบุคลากร การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเป็นที่น่าสนใจไปทั่วโลก เนื่องจากมี คุณภาพในด้านการประเมินคุณภาพ และการจัดการเครื่องมือ ตัวชี้วัดที่ดี และมีประสิทธิภาพ

3.2 จุดประสงค์และเป้าหมายของการริเริ่มของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระดับสากล

Joint Commission International Accreditation (JCIA) มีจุดประสงค์ของการ รับรองคุณภาพ เพื่อเสนอแนะมาตรฐานในระดับสากลแก่สังคมที่มีกระบวนการของจุดมุ่งหมาย สำหรับประเมินองค์การด้านสุขภาพ เป้าหมายของมาตรฐานคือกระตุ้น และสถิติการอ้างไว้ซึ่ง การปรับปรุงองค์การด้านสุขภาพ อย่างต่อเนื่องจากมาตรฐานที่คนส่วนใหญ่ให้การยอมรับใน ระดับสากล โดยมีเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับสากลและมีเครื่องชี้วัดที่สนับสนุน ชัดเจน ในการพัฒนามาตรฐาน ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3 นี้ JCIA ได้จัดมาตรฐานในการรับรองคุณภาพ ไว้สำหรับห้องปฏิบัติการ (Clinical laboratory) การดูแลต่อเนื่อง (The care continuum-home care, assisted living, long term care, hospital care) องค์การการขนส่งยา (Medical transport organizations) และการดูแลด้านการเดินทางของผู้ป่วย (Ambulatory care) รวมไปถึง โปรแกรมด้านการเตรียมความพร้อมด้านโรคที่เฉพาะเจาะจง เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบและการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งการจัดโปรแกรมเพื่อการรับรองคุณภาพนั้นได้ประยุกต์ให้ อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดที่ได้มาตรฐานในระดับสากล ดังนี้

3.2.1 เป็นมาตรฐานที่ยอมรับในระดับสากล พัฒนาและควบคุมโดยคณะกรรมการ ในระดับสากลและรับรองจากผู้อำนวยการมาตรฐานสากลเป็นพื้นฐานของการรับรองคุณภาพ

3.2.2 นำปรัชญาและพื้นฐานหลักการมาตรฐานมาจาก การบริหารคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.2.3 กระบวนการรับรองคุณภาพถูกออกแบบมาให้มีความเหมาะสมและถูกต้องตามกฎหมาย สอดคล้องกับศาสนา วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น ถึงแม้ว่ามาตรฐานความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจะถูกกำหนด แต่ก็ต้องพิจารณาตามลักษณะเฉพาะของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งมีความแตกต่างกันด้วย

3.2.4 ทีมสำรวจจะกำหนดการตรวจเยี่ยมได้ต้องขึ้นอยู่กับขนาดขององค์กรและระดับของการเตรียมการบริการ ยกตัวอย่าง เช่น หากโรงพยาบาลมีขนาดใหญ่ จะดำเนินการสำรวจเป็นระยะเวลา 4 วัน โดยทีมสำรวจประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผู้บริหาร หากโรงพยาบาลมีขนาดเล็กจะใช้เวลา 2-3 วัน ปกติแล้วหากเป็นห้องปฏิบัติการจะใช้ผู้สำรวจเพียงคนเดียว สำรวจไม่เกิน 2 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนการเตรียมของที่ทดลองและการดำเนินการ

3.2.5 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลถูกออกแบบมาอย่างมีหลักการ มีเป้าหมาย และมีความน่าเชื่อถือ มีพื้นฐานการวิเคราะห์ของผลการสำรวจ และตัดสินผลสำรวจโดยคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

3.3 แนวคิดเรื่ององค์การคุณภาพ

องค์การคุณภาพ คือ องค์การที่มีความสอดคล้อง (Fit) กับแนวคิดการจัดการคุณภาพ ซึ่งจากสาระสำคัญของแนวคิดการจัดการเชิงคุณภาพที่กล่าวข้างต้น จึงได้นำแนวคิดองค์การของ มอร์แกน (Morgan, 1997) มาประยุกต์และเสนอว่าองค์การคุณภาพต้องมีลักษณะที่ผสมผสานแนวคิดองค์การ 4 เรื่อง คือ องค์การเสมือนเครื่องจักร องค์การเสมือนมีชีวิต องค์การเสมือนวัฒนธรรม และองค์การเสมือนสมอง

3.3.1 องค์การเสมือนเครื่องจักร

องค์การเสมือนเครื่องจักรจะมีลักษณะเน้นโครงสร้างสายการบังคับบัญชาที่เป็นทางการ มีการแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจนรวมศูนย์อำนาจ การมีกฎระเบียบแน่นอน และการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการรวมทั้งมีสาระที่สำคัญคือ การเน้นเรื่องประสิทธิภาพ มาตรฐานการทำงาน และการใช้เทคนิคและวิธีการทางวิทยาศาสตร์เข้ามาช่วยในการทำงาน (ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2544) ดังนั้นแนวคิดองค์การเสมือนเครื่องจักรจึงสอดคล้องกับการจัดการคุณภาพโดยรวมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบการปรับปรุงงานเพื่อให้การผลิตมีต้นทุนที่เหมาะสม มีความ

เสียหายน้อยที่สุดหรือไม่มีเลยและส่งถึงมือลูกค้าในเวลาเร็วที่สุด การจะทำตามนี้ได้จะต้องอาศัยมาตรฐานที่กำหนดขึ้น เช่น ISO หรืออาศัยการเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่มีมาตรฐานดี (benchmark) เป็นแนวทางการดำเนินงาน โดยมาตรฐานนี้จะต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งมีการใช้สถิติต่าง ๆ มาใช้ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องของเครื่องมือของการจัดการคุณภาพ โดยรวมที่นิยมใช้ในการควบคุมคุณภาพ ได้แก่ ไขว่ตรวจสอบ ผังแสดงเหตุและผล ผังพาเรโตกราฟ ฮิสโตแกรม ผังการกระจาย และผังการควบคุม เป็นต้นการจัดการคุณภาพโดยรวมองค์กรแห่งคุณภาพ Quality Organization Fit

นอกจากนี้ยังมีเทคนิคในการเปลี่ยนแปลงกระบวนการการทำงานที่มีอยู่เพื่อให้ระดับคุณภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากที่เรียกว่า Six Sigma ของบริษัทโมโตโรล่าซึ่งหมายถึงแบบการทำงานที่ต้องการสร้างหลักประกันว่าสินค้าที่ผลิตจำนวนร้อยละ 99.99966 เป็นไปตามมาตรฐาน (Melnik & Denzler, 1996) นอกจากนี้การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ช่วยทำให้อัตราการตรวจสอบทำได้เร็วขึ้นช่วยยกระดับคุณภาพการตรวจสอบและลดต้นทุนของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องได้ ดังนั้นหากพิจารณาในแง่มุมมองแล้ว องค์กรคุณภาพจึงอาศัยแนวคิดขององค์กรแบบเครื่องจักรมาเป็นส่วนประกอบหนึ่งที่สำคัญ แนวคิดนี้เน้นประสิทธิภาพ ความน่าเชื่อถือได้และความเป็นมาตรฐาน ความมีเหตุมีผล (rational) และสมาชิกขององค์กรจึงต้องมีความสามารถด้านเทคนิคดังกล่าวด้วย

3.3.2 องค์กรเสมือนสิ่งมีชีวิต

องค์กรเสมือนสิ่งมีชีวิตมีลักษณะโครงสร้างองค์กรที่ยืดหยุ่น มีการกระจายอำนาจ มีการทำงานเป็นทีม เน้นผลงานมากกว่ากฎระเบียบ และมีการติดต่อสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ และเป็นองค์กรแบบเปิด (ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2544) โครงสร้างองค์กรในแบบเดิมมีลักษณะลดหลั่นตามสายการบังคับบัญชา โดยผู้บริหารระดับบนเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ การจัดการคุณภาพทำให้โครงสร้างแบบเดิมต้องเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิง โครงสร้างองค์กรคุณภาพจะมีความยืดหยุ่น (flexibility) เพื่อสนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกได้อย่างรวดเร็ว การสร้างทีมงานตามกระบวนการทำงาน (Process-Oriented Teamwork หรือ Cross Functional Unit) มากกว่าการยึดโครงสร้างสายการบังคับบัญชาเป็นส่วนที่สะท้อนความยืดหยุ่นขององค์กรคุณภาพ โดยการจัดองค์กรอาจทำในรูปโครงการเฉพาะกิจ ซึ่งเป็นการให้อิสระแก่พนักงาน

องค์การเสมือนสมอง

การวางแผนกลยุทธ์, การตัดสินใจ, การเรียนรู้, ระบบสารสนเทศ

องค์การเสมือนสิ่งมีชีวิต

การมีส่วนร่วม, การทำงานเป็นทีม, ความต้องการของพนักงาน

องค์การเสมือนเครื่องจักร

ประสิทธิภาพ, มาตรฐาน, เทคโนโลยี วิทยาศาสตร์และสถิติ

องค์การเสมือนวัฒนธรรม

จิตวิญญาณ, ความผูกพันต่อคุณภาพ, สำเนียงต่อลูกค้า และสังคม

เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานจะอยู่ใกล้ชิดกับลูกค้า และถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ดีที่สุดในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาการปฏิบัติงาน ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเห็นว่าการควรสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานระดับปฏิบัติการด้วย การเปรียบเทียบโครงสร้างองค์การ

โครงสร้างองค์การแบบเครื่องจักร โครงสร้างองค์การจากมุมมองของ TQM องค์การคุณภาพยังเน้นเรื่องการมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีม การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการให้อำนาจกับพนักงาน ในขณะที่องค์การแบบเครื่องจักรจะไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องคน และจะไม่มี การกล่าวถึงเรื่องเหล่านี้แต่อย่างใด พนักงานมีหน้าที่ปฏิบัติตามคำสั่งจากผู้บริหารซึ่งถือเป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจขององค์การ นอกจากนี้องค์การคุณภาพยังมีลักษณะเป็นองค์การแบบเปิด โดยต้องคำนึงถึงลูกค้าภายนอกและซัพพลายเออร์ ดังนั้นความสัมพันธ์กับในองค์การภายนอกจึงมีความสำคัญ ลักษณะที่กล่าวข้างต้นจึงเห็นได้ว่าองค์การคุณภาพได้อาศัยแนวคิดขององค์การเสมือนสิ่งมีชีวิตเป็นพื้นฐานที่สำคัญด้วยเช่นกัน

3.3.3 องค์การเสมือนวัฒนธรรม

วัฒนธรรมองค์การ หมายถึงความคิดหรือความเชื่อร่วมกัน (shared values or shared beliefs) ของสมาชิกในองค์การ ซึ่งจะทำหน้าที่เสมือนกับกาวทางสังคม (social glue) ที่จะเชื่อมประสานคนกลุ่มต่าง ๆ ภายในองค์การเข้าด้วยกัน และเป็นเสมือนกฎที่ไม่มี การเขียนบัญญัติไว้ (unwritten rules) แต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในองค์การอย่างยิ่ง วัฒนธรรมองค์การจะเป็นเสมือนจิตวิญญาณขององค์การที่จะชี้นำองค์การในการดำเนินการ องค์การคุณภาพจำเป็นต้องมีวัฒนธรรมรองรับ โดยเฉพาะองค์การที่มีลักษณะเป็นแบบเครื่องจักรที่ต้องการเปลี่ยนแปลงเป็นองค์การคุณภาพ ทั้งนี้เพราะองค์การคุณภาพต้องการความคิด หรือความเชื่อร่วมกันของคนในองค์การเพื่อจะใช้นำพาองค์การไปสู่จุดมุ่งหมายได้ วัฒนธรรมองค์การที่สำคัญสำหรับองค์การคุณภาพก็คือ ความคิดและความเชื่อที่สอดคล้องกับสาระสำคัญ

ของการจัดการคุณภาพ โดยรวมนั่นเอง แม้ว่าองค์การคุณภาพจะมีมาตรฐานเป็นกรอบการทำงาน เพื่อผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ตามความเป็นจริงแล้วเป็นการยากที่จะบรรลุถึงคุณภาพอย่างได้ผลโดยใช้การบริหารแบบอิงมาตรฐานแต่เพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ด้วยเหตุผลหลายประการ (คูเมะ, 2540) อาทิเป็นไปไม่ได้ที่จะกำหนดมาตรฐานในกิจกรรมทุกชนิด และมาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่ได้มีความสมบูรณ์เสมอ การมีมาตรฐานมีแนวโน้มที่จะสร้างสภาวะการบังคับที่และกลายเป็นองค์การแบบเครื่องจักร นอกจากนี้การพยายามการเปลี่ยนมาตรฐานมักได้รับการต่อต้าน ดังนั้นองค์การคุณภาพจึงต้องอาศัยจิตสำนึกหรือจิตวิญญาณในการจัดการคุณภาพมากกว่าการปฏิบัติตามมาตรฐานแบบกลไก

วัฒนธรรมขององค์การที่สำคัญ ได้แก่ (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2541)

- 1) ลูกค้ำสำคัญที่สุด
- 2) ความพอใจของลูกค้ำ คือตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน
- 3) ลูกค้ำภายในสำคัญเสมอ
- 4) การทำงานเป็นทีม
- 5) การมุ่งพัฒนาและปรับปรุงในระยะยาว
- 6) การให้ความสำคัญกับข้อมูลตัวเลขและความเป็นจริง
- 7) การมุ่งที่การแก้ปัญหา
- 8) การมีส่วนร่วมทั่วทั้งองค์การ
- 9) การบริหารคุณภาพแบบองค์รวม
- 10) การมุ่งเน้นที่กระบวนการ
- 11) การยึดมั่นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ตามแนวคิดของวัฒนธรรมขององค์การ (Corporate culture) ผู้นำในการเปลี่ยนแปลง (Transformational leader) จะเป็นผู้มีบทบาทในการสร้างวัฒนธรรมดังกล่าว ตามความคิดการจัดการคุณภาพ ผู้นำ คือ บุคคลที่นำโดยการกระทำให้ดูเป็นตัวอย่าง ผู้นำจะต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นครู หรือผู้แนะนำ หรือสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถแก้ปัญหาในกระบวนการทำงาน และผู้นำจะต้องมองความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นโอกาสในการเรียนรู้และการพัฒนามากกว่าที่จะเป็นโอกาสในการตำหนิติเตียน และผู้นำจะต้องส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และให้รางวัลผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Deming, 1986) หากองค์การสามารถแปรให้คุณภาพเป็นเรื่องที่สมาชิกทุกคนในองค์การมีความเชื่อร่วมกันและมีพันธะที่จะนำไปปฏิบัติให้ได้ตามที่เชื่อ (Commitment) องค์การนั้นจะมีวัฒนธรรมที่แข็งแกร่ง (Strong culture) ในเรื่องคุณภาพ อันจะนำไปสู่ความสำเร็จของการจัดการคุณภาพโดยรวมได้ในที่สุด

3.3.4 องค์การเสมือนสมอง

องค์การเสมือนสมองเป็นองค์การที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้โดยอัตโนมัติ โดยไม่จำเป็นต้องรอคำสั่งจากผู้บังคับบัญชาตลอดเวลา และสามารถสร้างสรรค์งานได้เหมือนสมอง ซึ่งการที่องค์การจะเป็นเช่นนี้ได้ต้องอาศัยการออกแบบองค์การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ซึ่งจะมีขีดความสามารถในการบริหารตนเองได้ด้วย ลักษณะที่สำคัญขององค์การเสมือนสมองจะต้องมีการวางแผนที่ดีซึ่งจะเป็นเสมือนระบบการควบคุมทิศทางการทำงานทั้งหมด มีการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจรวมทั้งมีการเรียนรู้ขององค์การในระดับสูง

3.4.4.1 การวางแผนกลยุทธ์ในวงจร PDCA ของเดมมิ่ง ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการแก้ไข (Act) เมื่อวงจร PDCA มีการหมุนซ้ำ จะทำให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพและทำให้ระดับของผลลัพธ์สูงขึ้นเรื่อย ๆ การวางแผนถือเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด (คูเมะ, 2540) เพราะเป็นตัวกำหนดให้ส่วนอื่นทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนในการปรับปรุงคุณภาพเป็นการพยายามลดช่องว่างระหว่างสิ่งที่ต้องการให้เป็นและสิ่งที่เป็นอยู่จริงให้มากที่สุด ดังนั้นการวางแผนจะต้องตระหนักถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์ขององค์การโดยกำหนดให้มีกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการในการปรับปรุงคุณภาพขององค์การด้วย รวมทั้งระบุกระบวนการหรือระบบที่ต้องมีการปรับปรุงเพื่อบรรลุจุดประสงค์ทางกลยุทธ์ ทั้งนี้โดยการวางแผนจะต้องสะท้อนถึงการพิจารณาสิ่งแวดล้อมภายนอกและความสามารถที่แท้จริงขององค์การด้วย (คูเมะ, 2540)

3.4.4.2 ระบบสารสนเทศเนื่องจากการจัดการคุณภาพต้องอาศัยข้อเท็จจริงหรือข้อมูลทางสถิติและเน้นการใช้เครื่องมือในการปรับปรุง วางแผน วิเคราะห์ ตัดสินใจ ตรวจสอบ และทำรายงานการจัดการคุณภาพเป็นการทำงานด้วยข้อเท็จจริง การวิเคราะห์ข้อบกพร่องในการทำงานต้องมีข้อมูลที่เก็บจากระบบการทำงานโดยใช้วิธีการทางสถิติ เพื่อตัดสินใจในการกำหนดมาตรฐานป้องกันไม่ให้เกิดข้อบกพร่องเกิดขึ้นซ้ำ ดังนั้นจึงต้องมีรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศอย่างสม่ำเสมอและจัดอย่างเป็นระบบตลอดจนนำมาใช้อย่างเต็มที่ในการวางแผน โดยจะต้องเชื่อมโยงข้อมูลของทุกส่วนในองค์การเข้าด้วยกัน

3.4 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

JCAHO ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ดังนี้

3.4.1 ผู้บริหาร/ผู้อำนวยการ CEO (Chief Executive Officer) หรือประธาน เจ้าหน้าที่บริหาร หัวหน้าหน่วยงานขององค์กรต้องมีภาวะผู้นำ ให้การยอมรับในการตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ มีการจัดรอบเวลาที่แน่นอนสำหรับการเตรียมความพร้อมในการเยี่ยมสำรวจระยะเวลา 18-24 เดือน จัดให้มีที่ปรึกษา ผู้ช่วยที่ปรึกษา ผู้สอน การจัดการอบรมที่คำนึงถึงความเหมาะสมขององค์กร ผู้บริหาร ผู้อำนวยการ CEO หัวหน้าหน่วยงานขององค์กรศึกษามาตรฐานการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลระดับสากล (3rd edition standard hospital) กระบวนการสำรวจ รายละเอียดต่าง ๆ ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ทั้งทางสื่อสิ่งพิมพ์ และอิเล็กทรอนิกส์ โดยทาง JCI จะดำเนินการสำรวจในเดือนมิถุนายนของทุกปี ซึ่งผู้บริหารของ JCI จะสรุปความสำคัญเกี่ยวกับการดำเนินงานที่เหมาะสมกับองค์กร

3.4.2 องค์กรต้องการดำเนินการสร้างหลักการ วิธีการรับรองคุณภาพ ปรับปรุงคุณภาพและใช้กลยุทธ์ลดความเสี่ยง ทำการทบทวนมาตรฐาน ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรับรองคุณภาพ อภิปรายกระบวนการสำรวจและสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้

3.4.3 การดำเนินการประเมินภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักเกณฑ์การประเมินตามรายละเอียดพื้นฐานของ JCIA และปัจจัยสำคัญขององค์กรที่ยึดถือหรือตั้งเป้าหมายไว้ คุณสมบัติของผู้ประเมินภายในองค์กรต้องเป็นผู้มีความสามารถ มีความน่าเชื่อถือ และสามารถลงพื้นที่ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ผู้ประเมินต้องกำหนดจุดประสงค์หรือเป้าหมายของแต่ละหน่วยงานไว้ โดยการกำหนดระดับคะแนนกำหนดตามที่ JCI กำหนดไว้ ได้แก่ พบปัญหา (Met) 0 คะแนน เกือบพบปัญหา (Partially met) 5 คะแนน หรือ ไม่พบปัญหา (Not met) 10 คะแนน และชมเชยพิเศษ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพต่อไป มุ่งเน้นมาตรฐานที่มีความเด่นชัด สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดขององค์กร เช่น ความผิดพลาดในการใช้ยา อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเข้ายาปฏิชีวนะ การผ่าตัดเป็นต้น การกำหนดระบบสำหรับการรวบรวมข้อมูลเพื่อจำแนกปัญหา และความก้าวหน้าของการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพกระทำได้โดยการนำผลการประเมินมาเป็นปัจจัยพื้นฐานในการวางแผนพัฒนา รายละเอียดของโครงการต่าง ๆ ดำเนินการจัดส่งตามกำหนดเวลาให้กับผู้บริหาร เพื่อดำเนินการวางแผน จัดสรรที่มีปฏิบัติต่อไป โดยจะพิจารณาความผิดพลาดของแต่ละบทของมาตรฐานอย่างละเอียด คัดเลือกบุคลากรให้เข้ามาจำแนกวิเคราะห์ และดำเนินการตามกระบวนการ ที่มีคุณสมบัติในการเป็นผู้มีทักษะดี มีทักษะการบริหาร และมีทักษะที่สอดคล้องกับการทำงาน โรงพยาบาลต้องดำเนินการเตรียมปรับเปลี่ยนผู้ที่มีคุณสมบัติให้ปฏิบัติแทนผู้ที่ไม่มีคุณสมบัติเพียงพอ เพื่อเป็นกำลังในการปฏิบัติงานระหว่างการดำเนินกลยุทธ์ต่าง ๆ ให้มีความก้าวหน้าตาม

มาตรฐานการรับรองคุณภาพ และประเมินอย่างต่อเนื่องระหว่างการดำเนินงาน ผู้บริหารต้องมีการปรับตัว ยอมรับข้อบกพร่องที่เป็นจริง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในองค์กร การจัดการรวบรวมผู้ปฏิบัติงานให้มากเท่าที่จะทำได้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน

3.4.4 การดำเนินกลยุทธ์ ผู้บริหารต้องให้ความสนใจต่อพนักงานในเรื่องความสำคัญของการปฏิบัติกระบวนการรับรองคุณภาพ ที่ต้องดำเนินการตามกรอบแนวคิดและกระบวนการมาตรฐานการรับรองคุณภาพให้บรรลุเป้าหมาย ให้บริการที่มีคุณภาพสูงและมีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ทำให้หน่วยงานมีความมั่นใจในการรับรองคุณภาพเป็นสิ่งกระตุ้นในการพัฒนาและเป็นรางวัลในการพัฒนาที่ดี นับว่าเป็นการเรียนรู้จากผู้อื่นที่มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และพนักงานสามารถปรับตัวให้มีความต้องการที่จะรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลในองค์กรของตน

3.4.5 ผู้บริหารสามารถชักถามไปยังองค์กรของ JCI สำหรับการรับความช่วยเหลือในด้านดำเนินการตามมาตรฐานเพื่อให้สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และต้องรักษาผลประโยชน์ของผลการปฏิบัติงานตามการรับรองคุณภาพให้ดีใช้ในการวางแผนงานในองค์กรต่อไป

3.4.6 ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญกับทุกหน่วยงานในองค์กร และไม่ควรคิดว่าการรับรองคุณภาพเป็นสิ่งพิเศษกว่างานที่ปฏิบัติอยู่แต่ควรให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า อย่าพยายามทำโทษมากกว่าการให้รางวัล ไม่ลงโทษหรือจับผิดมากกว่าการกระตุ้นให้พนักงานที่มีคุณภาพ

3.4.7 คณะกรรมการของ JCI จะดำเนินการสำรวจก่อนการสำรวจจริง ซึ่งเรียกว่า Mock survey องค์กรต้องวางแผนสำหรับการสำรวจภายใน 4-6 เดือน โดยข้อมูลที่ได้นั้นต้องเป็นข้อเท็จจริง ซึ่งให้ผู้ประเมินภายในองค์กรประเมินร่วม พร้อมทั้งบอกจุดมุ่งหมาย ความต้องการที่คณะกรรมการ JCI กำหนดไว้ และวางแผนแก้ไขข้อผิดพลาด เพื่อให้้องค์กรปรับปรุงคุณภาพก่อนการสำรวจจริง

3.4.8 การเยี่ยมสำรวจจริง เมื่อมีความพร้อมในการเยี่ยมสำรวจจริง ฝ่ายศูนย์พัฒนาคุณภาพจะต้องแจ้งความจำเป็นในการสมัครไปยังองค์กร JCI ภายในเวลา 6 เดือน คณะกรรมการของ JCI จะแจ้งกำหนดการ วันและเวลาในการสำรวจมายังองค์กร ทีมสำรวจจะแจ้งกำหนดการและแผนงานมายังองค์กรเพื่อมิให้หน่วยงานปฏิบัติงานด้วยความวิตกกังวล และให้เห็นว่าการสำรวจมีความยุติธรรม เมื่อการสำรวจเสร็จสิ้นแล้ว จะได้รับผลการสำรวจ หากองค์กรได้รับการรับรองคุณภาพต้องจัดส่งเอกสารทั้งหมดในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ

ไปยังองค์กร JCI และดำเนินการควบคุมดูแลคุณภาพอยู่เสมอและต่อเนื่อง ซึ่งทางคณะกรรมการของ JCI จะดำเนินการรับรองคุณภาพให้ 3 ปีและต้องดำเนินการสำรวจทุก 3 ปี

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าคณะกรรมการขององค์กร JCI ได้ให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพในระดับสากลแล้ว แต่ว่าการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการศึกษาการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลที่ได้จากการบอกเล่าในการดำเนินการนำไปสู่การรับรองคุณภาพ ซึ่งอาจมีข้อมูลรายละเอียดปลีกย่อยที่องค์กร JCAHO ไม่ได้กล่าวถึงไว้ในหลักการมาตรฐานพัฒนาคุณภาพระดับสากลเนื่องจากการพัฒนานี้เป็นการดำเนินการตามบริบทสังคม และวัฒนธรรมไทยที่จะนำไปสู่การเป็นสากล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเอกชน

3.5 การรับรองมาตรฐานระดับสากลตามมาตรฐานของ JCI

Joint Commission International หรือ JCI เป็นองค์กรระดับสากลซึ่งทำหน้าที่ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลต่างๆทั่วโลก รวมถึงเผยแพร่ความรู้โดยเน้นความปลอดภัยในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก นอกจากโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพหรือผ่านการรับรองมาตรฐานจาก JCI จะสามารถรับประกันความเชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อและความปลอดภัยของการใช้ยาและอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆได้แล้ว ใบประกาศนียบัตรจาก JCI ยังเปรียบเสมือนใบเบิกทางที่โรงพยาบาลเหล่านั้นจะสามารถใช้ขยายตลาดไปยังฐานลูกค้าต่างประเทศได้ด้วย เช่น สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลบ้านเราได้จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลใหญ่ๆ ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ต่างก็เริ่มพัฒนาตนเองได้รับมาตรฐาน JCI กันแล้วทั้งนั้น

JCI เป็นส่วนหนึ่งของ JCAHO (Joint Commission Accreditation on Healthcare Organization) เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2540 JCAHO Board ตัดสินใจให้บริการรับรองมาตรฐานในต่างประเทศ เป้าหมาย : เพื่อปรับปรุงคุณภาพในการให้บริการด้านสุขภาพนอกประเทศ สหรัฐอเมริกา ประกาศใช้มาตรฐาน ตุลาคม พ.ศ.2542 (Version 1) ปรับปรุงมาตรฐานฉบับที่ 2 พ.ศ. 2546 (Version 2) วางแผนปรับปรุงมาตรฐานฉบับที่ 3 พ.ศ. 2551 (Version 3) JCI Joint Commission International (JCI) เป็นองค์กรที่ถือกำเนิดจาก The Joint Commission (สหรัฐอเมริกา) ทั้งสององค์กรเป็นอิสระจากกัน, เป็นองค์กรไม่แสวงหา ผลกำไร และไม่ขึ้นกับรัฐบาล พันธกิจของ JCI เพื่อส่งเสริมเกี่ยวกับความปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพของการ

บริการสุขภาพในระดับสากล ในด้าน การให้การศึกษา การเผยแพร่สื่อสิ่งพิมพ์ การให้คำปรึกษา การให้การรับรองมาตรฐาน ระดับในการดำเนินพันธกิจในระดับต่าง ๆ ดังนี้

ระดับสากล มีการกำหนดมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับร่วมกันในระดับสากลรวมทั้งเผยแพร่ความรู้ใหม่ ๆ ด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการด้านสุขภาพ

ระดับประเทศ ช่วยสนับสนุนในการสร้างบรรทัดฐานของคุณภาพที่เข้มแข็ง

ระดับองค์กร ให้การรับรอง, เป็นที่ปรึกษา และเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ปรึกษา มีมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่นได้ ให้องค์กรสามารถดำเนินกิจกรรมด้านคุณภาพได้อย่างยั่งยืนและมีความสามารถในการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

3.5.1 คำนิยามการให้การรับรอง

JCIA เป็นกระบวนการที่เป็นอิสระจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของรัฐและที่ไม่ใช่ของรัฐ เพื่อพิจารณาหน่วยงานซึ่งมีการจัดการดูแลสุขภาพ ซึ่งต้องตรงกับมาตรฐาน และได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในส่วนของโครงสร้าง, กระบวนการ และผลลัพธ์มาตรฐาน คือ ข้อกำหนดเกี่ยวกับความปลอดภัย และคุณภาพตามที่ถูกคาดหวัง

3.5.2 ประเภทของมาตรฐานจำแนกออกเป็น

โครงสร้าง : ทรัพยากร เช่น จำนวนของบุคลากร, อุปกรณ์ต่าง ๆ, อาคารสถานที่

กระบวนการ: กิจกรรม เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วย, การประเมินการพยาบาล
ผลที่ได้ : ผลลัพธ์ เช่น อัตราการติดเชื้อ, อัตราการตายของทารก

มาตรฐาน หมายถึง เนื้อหา ข้อกำหนดต่าง ๆ เจตจำนง หมายถึง คำชี้แจงต่าง ๆ เพื่ออธิบายรายละเอียดของมาตรฐาน

องค์ประกอบพื้นฐานที่สามารถวัดได้ หมายถึง รายละเอียดที่ต้องการซึ่งอ้างอิงมาจากมาตรฐานและเจตจำนง โดยสามารถวัดได้เป็นคะแนน

รายละเอียดของมาตรฐานมาตรฐานหมายถึง เนื้อหา ข้อกำหนดต่าง ๆ

เจตจำนง หมายถึง คำชี้แจงต่าง ๆ เพื่ออธิบายรายละเอียดของมาตรฐาน

องค์ประกอบพื้นฐานที่สามารถวัดได้ หมายถึง รายละเอียดที่ต้องการซึ่งอ้างอิงมาจากมาตรฐานและเจตจำนง โดยสามารถวัดได้เป็นคะแนน

3.5.3 มาตรฐานด้านโรงพยาบาล ส่วนที่ถูกแก้ไขในครั้งที่ จำแนกออกเป็น 2 ด้าน คือ มาตรฐานด้านผู้ป่วย กับ มาตรฐานด้านการจัดการองค์กร

3.5.3.1 มาตรฐานด้านผู้ป่วย

1. การเข้าถึงและความต่อเนื่องของการดูแล (ACC)
2. สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว (PFR)
3. การประเมินผู้ป่วย (AOP)
4. การดูแลผู้ป่วย (COP)
5. การดูแลด้านวิสัญญีและศัลยกรรม (ASC)
6. การจัดการด้านยา และการใช้ยา (MMU)
7. การให้การศึกษแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (PFE)

3.5.3.2 มาตรฐานด้านการจัดการ

1. การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (QPS)
2. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (PCI)
3. องค์การบริหารสูงสุด ภาวะผู้นำและทิศทาง (GLD)
4. การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวก และความปลอดภัย (FMS)
5. คุณวุฒิและการฝึกฝนของบุคลากร (SQE)
6. การจัดการสารสนเทศและการสื่อสาร (MCI)

3.5.4 เกณฑ์การให้คะแนน

1. องค์ประกอบพื้นฐานที่สามารถวัดได้ จะถูกให้คะแนน ดังนี้
2. มีครบถ้วน (10)
3. มีบ้างบางส่วน (5)
4. ไม่มีเลย (0)

3.5.5 เกณฑ์การผ่านการรับรอง

1. ในแต่ละมาตรฐานต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่า 5
2. ในแต่ละบทต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่า 7
3. ในมาตรฐานภาพรวมต้องได้คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 8.5

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

การตามรอยคุณภาพ (Clinical tracer)

JCAHO (2008) ได้กล่าวถึงการตามรอยคุณภาพว่าเป็นการใช้สภาวะทางคลินิกเพื่อติดตามประเมินคุณภาพในแง่มุมต่าง ๆ ในแง่มุมต่าง ๆ ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient care process) กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement process) และองค์ประกอบอื่น ๆ เกี่ยวข้องกับคุณภาพ ซึ่งสภาวะทางคลินิกที่ใช้ติดตามอาจจะเป็นโรค หัตถการ ปัญหาสุขภาพของผู้มารับบริการหรือกลุ่มเป้าหมายก็ได้

4. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน

4.1 ความหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน

การพัฒนาที่ยั่งยืน หมายถึง การพัฒนาที่มีการคำนึงถึงความเสียหายของสิ่งแวดล้อม มีการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อม หรือถ้าจำเป็นจะต้องเกิดความเสียหายก็จะต้องทำในขอบเขตที่เสียหายน้อยที่สุด การพัฒนาแตกต่างไปจากการเจริญเติบโตตรงที่ การพัฒนา (Development) หมายถึง การปรับปรุงในเชิงคุณภาพให้ดีขึ้นโดยที่ยังมีการรักษาระดับทรัพยากรพื้นฐาน ส่วนการเจริญเติบโต (Growth) หมายถึง การปรับปรุงในเชิงปริมาณให้สูงขึ้น ดังนั้น การพัฒนาที่ยั่งยืน จึงเป็นการปรับปรุงในเชิงคุณภาพให้ดีขึ้น เพื่อให้สังคมมนุษย์ที่มีคุณภาพดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังคงทำหน้าที่ได้อย่างปกติ โดยไม่จำเป็นต้องมีการเพิ่มในเชิงปริมาณให้เกินขีดจำกัด

การพัฒนาในอดีตที่ผ่านมาจะพิจารณาที่ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมที่จะเกิดขึ้นจากการพัฒนาภายใต้กำหนดเวลาสั้น ๆ เท่านั้น นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญเฉพาะคนในรุ่นปัจจุบัน แต่จากกระแสเรียกร้องในสังคมที่ต้องการให้การพัฒนานั้นคำนึงถึงการอยู่รอดและการกินดีอยู่ดีของคนในอนาคตรวมกัน จึงเป็นเหตุให้มีความยั่งยืนเข้ามาเป็นองค์ประกอบการพัฒนา และกระบวนการตัดสินใจ ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาที่ยั่งยืนในภาพรวมจึงหมายถึง การพัฒนาเพื่อบรรลุถึงความต้องการของมนุษยชาติในปัจจุบัน ขณะเดียวกันก็ต้องไม่เป็นการลดทอนหรือเบียดบังโอกาสที่จะบรรลุถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ในอนาคตด้วย

มนุษย์จะสามารถปฏิบัติได้ตามนัยนี้ ต้องเข้าใจธรรมชาติและกระบวนการพัฒนาสังคมที่เน้นคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งไม่ใช่เฉพาะทางวัตถุเท่านั้น จำเป็นต้องประกอบด้วยความสุขทางร่างกายและจิตใจด้วย ดังนั้น พื้นฐานที่จะต้องมีการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ นิเวศวิทยา เศรษฐศาสตร์ และจริยธรรม เพราะความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม (Environmental

integrity) ความมั่นคงทางนิเวศวิทยา (Ecological security) ประสิทธิภาพของการจัดการในทางเศรษฐกิจ (Economic efficiency) และความยุติธรรม (Equity) ทั้งต่อมนุษย์รุ่นปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความยุติธรรมกับการพัฒนาทุกส่วนไม่ใช่เฉพาะด้านเศรษฐกิจอย่างเดียว

จากความหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนดังกล่าว สรุปได้ว่า การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่เจริญก้าวหน้าอยู่บนพื้นฐานของการพัฒนาทางเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมนั้น จะต้องมี การบูรณาการหรือประสานประโยชน์เข้าด้วยกัน ดังนั้นสังคมที่จะพัฒนาอย่างยั่งยืนจะต้องพิจารณาจากหลาย ๆ องค์ประกอบ

4.2 การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน

แนวคิดเรื่องคุณภาพเริ่มจากผลงานวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพที่ห้องทดลองของบริษัทโทรศัพท์ เบลล์ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดย วอลเตอร์ ชิวฮาร์ท (Walter Shewhart) ซึ่งต่อมากะทรวง กลาโหมของสหรัฐอเมริกาได้นำเทคนิคการควบคุมคุณภาพดังกล่าวของชิวฮาร์ทมาใช้ แต่เนื่องจากกะทรวงกลาโหมมีฐานะเป็นผู้ซื้อสินค้าและบริการมากกว่าผู้ผลิต ดังนั้นการควบคุมคุณภาพของกะทรวงกลาโหมจึงเน้นมุมมองของผู้ซื้อซึ่งให้ความสำคัญกับการคัดเลือกและการตรวจสอบ (คูเมะ, 2540) อย่างไรก็ตามการควบคุมคุณภาพของกะทรวงกลาโหมถือเป็นจุดเริ่มต้นของความนิยมในเรื่องคุณภาพภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ญี่ปุ่นต้องการฟื้นฟูประเทศให้เป็นประเทศอุตสาหกรรมโดยเฉพาะการกู้ชื่อเสียงของญี่ปุ่นในเรื่องการลอกเลียนแบบสินค้าซึ่งมีคุณภาพค่อนข้างต่ำ ความคิดเรื่องคุณภาพของญี่ปุ่นเริ่มจาก เอ็ดเวิร์ด เดมมิง (Edward Deming) และโจเซฟ จูแรน (Joseph Juran) ได้เดินทางไปญี่ปุ่นในปี 1946 และได้นำแนวคิดของชิวฮาร์ทมาผสมผสานกับแนวคิดทางการจัดการไปเผยแพร่ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นการจัดการคุณภาพอย่างทั่วถึง แนวคิดนี้ได้รับการตอบรับอย่างดีในญี่ปุ่นแม้ว่าเดมมิงจะประสบความสำเร็จและมีชื่อเสียงในญี่ปุ่น แต่ทางทวีปอเมริกาเหนือไม่ค่อยมีคนรู้จักเดมมิง กระทั่งปลายปี 1979 เมื่อมีการนำผลงานของเดมมิง มาเผยแพร่และบริษัทต่าง ๆ ได้นำแนวคิดของเดมมิงมาใช้และประสบความสำเร็จ เช่น บริษัท Texas Instrumens, Proctor & Gamble, DowChemical, General Motors และโมโตโรล่า

4.3 ความหมายของคุณภาพ

เดิมความหมายของคุณภาพตามแนวคิดของการควบคุมคุณภาพ (Quality Control) จะเน้นเฉพาะความสอดคล้องกับข้อกำหนดคุณสมบัติในรายละเอียด (Conformance to specification) แต่ จูแรนได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า หมายถึง ความเหมาะสมในการใช้งาน (Fitness for use) ซึ่งจะรวมคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ 5 ประการ ได้แก่ คุณภาพการออกแบบ คุณภาพของความสอดคล้องกับข้อกำหนด (Quality of conformance) การหามาได้ (Availability) ความปลอดภัย และการใช้งาน (Crosby, 1979) เนื่องจากความหมายดังกล่าวได้รับความสนใจจากผู้ปฏิบัติเท่านั้น ต่อมาจูแรนจึงได้นำความคิด เรื่อง "ต้นทุน" (Cost) เข้ามาด้วยเพื่อแสดงให้ผู้บริหารเห็นถึงค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นหากมีสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีคุณภาพเกิดขึ้น โดยจูแรนเสนอให้ผู้บริหารลงทุนด้านการตรวจสอบและประเมินระดับคุณภาพสินค้ารวมทั้งด้านป้องกันข้อบกพร่องหรือความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้น เพราะจูแรน พบว่าหากปล่อยให้ข้อบกพร่องเกิดขึ้นแล้วต้นทุนของความบกพร่องเหล่านั้นจะสูงมากถึง 50-80% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดต่อมา ฟิลลิป บี. ครอสบี (Philip B. Crosby) ได้เสนอกฎในการจัดการคุณภาพ (Absolutes for Quality Management) โดยกล่าวถึงความหมายของคุณภาพว่า หมายถึง การตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า (Conformance to requirement)

จากความหมายของคุณภาพข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้จัดความหมายดังกล่าวให้เป็นกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 4 มิติ คือ มาตรฐาน ผลงาน ประสิทธิภาพ และความพึงพอใจ

4.3.1 มาตรฐาน (Standard) ได้แก่ ข้อกำหนดหรือกฎเกณฑ์ที่ตัดสินความมีคุณภาพของสินค้าหรือบริการนั้น เช่น การลดอัตราข้อบกพร่องให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย (Zero-Defect) (Crosby, 1979) หรือความสอดคล้องกับ 4 ข้อกำหนดรายละเอียดคุณสมบัติ (Fitness to specification) หรือความสอดคล้องกับมาตรฐาน (Fitness to standard) ที่องค์การภายนอกกำหนดเพื่อเป็นบรรทัดฐานให้หน่วยงานต่าง ๆ ปฏิบัติตาม

4.3.2 ผลงาน (Performance) ครอบคลุมความสามารถในการใช้งาน (Functionality) ว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นตอบสนองจุดประสงค์ในการใช้งานหรือไม่ ความสามารถในการเข้าถึง (Accessibility) หรือ ความสะดวก ความปลอดภัย ความรับผิดชอบ การให้บริการ ความคงทน ความแม่นยำและความเหมาะสมกับประโยชน์ใช้สอย (Fitness to use)

4.3.3 ประสิทธิภาพ (Efficiency) ได้แก่ การพิจารณาปัจจัยนำเข้าเทียบกับผลผลิตหรือสินค้าหรือบริการที่องค์การผลิตขึ้นมาการควบคุมต้นทุน และเวลาในการส่งมอบ ดังนั้นมิตินี้จะครอบคลุมเรื่องความเหมาะสมกับต้นทุน (fitness to cost) ไปด้วย

4.3.4 ความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นมิติของคุณภาพที่เกี่ยวกับความสอดคล้องกับความต้องการ (conformance to requirement) ของลูกค้า รูปลักษณะของสินค้า (Garvin, 1988) เพื่อสร้างความพึงพอใจของลูกค้า โดยอาจเป็นคุณภาพที่ลูกค้าคาดหวังหรือต้องการ (expected quality) หรืออาจเป็นคุณภาพที่เหนือความคาดหวังของลูกค้า (exciting quality) ซึ่งทำให้ลูกค้าเห็นความแตกต่างและก่อให้เกิดความได้เปรียบในการแข่งขัน (Hall, 1993)

4.4 แนวคิดเรื่องการจัดการคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management TQM)

TQM เป็นเรื่องของวัฒนธรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธะผูกพันกับคุณภาพ และทัศนคติที่เกิดจากความเกี่ยวข้องของทุกคนในกระบวนการปรับปรุงสินค้าหรือบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการที่เป็นวิทยาศาสตร์อย่างสร้างสรรค์ (Logothetis, 1992) เนื่องจากคำจำกัดความของการจัดการคุณภาพโดยรวมมีมากมาย อย่างไรก็ตามแม้ว่าคำจำกัดความจะแตกต่างกันแต่สาระสำคัญจะคล้ายกัน จากการประมวลสาระสำคัญของแนวคิดเรื่องการจัดการเชิงคุณภาพสามารถสรุปได้ดังนี้ (Morgan, 1997 & Crosby, 1979)

4.4.1 พันธะผูกพันกับคุณภาพ (Commitment to Quality)

ความสำเร็จของการจัดการคุณภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อและความมุ่งมั่นเกี่ยวกับคุณภาพใน 4 ระดับ คือ

- 1) พันธะผูกพันในการผลิตสินค้าที่มีคุณภาพ โดยการยอมรับว่าคุณภาพนั้นจะช่วยในการพัฒนาและรักษาความได้เปรียบในการแข่งขันและเชื่อมั่นว่าลูกค้าต้องการสินค้าที่มีคุณภาพแม้ว่าจะต้องซื้อด้วยราคาที่แพงกว่าก็ตาม
- 2) พันธะผูกพันต่อลูกค้า กล่าวคือ พนักงานทุกคนต้องหรือรักษาและทำให้คุณภาพเกิดขึ้นในทุกธุรกรรมที่ติดต่อกับลูกค้า หรือ ซัพพลายเออร์
- 3) พันธะผูกพันจากผู้บริหารระดับสูงในการสนับสนุนการจัดการเชิงคุณภาพ
- 4) พันธะผูกพันจากทุกคนในองค์กรในการอุทิศตัวเพื่อช่วยในการผลิตสินค้าหรือบริการที่มีคุณภาพและยอมรับว่าคุณภาพเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของความอยู่รอดขององค์กรและความสามารถในการสนองความพึงพอใจของลูกค้า การตรงต่อข้อกำหนดหรือบรรทัดฐานผลิตสินค้าหรือบริการที่มีคุณภาพและยอมรับว่าคุณภาพเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของความอยู่รอดขององค์กรและความสามารถในการสนองความพึงพอใจของลูกค้า

4.4.2 การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) การจัดการเชิง

คุณภาพต้องอาศัยการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง ทั้งนี้โดยผู้บริหารทุกระดับจะต้องมีการสนับสนุน

การกำหนดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนของบริษัท รวมทั้งวิธีการที่จะนำส่งสินค้าหรือบริการที่มีคุณภาพให้แก่ลูกค้า

4.4.3 การมีส่วนร่วมทั้งหมด (Total Involvement) การจัดการเชิงคุณภาพจะสำเร็จด้วยการทำงานซึ่งระดมจากบุคคลทุกระดับในทุกหน่วยงานเพื่อระดมความเห็นจากหลายมุมมองเพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยจะอยู่บนพื้นฐานของการทำงานเป็นทีม ซึ่งมีหลายรูปแบบ คือ

1) ทีมงานแนวตั้ง (Vertical teamwork) คือ ทีมงานระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับฝ่ายปฏิบัติการ

2) ทีมงานแนวนอน (Horizontal teamwork) คือ ทีมงานที่เกิดจากผู้ปฏิบัติงานหลายหน่วยงานมารวมกัน และ

3) ทีมงานระหว่างองค์การ (Interorganization teamwork) เป็นการนำตัวแทนทั้งฝ่ายลูกค้าและซัพพลายเออร์มาร่วมกัน เพื่อสร้างคุณภาพที่สอดคล้องหรือเกินความคาดหวังของลูกค้า (Melnyk & Denzler, 1996)

4.4.4 การใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีและวิธีการทางวิทยาศาสตร์อย่างกว้างขวาง (Extensive Use of Scientific Tools, Technologies, and Methods) การจัดการคุณภาพต้องมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือและเทคนิคทางวิทยาศาสตร์ แทนการใช้อารมณ์ความรู้สึกในการบริหาร เครื่องมือเทคนิคทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เครื่องมือทางสถิติและหลักทางวิทยาศาสตร์ในสาขาต่าง ๆ อาทิ กลศาสตร์ เทอร์โมไดนามิกส์ โลหะวิทยา รวมทั้งมาตรฐาน หรือกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มีลักษณะเป็นวัตถุวิสัย (objectivity) หรืออาศัยข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจ

4.4.5 เน้นที่ลูกค้า (Customers-Oriented) องค์การหลายแห่งให้คำจำกัดความของลูกค้าอย่างแคบ ๆ โดยหมายถึงเฉพาะบุคคลหรือองค์การที่จ่ายเงินเพื่อซื้อสินค้าหรือบริการ แต่ลูกค้าตามแนวคิดของการจัดการคุณภาพ หมายถึง ทั้งลูกค้าภายใน (internal customer) และลูกค้าภายนอก (external customer) การทำงานที่ดีจะไม่ได้คำนึงถึงความสะดวกสบายในการทำงานของหน่วยงานตนเองเท่านั้น หากต้องพิจารณาถึงการสร้างความพอใจแก่หน่วยงานภายในที่เกี่ยวข้องที่เป็นลูกค้าของการให้บริการ และยังต้องให้ความสำคัญกับลูกค้าภายนอกอีกด้วย

4.4.6 เน้นกระบวนการ (Process-Oriented) การปรับปรุงการทำงานจะเน้นการหาสาเหตุของปัญหา และแก้ไขในกระบวนการทำงานที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว การแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการทำซ้ำใหม่ (rework) หรือการแก้ปัญหาความล่าช้าด้วยการทำงานล่วงเวลา ถือเป็นงานที่ไม่ได้แก้ที่รากเหง้าของปัญหา ดังนั้นแนวคิดการบริหารคุณภาพจึงเน้นการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานให้เห็นความสำคัญของกระบวนการ และป้องกัน ปัญหาหรือข้อผิดพลาดไม่ให้เกิดซ้ำอีก

4.4.7 การให้การศึกษาและการฝึกอบรม (Education & Training) ทั้งเดมมิ่ง และครอสบี้เชื่อว่า การให้การศึกษาและฝึกอบรมทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการในทุกระดับเพื่อที่จะทำหน้าที่และบทบาทในการปรับปรุงคุณภาพได้อย่างเต็มที่ โดยได้มีการพัฒนาเทคนิคต่าง ๆ เช่น การประเมินผลการฝึกอบรม และการวิเคราะห์ความต้องการอย่างเป็นระบบ (Blackburn & Rosen, 1993) และการอบรมอย่างครอบคลุมทักษะต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน (Snell & Dean, 1992)

4.4.8 การเคารพความเป็นมนุษย์ (Humanity) หากองค์กรต้องการมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องเคารพความเป็นมนุษย์ โดยเชื่อว่ามนุษย์สามารถคิดด้วยตนเองตัดสินใจด้วยตนเองและปฏิบัติตามความริเริ่มของตนเองได้ การคาดหวังให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอย่างเครื่องจักรตามวิธีที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเช่นเดียวกับที่ปฏิบัติต่อเครื่องจักรถือเป็นความล้มเหลวในการเคารพความเป็นมนุษย์ต่อผู้ปฏิบัติงาน หากผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบเป้าหมายที่แน่ชัดตลอดจนรับทราบถึงข้อจำกัดและความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้น รวมทั้งได้รับการพัฒนาความสามารถพิเศษของตนเอง และมีการใช้ดุลพินิจในการหาวิธีการทำงานที่ดีที่สุด เมื่อผลงานได้ออกมาเป็นที่น่าพอใจก็ได้รับการชมเชย จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่างานของตนเองมีคุณค่า และเป็นสิ่งผลักดันให้มีการยกระดับความสามารถของตนเองให้สูงขึ้นอีก (คูเมะ, 2540) และสร้างสรรคงานที่ทำ หรือให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงาน (Employee empowerment) เพื่อให้พนักงานทุกคนสามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่

4.5 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)

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

- 1) เลือกรูปแบบที่เกิดขึ้นในหน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นปัญหามากที่สุด
- 2) ศึกษาปัญหานั้นและตั้งเป้าหมาย โดยระบุเป้าหมายที่ชัดเจนและเจาะจง มีการกำหนดเป้าหมายเป็นตัวเลขให้รู้ระดับที่คาดหวัง ซึ่งทุกคนสามารถรับรู้ได้ และอย่าให้เป้าหมายขยับมุ่งเน้นในส่วนย่อยของระบบในแต่ละช่วงเวลา
3. เฝ้าดูโดยมีเครื่องมือชี้วัดเชิงผลลัพธ์บอกการเปลี่ยนแปลงคุณภาพที่ดีขึ้น มีเครื่องมือชี้วัดเชิงกระบวนการ บอกการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการ และมีเครื่องมือชี้วัดที่รักษาสมดุล

ตรวจสอบว่าเมื่อปรับปรุงแล้วจะไม่ส่งผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ โดยการวัดไม่ต้องทำให้สมบูรณ์แบบ แต่จะเน้นให้เห็นการพัฒนา

4. รับทราบสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน
5. หาทางและทดลองสร้างมาตรฐานกระบวนการทำงานที่เป็นทางการ ปรับระดับ การดูแล จัดทำเกณฑ์แนวทาง ปรับปรุงการไหลเวียนของงาน ลดการส่งต่องาน การตั้งงาน ค้นหา ขจัดคอขวด คาดการณ์ให้แม่นยำ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร ระบบเดียวกัน การเข้าถึงข้อมูล สร้างความคาดหวังร่วมกัน แนวร่วม
6. สังเกตผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง
7. จัดทำเป็นมาตรฐาน เน้นการทดสอบขนาดเล็ก และทำการทดสอบต่อเนื่องแล้ว ทดสอบหลายเรื่องพร้อมกัน

การนำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการรับรองคุณภาพของสถาบัน พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบสิ่งที่ทำได้กับเป้าหมายหรือ ความต้องการของลูกค้า ซึ่งจะนำมาสู่การปรับปรุง การวางระบบหรือมาตรฐานการทำงานใหม่ที่ ดีกว่าเดิม และเป็นการใช้ระบบการะบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการ ปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งไปสู่ความ เป็นเลิศ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2552)

ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่าง ซึ่งมีผู้ที่ได้ศึกษาในประเด็นดังกล่าวไว้หลายคน เช่น ชาตรี บานชื่น (2541) สุนันทา เลาพันธ์ (2544) สิทธิศักดิ์ พฤษพิติกุล (2544) ศศิมล สกุลไกรพิระ (2544) และสุศิริภรณ์ อุดมสุข (2548)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยสามารถบูรณาการปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นในองค์การจนโรงพยาบาลสามารถผ่านการรับรองคุณภาพได้ ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านผู้นำ
- 2) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การและนโยบาย
- 3) ปัจจัยด้านบุคลากร
- 4) ปัจจัย ด้านวัฒนธรรมองค์การ
- 5) ปัจจัยด้านการสื่อสาร
- 6) ปัจจัยด้านทรัพยากร
- 7) ปัจจัยด้านกลยุทธ์

1. ปัจจัยด้านผู้นำ ผู้นำที่จะนำองค์การไปสู่ความสำเร็จ คือ ผู้นำที่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจแน่วแน่ในการพัฒนาองค์การอย่างจริงจัง ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้ความสามารถในวิธีดำเนินงาน เพื่อพัฒนาองค์การสู่การรับรองคุณภาพ เป็นผู้นำการ เปลี่ยนแปลง สามารถใช้เทคนิคการพัฒนาองค์การได้อย่างเหมาะสมในเรื่องการชักจูง การโน้มน้าวใจให้บุคลากร เห็นถึงความสำคัญของกการนาระบบ Hospital Accreditation มาใช้ในองค์การ และตั้งใจในการปฏิบัติงานด้านคุณภาพ เป็นผู้สร้างทีมแกนนำในการพัฒนางานคุณภาพใน หน่วยงานให้เพิ่มมากขึ้น

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์การและนโยบาย มีการกำหนดโครงสร้างองค์การหน้าที่ในการทำงานให้ชัดเจน เพื่อลดความคลุมเครือและลดความซ้ำซ้อนของงานมีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพในด้านต่างๆ อย่างครอบคลุมทั่วทุกหน่วยงานในองค์การ โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละงาน เพื่อให้เกิดเป็นมาตรฐานและสามารถตรวจสอบได้ อีกทั้งนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายขององค์การต้องมีความชัดเจน ในการนำไปปฏิบัติทำให้ทุกคนเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และพยายามที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. ปัจจัยด้านบุคลากร บุคลากรทุกคนในองค์การต้องมีความพร้อมในการทำงาน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ความสามารถที่มีและนำมาใช้ในงานที่รับผิดชอบ มีการศึกษาหาความรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากการศึกษาเพิ่มเติม การอบรม การสัมมนาต่าง ๆ อีกทั้งบุคลากรทุกคนต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีความผูกพันกันในกลุ่มและในการตัดสินใจแก้ปัญหาใช้ระบบการตัดสินใจแบบมติของกลุ่มเป็นสำคัญ

4. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์การ วัฒนธรรมเป็นความเชื่อ ค่านิยม ที่สมาชิกส่วนใหญ่ยอมรับ และใช้เป็นแบบแผนในการประพฤติปฏิบัติ วัฒนธรรมองค์การมีความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปสู่ความสำเร็จ คือ บุคลากรทุกระดับต้องมีจิตสำนึกเรื่องคุณภาพ การบริการที่มีมาตรฐาน สติธิผู้ป่วยเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีทัศนคติแบบร่วมมือร่วมใจในการแก้ไขปัญหา การพึ่งพาอาศัยกันและกันต้องมีค่านิยม ทัศนคติที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล จึงกล้าแสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์ กล้าที่จะเปลี่ยนแปลงคุณภาพงาน ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การไม่กล่าวโทษซึ่งกันและกัน การทำงานเป็นทีม วัฒนธรรมองค์การจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นตัวชี้นำความสำคัญของบุคลากรที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติ

5. ปัจจัยด้านการสื่อสาร การสื่อสารที่ชัดเจน การใช้กลไกการสื่อสารในรูปแบบที่หลากหลาย สามารถทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับทราบเป้าหมายของโรงพยาบาลอย่างทั่วถึง เข้าใจในแนวทางการปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพไปในทางเดียวกันและรับทราบบทบาทหน้าที่ ที่โรงพยาบาลคาดหวังให้แต่ละคนปฏิบัติ มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ในหน่วยงานที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ มีการแสดงความคิดเห็นและรับฟังซึ่งกันและกัน จะช่วยผลักดันให้องค์การก้าวไปสู่การเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพได้

6. ปัจจัยด้านทรัพยากร ทรัพยากรที่เพียงพอสามารถสนับสนุนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ ความเพียงพอของทรัพยากร เช่น ได้รับการสนับสนุนทางด้าน

การเงิน วัสดุ อุปกรณ์ เทคโนโลยี และคุณภาพของบุคลากรที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติ มีการสรรหาโยกย้ายปรับทรัพยากรให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ มีระบบการเบิกจ่ายที่รัดกุม ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีการกำหนดการดูแลบำรุงรักษา มีผู้รับผิดชอบ จะทำให้การบริหารทรัพยากรมีประสิทธิภาพ

7. ปัจจัยด้านกลยุทธ์และการบริหารจัดการ เช่นการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีมเป็นต้น กลยุทธ์ที่องค์การเลือกใช้ สามารถส่งผลให้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันและรับรองคุณภาพได้ คือ ต้องเปลี่ยนกลยุทธ์เชิงรับเป็นเชิงรุก โดยเน้นผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มีการอบรวมการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการพัฒนาคุณภาพงาน เช่น การอบรวมการทำ QA, CQI และ HA เป็นต้น มีการจัดตั้งทีมคร่อมสายงานเน้นการทำงานเป็นทีม มีคู่มือต่าง ๆ ขึ้น เป็นแนวทางการปฏิบัติให้กับบุคลากร ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ใช้เทคนิคแรงจูงใจ มีรางวัลให้กับผู้สร้างผลงานเพื่อสร้างแรงจูงใจ มีการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์การ ใช้ระบบคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้เป็นการกระตุ้นและเป็นการเสริมแรง (Reinforce) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกส่วนของหน่วยงานในองค์การ หลีกเลียงตารางการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับกิจกรรมระหว่างการทำงาน เนื่องจากความไม่สะดวกต่าง ๆ จะนำมาซึ่งการต่อต้าน

โดยปัจจัยทั้ง 7 ด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น มีประโยชน์ต่อผู้ทำวิจัยครั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ครอบคลุมและสามารถค้นหาคำตอบของงานวิจัยในครั้งนี้ได้ (ชาติรี บานชื่น, 2541; สุนันทา เลาหนันท์, 2544; สิทธิศักดิ์ พฤษภัตติกุล, 2544; ศศิมล สกุลไกรพีระ, 2544; สุศิริภรณ์ อุดมสุข, 2548)

5. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach)

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ศึกษาปรากฏการณ์สังคมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ประกอบด้วยความหมายของปรากฏการณ์ รวมทั้งความหมายของพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคลในปรากฏการณ์นั้น ๆ ซึ่งมีความสลับซับซ้อน เป็นพลวัต และมีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันของบุคคลในสังคมนั้น การศึกษาหรือทำความเข้าใจปรากฏการณ์จึงต้องพิจารณาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์อย่างเป็นองค์รวม แล้วเชื่อมโยงเหตุผลของพฤติกรรม และเหตุการณ์ร่วมกับการตีความปรากฏการณ์จากความเชื่อ ความคิดของบุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น

5.1 ประวัติความเป็นมาของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีรากฐานมาจากหลายสาขาของสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างหนึ่งในสาขามานุษยวิทยา และสาขาวิชาสังคมวิทยา ซึ่ง Bogdan and Biklen (1982 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพถือกำเนิด และได้รับการพัฒนาขึ้นมา เป็นวิธีการหนึ่งในการแสวงหาความรู้ในสาขามานุษยวิทยา ตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 Holloway and Wheeler (1996) กล่าวว่า การวิจัยเชิงคุณภาพถูกนำมาใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ ในราวปี ค.ศ. 1970 โดยนำมาจากสาขามานุษยวิทยา และสังคมวิทยา สำหรับประเทศไทยยังไม่มีข้อมูล และหลักฐานแน่ชัดว่า การวิจัยเชิงคุณภาพ ถูกนำมาใช้เป็นระเบียบวิธีวิจัยตั้งแต่เมื่อใด อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2549) กล่าวว่า บทความเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพที่เขียนโดยนักวิจัย/นักวิชาการไทย และทำการศึกษาวิจัยในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ส่วนบทความวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์นั้น มีปรากฏในวารสารระดับชาติตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544

การทำวิจัย จึงเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยนักวิจัยนำตัวเองเข้าไปศึกษาสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อย่างเป็นธรรมชาตินั้นๆ เพื่อเข้าถึงความหมายภายในบริบท (Context) ของสิ่งที่จะศึกษา ตัวนักวิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต การถ่ายภาพ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลของการทำวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการที่เป็นหลักสำคัญ เช่น การตั้งประเด็นสำคัญของข้อมูล หรือกลุ่มคำ (Theme) ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย นำมาจัดกลุ่ม ตั้งชื่อของกลุ่มคำ เพื่อสร้างเป็นแนวคิด (Concept) หรือในบางประเด็นอาจมีการเปรียบเทียบข้อมูลโดยการมองหาความเหมือนหรือความต่างของข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปของแนวคิดโดยมีการเขียนสรุปผลการวิเคราะห์เป็นระยะๆ ขั้นตอนสุดท้ายของการวิเคราะห์ คือ การตีความข้อมูล ใช้วิธีการตีความแบบสายตาของคนนอก (Ethic approach) เพื่อสร้างข้อสรุปของผลการศึกษา โดยเขียนอธิบายสื่อให้ผู้อ่าน ได้คิดวิเคราะห์เพื่อนำไปสร้างสรรคงานที่เกิดประโยชน์ต่อไป Berg (2004) ได้กล่าวไว้ การเขียนรายงานการวิจัยขึ้นอยู่กับข้อมูลและมุมมองของผู้ทำวิจัยที่ไม่มีประสบการณ์ ซึ่งควรคำนึงถึงผู้ศึกษางานวิจัยที่มีหลายกลุ่ม การเขียนจึงต้องสื่อให้กับกลุ่มที่หลากหลายสามารถเข้าใจได้ โดยอาจนำไปให้ผู้อ่านหลายกลุ่ม รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ทำการวิจัยช่วยตรวจสอบ (ชาย โพธิ์สิตา , 2547)

5.2 ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการศึกษากรณีทีเฉพาะเจาะจง จุดเน้นอยู่ที่สิ่งที่ถูกศึกษา (Case) ที่มี

ลักษณะเฉพาะ มีขอบเขตชัดเจน และมีความสมบูรณ์ในตัวเอง เทคนิคที่ใช้ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลมีลักษณะยืดหยุ่นไม่เคร่งครัด และสามารถประยุกต์ใช้วิธีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลได้หลากหลาย โดยใช้วิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่เป็นมาตรฐานทั่วไปที่ใช้การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจเนื้อหาของกรณีศึกษานั้นว่าทำไม (Why) จึงทำเช่นนั้น มีวิธีการอย่างไร (How) และได้ผลอะไร (What) สามารถสรุปเป็นนิยาม ตามที่ Denny (1978, อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2547) ได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้ คือ การศึกษาแง่หนึ่งหรือประเด็นหนึ่ง หรือเหตุการณ์หลายๆ อย่างที่เกิดขึ้นในพื้นที่แห่งใดแห่งหนึ่ง เป็นการศึกษาอย่างเข้มข้นและสมบูรณ์ตลอดระยะเวลาที่กำหนด (Denzin & Lincoln, 2000; Berg, 2004; Yin, 2003; ชาย โพธิสิตา, 2547)

การเลือกกรณีตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี จำแนกเป็น 3 กรณี ดังนี้ (Stake, 2000; Denzin & Lincoln, 2000; Berg, 2004; Yin, 2003; ชาย โพธิสิตา, 2547)

1. **Intrinsic cases** หรือกรณีศึกษาเพื่อประโยชน์ของความอยากรู้ในสิ่งนั้นเป็นด้านหลัก นักวิจัยเลือกศึกษากรณีนั้นเพราะความสนใจอยากรู้ อยากรู้ความเข้าใจ อยากรู้เปิดเผยรายละเอียดของกรณีนั้น ไม่มีจุดประสงค์อย่างอื่น

2. **Instrumental cases** หรือกรณีที่ใช้เพื่อแสดงสิ่งอื่น เป็นกรณี que เลือกมาศึกษาเพราะนักวิจัยเห็นว่า กรณีนั้นเป็นตัวอย่างหรือเป็นตัวแทนของกรณีอื่น ๆ และนักวิจัยต้องการใช้กรณีนั้นแสดงตัวอย่าง เพื่อสนับสนุนข้อสรุปหรือข้อโต้แย้งอย่างหนึ่งอย่างใดของตน

3. **Collective cases** เป็นการศึกษาหลาย ๆ กรณีเพื่อใช้สนับสนุนเรื่องเดียวกัน โดยนักวิจัยเลือกที่จะศึกษา Instrumental cases หลายรายเพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งที่ต้องการแสดงนั้นมีความชัดเจนและเพื่อความมั่นใจในข้อสรุปที่ได้

ส่วนรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี การออกแบบการวิจัยควรมีการพิจารณาวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยว่าผู้วิจัยต้องการศึกษากรณีนั้น ๆ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในด้านใด โดยจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ (Berg, 2004; ชาย โพธิสิตา, 2547)

1. **ศึกษาแบบมุ่งการศึกษา (Exploratory)** เป็นลักษณะการวิจัยนำร่องเพื่อหานิยามสำหรับมโนทัศน์ที่ยังไม่ชัดเจน หรือเพื่อสร้างสมมุติฐานสำหรับการวิจัยแบบสำรวจที่จะทำตามมาในภายหลัง

2. **ศึกษาแบบมุ่งหาคำอธิบาย (Explanatory)** กรณีศึกษาแบบนี้ปรากฏการณ์หรือสิ่งที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษาอาจจะเป็นที่รู้จักหรือคุ้นเคย การศึกษาจึงเพื่อหาคำอธิบายที่ยังไม่เคยมีมาก่อนหรือไม่เป็นที่พอใจ เช่น การศึกษากรณีข้อมูลเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำอธิบายที่น่าพอใจได้

3. **ศึกษาเชิงพรรณนา (Description)** มุ่งแสดงรายละเอียดพร้อมทั้งบริบทอย่างสมบูรณ์ของปรากฏการณ์ที่เลือกมาศึกษา นักวิจัยนำเสนอเนื้อหาด้วยเทคนิคการบรรยาย สิ่งสำคัญของการทำกรณีศึกษาแบบนี้อยู่ที่การให้รายละเอียดพร้อมด้วยบริบทของกรณีศึกษาซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้ใช้วิธีดังกล่าว

การดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี มีขั้นตอนการทำวิจัยที่เป็นประเด็นหลักโดยภาพรวม 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. เลือกกรณีสำหรับศึกษา ต้องเป็นกรณีที่มีขอบเขตชัดเจน สมบูรณ์ในตัวเองทั้งในแง่เนื้อหา เวลาและสถานที่ ซึ่งอาจเป็นบุคคล เหตุการณ์ปรากฏการณ์ กลุ่มชนที่มีลักษณะเฉพาะ โครงการหรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง

2. ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายเกี่ยวกับกรณีศึกษาใช้เทคนิคหลายแบบในการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากจุดเด่นของกรณีศึกษาอยู่ที่การให้ภาพที่ชัดเจนและสมบูรณ์ของสิ่งที่จะศึกษา ข้อมูลที่หลากหลายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นโดยอาจใช้การรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก ค้นคว้าจากเอกสาร หรือจากสื่อทัศนูปกรณ์อื่น ๆ เช่นเดียวกับการวิจัยเชิงคุณภาพทั่ว ๆ ไป ข้อมูลอาจเป็นทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและควรจะต้องเป็นข้อมูลที่ให้บริบทของสิ่งที่ต้องการจะศึกษาอย่างเพียงพอ โดยสรุปก็คือ ใช้ทุกวิธีการที่เหมาะสมและรวบรวมข้อมูลทุกชนิดที่จะให้ภาพที่สมบูรณ์ที่สุดของกรณีที่จะศึกษานั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการเก็บข้อมูลดังนี้ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การบันทึกภาคสนาม การถ่ายภาพ และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบริบทที่ศึกษาที่ได้รับอนุญาต โดยอธิบายรายละเอียดวิธีการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. **การสังเกต (Observation)** คำว่า “การสังเกต” หมายถึงการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นหรือปรากฏขึ้นอย่างเอาใจใส่ และกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นกับสิ่งอื่น (สุภางค์ จันทวานิช, 2547) การสังเกตในการวิจัยเชิงคุณภาพมี 2 วิธี ได้แก่

1.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยร่วมทำกิจกรรมด้วยกัน และพยายามทำให้คนในชุมชนยอมรับจนได้รับความไว้วางใจเสมือน

เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนนั้น ร่วมกับการวางแผนการเก็บข้อมูลที่ประกอบด้วย การสังเกต การซักถาม และการจดบันทึก กระทบไปตลอดการทำงานจนถึงช่วงสุดท้ายของงานภาคสนาม

1.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) เป็นการสังเกตโดยตรง โดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตในเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่าง ๆ แต่ยังคงกระทำตนเป็นบุคคลภายนอก นักวิจัยจะใช้วิธีนี้เมื่ออยากรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในที่ปรากฏการณ์ที่ศึกษา เนื่องจากต้องการรวบรวมสิ่งที่ได้เห็นและได้ยินด้วยตัวเอง การสังเกตแบบนี้เหมาะสำหรับใช้ตรวจสอบสิ่งที่ได้รับรู้มาจากการสัมภาษณ์ หรือจากทางอื่น ได้แก่ กลยุทธ์เรื่องการสื่อสารการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ในหอผู้ป่วย

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ ความคิด และความรู้ของตนเอง ตามประเด็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นหัวข้อสนทนา ผู้ให้ข้อมูลต้องมีคุณสมบัติตรงกับประเด็นของการวิจัย เช่น เป็นผู้มีความรู้หรือมีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัย ทำการศึกษา และควรมีการสมัครใจที่จะให้ข้อมูล แนวคำถามในการวิจัยเชิงคุณภาพ ควรเป็นคำถามปลายเปิด ไม่ใช่คำถามนำ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยควรมีคำถามหลักดังนี้ (1) แนวคำถามหลัก (Main Question) เป็นแนวคำถาม (Interview guide) ที่ใช้ตั้งประเด็นในการสัมภาษณ์ ซึ่งได้จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงประเด็นกับเนื้อหาของการวิจัย (2) คำถามเพื่อขอรายละเอียดและความชัดเจน (Probes) ใช้ถามในบางประเด็นที่คำตอบยังไม่ชัดเจน เช่น คำถามว่า “พอจะบอกรายละเอียดของเรื่องนี้ได้ไหม” เป็นต้น (3) คำถามเพื่อตามประเด็น (Follow-up question) เป็นคำถามใช้เพิ่มมิติของเรื่องที่ทำการศึกษาให้มีความกว้างและลึก โดยนำประเด็นที่พบใหม่ในการสัมภาษณ์ นำมาสร้างเป็นประเด็นใหม่ ในการถามต่อถ้าเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ

3. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นวิธีที่ช่วยในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลายคน สามารถปรับใช้ในการวิจัยเพื่อวัตถุประสงค์ต่าง ๆ กล่าวคือ สามารถใช้เพื่อเสริมวิธีการวิจัยแบบอื่น ๆ หรือ จะใช้เป็นการวิจัยที่มีความสมบูรณ์แบบเบ็ดเสร็จในตัวเอง ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นข้อมูลที่ผ่านการถกเถียงโต้ตอบกันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ทำให้มั่นใจในความถูกต้องแม่นยำ ความน่าเชื่อถือและความหลากหลายของข้อมูล โดยควรจัดผู้เข้าร่วมการสนทนาให้มีคุณสมบัติพื้นฐานคล้ายกัน (Homogeneous group) เนื่องจากจะทำให้ผู้พูดรู้สึกมั่นใจในการพูด หรือการแสดงออกมากกว่า โดยไม่รู้สึกรู้ว่าถูกกำกับอยู่

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิตกิตมณี อัศษาดศรี (2548) ได้ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จำนวน 32 คน พบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ ซึ่งประกอบด้วย การร่วมโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง การถ่ายทอดแนวคิด HA การยอมรับแนวคิด HA การเรียนรู้แนวคิด HA การปฏิเสธแนวคิด HA และการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด QA 2) ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย การหาโอกาสในการพัฒนา การดำเนินการพัฒนา การเกิดแรงจูงใจ การเรียนรู้เพื่อเข้าใจแนวคิด HA การขยายผล/การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการบูรณาการแนวคิดคุณภาพ 3) ระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลและดำเนินการแก้ไข การรับการประเมินจาก สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สมสมัย สุธีรกันต์ (2549) ศึกษาการพัฒนาและการทดสอบรูปแบบการวัดการคงอยู่ของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ 13 แห่ง จำนวน 2565 คน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ คือ การศึกษาการฝึกอบรม ภาวะผู้นำ แรงขับเคลื่อน วัฒนธรรมการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ปฏิสัมพันธ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคลากร การสนับสนุนและการยอมรับจากองค์กร การร่วมมือและการมีส่วนร่วมของบุคลากร และการติดตามผลลัพธ์สามารถอธิบายความแปรปรวนในโมเดล การคงอยู่ของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ร้อยละ 53.27

อุไรรัตน์ อยู่เป็นสุข (2549) ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จากสถาบันพัฒนาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ) และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขผู้ให้ข้อมูล จำนวน 30 ท่าน เก็บข้อมูลโดยการสอบถามสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า สามารถอธิบายกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาลนี้ได้เป็น 3 ระยะ กระบวนการพัฒนาคุณภาพทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เริ่มต้นพัฒนาคุณภาพเป็นระยะที่โรงพยาบาลมีนโยบาย 3 ม คือ ไม่ป่วย ไม่แน่น และมีมาตรฐานเดียวกัน ระยะที่ 2 การนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการพัฒนาคุณภาพลงสู่การปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาล ระยะที่ 3

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ผู้นำองค์กร การมีส่วนร่วมของบุคลากร ค่านิยมและวัฒนธรรมของกลุ่มงานพยาบาล เครื่องมือการทำงานที่เข้มแข็ง การมุ่งมั่นในการทำงานบริการเชิงรุก กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

วนิดา แพ่งภาษา (2551) ศึกษา การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล พบว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล แบ่งเป็น 5 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย การมอบหมายทีมปฏิบัติ การศึกษามาตรฐาน และการสร้างความเข้าใจงานด้วยการอบรม 2) ระยะดำเนินการพัฒนา ประกอบด้วย การฝึกฝนการปฏิบัติ และการนำไปใช้จริง 3) ระยะเตรียมการรับรองคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้เยี่ยมสำรวจมาตรฐาน การดำเนินการแก้ไข ผู้เยี่ยมสำรวจมาตรฐานใหม่ และให้เตรียมการสำรวจจริง 4) ระยะรับรองคุณภาพ ประกอบด้วย คณะกรรมการของ JCI มาตรฐาน และผ่านการรับรอง 5) ระยะรักษาคุณภาพ ประกอบด้วย การสำรวจมาตรฐาน การดำเนินการพัฒนา และการหาสิ่งกระตุ้นเพื่อรักษาคุณภาพ

Maurice (2005) ศึกษาเรื่องกลยุทธ์ที่พิจารณาในข้อผิดพลาดของระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ในสหรัฐอเมริกา เพื่อวิเคราะห์และอภิปรายการปรับปรุงโครงสร้างของกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในเรื่องกรอบแนวคิดของผู้อำนวยความสะดวก พนักงาน และผู้ตรวจการ ซึ่ง HA และการรับรองคุณภาพหมายถึง การเป็นศูนย์กลางของการบริการรักษาพยาบาลที่พบว่ามีความต้องการการดูแลที่มีคุณภาพอันใดอันหนึ่งก็ได้ ผลการวิจัยพบว่า ประมาณ 80% ขององค์กรเลือกองค์กร JCAHO ในการรับรองคุณภาพ

Syed Jaleeluddin Hyder , Bimal Kumar Mishra and Manju Bhagat (2010) ศึกษา การรับรู้การได้รับการรับรองมาตรฐานการจัดการและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน CCHSA, JCI และ NABH พบว่า โรงพยาบาลในต่างประเทศที่หวังว่าจะดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติให้กับโรงพยาบาลตนเองมักจะขอรับการรับรองจากคณะกรรมการการรับรองคุณภาพ International (JCI) และแสดงให้เห็นในชุมชนระหว่างประเทศที่โรงพยาบาลได้ขอความสมัครใจตรวจสอบอิสระจากความมุ่งมั่นในความปลอดภัยและคุณภาพที่ได้มาตรฐานที่นำผลดีไปสู่ผู้ป่วย (Timmons, 2007) การใช้บริการโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI ทำให้ลดความเสี่ยงเพราะสามารถที่จะดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งยังได้ประโยชน์อื่นอีก เช่น ผู้รับบริการมีการพูดถึงว่าเขาสามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานด้วยตัวเอง เพราะโรงพยาบาลจะรักษาความลับตามสิทธิของผู้ป่วย หรือถ้ามีการกลับไปยังประเทศของตนก็มีการเตรียมข้อมูลเป็นเอกสารให้กลับไปพร้อมทำให้ลด

ข้อผิดพลาดทางการวินิจฉัยของแพทย์ที่จะทำการดูแลต่อ นี่คือการได้รับความพึงพอใจจากการรับบริการในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล

จากการทบทวนวรรณกรรมศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน ยังไม่พบการศึกษากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานของ JCI ที่กำหนดไว้ที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืนเพื่อการแข่งขันกับนานาชาติได้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนภายหลังจากได้รับรองมาตรฐานเป็นโรงพยาบาลระดับสากล โดยสามารถอธิบายรายละเอียดของวิธีการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพ กลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาที่ยั่งยืน ปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนประสบความสำเร็จ รวมถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน จนโรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการผ่านการรับรองซ้ำจากการรับรองมาตรฐานคุณภาพระดับสากล

เมื่อคำนึงถึงจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยและหลักปรัชญาของการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเลือกการวิจัยแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน โดยใช้รูปแบบการศึกษาโดยใช้รูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) การสังเกตและบันทึกเทปเป็นวิธีหลักในการเก็บข้อมูลซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่ามีความเหมาะสมในการที่จะทำได้คำตอบของคำถามการวิจัย เนื่องจากวิธีการวิจัยดังกล่าวจะสามารถอธิบายรายละเอียดของข้อมูลได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ และเป็นวิธีวิจัยที่สามารถแสดงข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูล ที่เกิดจากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลที่มีในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน

การเลือกสนามการศึกษา

ผู้วิจัยเลือกสนามการศึกษาที่สนใจอยากรู้ อยากทำความเข้าใจ เพื่อค้นหาคำตอบว่าโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานครนี้มีการดำเนินการพัฒนาอย่างยั่งยืนอย่างไร ภายหลังจากได้รับการรับรองมาตรฐานระดับสากล มีสิ่งใดที่สนับสนุน ส่งเสริมและเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ ให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพซ้ำในครั้งต่อไป โดยเลือกสถานที่เก็บข้อมูลเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับการรับรองมาตรฐานระดับสากล ในเขตกรุงเทพมหานครเนื่องจากเห็นว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ ลักษณะโครงสร้างองค์ประกอบไปด้วยทีมงานเฉพาะสาขา จำนวนมากและมีลักษณะงานที่ครอบคลุมในด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และการวิจัย มีความซับซ้อนมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไปและยังเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานระดับสากลได้นั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยากและต้องใช้เวลา เพราะการที่ตระผ่านการประเมินได้นั้น โรงพยาบาลต้องได้รับการ

ประเมินอย่างครอบคลุมทั่วทั้งองค์การ ผู้วิจัยเห็นว่าโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเลือกมามีจุดเด่นที่น่าเข้าไปศึกษาโดยพิจารณาจากคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากการรับรองมาตรฐานระดับสากล (JCI) ได้ผ่านการประเมินมาตรฐานคุณภาพซ้ำหลายครั้ง นอกจากนี้ยังเป็นที่ยอมรับจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศในการศึกษาดูงาน เป็นโรงพยาบาลที่เน้นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในทุกหน่วยงาน จนสามารถผ่านการรับรองมาตรฐานระดับสากลตามมาตรฐานระดับสากลมาแล้ว 3 ครั้ง ผู้วิจัยจึงคิดว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงกับจุดมุ่งหมายของการทำวิจัย

บริบทพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลแล้วจาก Joint Commission International (JCI) (First Accredited: 27 January 2007, Re-accredited: 13 February 2010) ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2522 และเจริญก้าวหน้าขึ้นจนกลายเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ชั้นนำในประเทศไทย และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัจจุบัน เป็นโรงพยาบาลที่ทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศมากมายเลือกใช้ มีเตียงรองรับผู้ป่วย 270 เตียง ห้องตรวจโรค 87 ห้อง บุคลากรมากกว่า 1,200 คน ให้บริการตรวจรักษาโรคทุกสาขา เช่นอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินารีเวช กุมารเวชกรรมศาสตร์ คลินิกหู ตา คอ จมูก รวมทั้งคลินิกพิเศษต่าง ๆ เช่นโรคตับ โรคไต Wellness, Pulmonary center เป็นต้น ได้รับการรับรองเป็น “โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก” จากองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) รางวัลผู้ประกอบการดีเด่นด้านธุรกิจบริการสาขาโรงพยาบาล (Prime Minister Award 2004) และใบประกาศรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไทย (Hospital Accreditation, HA) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไทย (Hospital Accreditation) ในปี พ.ศ. 2546 ได้ขยายสาขาโรงพยาบาลออกไปทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ปัจจุบันได้จดทะเบียนเป็นบริษัทมหาชน

นโยบายของโรงพยาบาลคือ มุ่งมั่นที่จะพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บริการสุขภาพสูงสุดตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยยึดถือสิทธิประโยชน์ ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลคือ มุ่งมั่นที่จะเป็นผู้นำของโรงพยาบาลระดับแนวหน้าของประเทศไทยที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ครบวงจร ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีระบบการบริหารจัดการที่มี

ประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยบุคลากรที่มีความสามารถและจริยธรรม เพื่อเป็นที่ยอมรับและเกิดความพึงพอใจสูงสุดของผู้มารับบริการ แพทย์ บุคลากร ผู้ถือหุ้น และ ชุมชน

พันธกิจของโรงพยาบาล เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่ได้ตั้งไว้ นโยบายและแนวทางการปฏิบัติ คือ 1) ให้โรงพยาบาลมีบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ และมาตรฐานระดับสากลแบบครบวงจรในสาขาที่กำหนด 2) ให้บริการที่มีคุณภาพสูงด้วยราคาที่เหมาะสมเพื่อความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ 3) เป็นศูนย์รวมในการให้บริการทางด้านการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูง ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีจริยธรรมเพื่อตอบสนองต่อบริการความต้องการของชุมชนในระดับกลุ่มที่กำหนด ทั้งในประเทศและต่างประเทศ 4) มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องในทุกสาขาเพื่อคงไว้ซึ่งบริการที่มีคุณภาพและบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลได้กำหนดคุณค่าในการดำเนินกิจการวิสัยทัศน์ และพันธกิจ ดังนี้ 1) เพื่อคุณค่าของการดำเนินชีวิตด้วยสุขภาพที่ดีของผู้มารับบริการ โดยโรงพยาบาลให้การดูแล สุขอนามัยทั้งร่างกายและจิตใจ 2) เคารพและให้เกียรติ รักษาความลับของผู้มารับบริการ โดยคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้มารับใช้บริการเป็นสำคัญ 3) ตระหนักถึงความสำคัญและยอมรับในบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา รวมทั้งให้การสนับสนุนในการทำแผนการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร 4) ศึกษาความต้องการของชุมชนทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลและสุขภาพอนามัยอันเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีและแหล่งท่าของการให้บริการสาธารณสุข โดยนำมากำหนดวางแผนเพื่อให้บริการที่สอดคล้องต่อความต้องการของชุมชน 5) ตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดให้บริการ ทั้งทางด้านการรักษาและการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด โดยการเสนอคุณค่าบริการด้วยบุคคลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูง

โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยโรงพยาบาลได้รับรางวัลและผ่านการรับรองคุณภาพระดับประเทศ และระดับสากล ดังต่อไปนี้

พ.ศ. 2542 รับการรับรองให้เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกจากองค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟและกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2544 มาตรฐานคุณภาพ ISO9002: 1994 จากบริษัท BVQI ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของการบริการ

พ.ศ.2547 รางวัล Prime Minister's Export Award สาขา The Most Recognized Service ในฐานะธุรกิจการบริการที่มีชาวต่างชาติมาใช้บริการมาก

พ.ศ.2547 ประกาศนียบัตรรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล Hospital Accreditation (HA) ซึ่งได้รับประทานจาก พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ

พ.ศ.2548 The Best International Hospital จากผู้อ่านนิตยสาร Apartment Living Magazine

พ.ศ.2548-2549 รางวัล BUPA Good Provider Award จาก BUPA ซึ่งเป็นองค์กรชั้นนำที่ให้บริการทางด้านการประกันสุขภาพ ในฐานะที่เป็นโรงพยาบาลที่มีระบบตรวจสอบสิทธิประโยชน์ให้ผู้รับบริการที่มี ประสิทธิภาพ

พ.ศ.2550 รางวัลในด้านการพัฒนาเชิงเทคนิค เพื่อการบริการในระดับภูมิภาคจากงาน The Asian Hospital Management Award 2007 จากการนำระบบ "E-Nursing Kardex" มาใช้ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความคล่องตัวสูงสุดในการให้บริการ

พ.ศ.2550 ประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลสำหรับมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลและการจัดการจาก JCI (Joint Commission International) สหรัฐอเมริกา ด้วยสองมาตรฐานใหม่ Tracer Methodology และ International Patient Safety Goals 2007 นับเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่ได้รับการรับรองภายใต้ 2 มาตรฐานใหม่นี้

พ.ศ.2551 ชนะเลิศรางวัลเกียรติยศ HMA Award 2008 ด้านการประชาสัมพันธ์จากแคมเปญโฆษณา "แผลเล็กเจ็บน้อย"

พ.ศ.2551 รางวัลดีเด่นประเภทการพัฒนาบุคลากรจากงาน The Asian Hospital Management Award 2008 ณ กรุงมะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์

พ.ศ. 2551 การรับรองให้เป็นโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทองจากการมีระบบบริการ อนามัยแม่และเด็กดีเด่นรวมถึงสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย "แม่ลูกเกิดรอดปลอดภัย เด็กเติบโตสมวัย"

พ.ศ.2551 ประกาศนียบัตรรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลสำหรับมาตรฐานการรักษาโรคเฉพาะทาง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคมะเร็งปอด (DCSC: Disease or Condition Specific Care) จาก Joint Commission International (JCI)

พ.ศ.2551 รางวัล Thailand ICT Excellence Award 2008 จากสมาคมการจัดการธุรกิจแห่งประเทศไทย ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ เขตอุตสาหกรรมซอฟต์แวร์ประเทศไทย และวิทยาลัยนวัตกรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จากประเภท Campaign of The Year โครงการ Samitivej Intranet และประเภท Business

พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลได้รับรางวัลดีเด่น Hospital Quality 2009 Platinum Award ด้านการบริหารจัดการลูกค้าประกัน จากบริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชชันแนลแอสซิวรันส์ จำกัด

พ.ศ. 2554 โรงพยาบาลได้รับรางวัลสูงสุดคะแนนอันดับหนึ่งของรางวัล Platinum ซึ่งรางวัลแห่งความภาคภูมิใจนี้ เป็นการก้าวนำในด้านความสะอาดและความรวดเร็วต่อผู้รับบริการ จากบริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชชันแนลแอสซิวรันส์ จำกัด

พ.ศ. 2554 มาตรฐานการรักษาระดับสากล โรคข้อเข่าเสื่อม ครั้งแรกในประเทศไทย (DCSC: Disease or Condition Specific Care) จาก Joint Commission International (JCI)

ผู้ให้ข้อมูลและวิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบบอกที่มาจากคนแรก สำหรับตัวอย่างคนแรกและวิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ บอกต่อ (Snowball sampling) สำหรับตัวอย่างต่อไปโดยผู้วิจัยจะอาศัยข้อมูลจากตัวอย่างคนแรกให้ช่วยแนะนำผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่ได้รับการรับรองครั้งแรกจนถึงปัจจุบันและเห็นว่าสมควรจะเป็นตัวอย่างคนต่อไป จนได้ข้อมูลที่อ้อมตัว เป็นผู้ที่ยินดีในการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลโดยเซ็นใบยินยอมในแบบฟอร์มการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลและคำให้การคุ้มครองสิทธิและเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยมากที่สุด

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพภายหลังจากผ่านการรับรองคุณภาพระดับสากลและได้ดำเนินการต่อเนื่องมาจนกระทั่งปัจจุบัน ได้แก่หัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. กลุ่มผู้บริหารระดับสูง 5 คน ประกอบด้วย ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 1 คน ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรบุคคล 1 คน และ ผู้จัดการฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ 2 คน
2. ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล 8 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล 1 คน ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายการ 1 คน และ หัวหน้าหอผู้ป่วย 6 คน
3. พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน 3 คน และ ผู้ป่วยนอก (OPD) จำนวน 2 คน

ผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีให้ข้อมูลในการเล่าประสบการณ์ของตนเองจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว จำนวน 18 ราย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ชั้นเตรียมการ

ในการเตรียมตัวของผู้วิจัย ได้แก่ มีการเตรียมความรู้ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยการลงทะเบียนเรียนการทำวิจัยเชิงคุณภาพในห้องเรียน จำนวน 3 หน่วยกิต ซึ่งมีการสอนเรื่องวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study approach) เป็นจำนวน 2 ชั่วโมง และได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากเอกสารและตำราต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะเฉพาะของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ สามารถเลือกหัวข้อที่ทำการศึกษาสอดคล้องกับการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และสามารถออกแบบการวิจัยได้ตรงกับปัญหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย นอกจากนี้มีการเตรียมความรู้ในเรื่อง แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ แนวคิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเพื่อใช้เป็นความรู้เบื้องต้นของผู้วิจัย เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามหลักให้ครอบคลุมเนื้อหาของการศึกษาให้มากที่สุดและเป็นแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลโดยไม่มียึดกรอบที่จะทำให้ ข้อเท็จจริงของข้อมูลมีการเบี่ยงเบน

การเตรียมด้านเทคนิคและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการฝึกปฏิบัติในการสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกเทป และการจัดบันทึกภาคสนาม จากการเรียนในห้องเรียน และศึกษาค้นคว้าจากตำราด้วยตนเอง รวมทั้งฝึกสัมภาษณ์นักร้องกับพยาบาลในระดับรองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลระดับปฏิบัติการ 2 คน เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนเพื่อเพิ่มทักษะในการสัมภาษณ์ การสังเกต การจัดบันทึกและการถอดเทป รวมทั้งการศึกษาข้อมูลของสถานที่ที่ใช้เก็บรวบรวมใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในเบื้องต้น เป็นแนวทางในการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตทำการวิจัย

1. การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาโดยการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลัก ประกอบกับการเลือกใช้เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. ใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก ปากกา ดินสอ กล้องถ่ายรูป เตรียมสำหรับการสัมภาษณ์นักร้อง 3 คน

2. สร้างแนวคำถามหลักเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นำร่องหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน และพยาบาลระดับปฏิบัติงาน 2 คน ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลและแนวคิดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานระดับสากลที่ได้ทบทวนแนวคิดเบื้องต้นของการวิจัยไว้เป็นจุดเริ่มต้นของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพหลายวิธีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย สร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล และต้องการนำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ผลการศึกษาค้นคว้าได้ครอบคลุมปัญหาการวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบริบทที่ศึกษาที่ได้รับอนุญาต โดยอธิบายรายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงของการลงสนามเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

2.1 วิธีการที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยใช้เป็นวิธีการหลักในการรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง มีการพูดคุย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยใช้ความเหมาะสมของสถานการณ์ในการเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ เช่น การสัมภาษณ์หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ในรูปแบบของการสนทนากับผู้ให้ข้อมูลตามประเด็นแนวคำถามของการวิจัยที่ได้วางแผนไว้

เมื่อเข้าสู่สนามการวิจัยผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้แนะนำให้ผู้วิจัยทำตารางเก็บข้อมูลเสนอต่อโรงพยาบาลเพื่อแจ้งให้กับหน่วยงานต่างๆ ได้ทราบ ผู้วิจัยได้จัดทำร่วมกับหัวหน้าพยาบาลเพื่อช่วยปรับตามความเหมาะสมกับตารางการทำงานของโรงพยาบาลและกิจกรรมของโรงพยาบาลในช่วงที่ผู้วิจัยอยู่ในสนาม

ระยะแรกของการทำงานในภาคสนามผู้วิจัยจะพูดคุยสนทนาสร้างความคุ้นเคยกับสถานที่และผู้ให้ข้อมูลโดยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของโรงพยาบาล เช่น เข้าร่วมฟังการประชุมวิชาการ เดินแนะนำตัวกับบุคลากรโรงพยาบาลร่วมกับหัวหน้าพยาบาลในแผนกที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูล ในช่วงเริ่มต้นผู้วิจัยไม่เร่งรีบที่จะเก็บข้อมูลเพื่อสังเกตว่าผู้ให้ข้อมูลยังมีภาระยุ่ง จะใช้ช่วงเวลาให้ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูลมีความพร้อมที่จะใช้ให้ข้อมูลโดยไม่มีการรบกวนการทำงานส่วน

ใหญ่จะเป็นช่วงเวลาบ่ายที่มีผู้มารับบริการน้อยกว่าช่วงเช้าหรือในช่วงตอนเย็นสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ ต้องขึ้นเวรเช้า บ่าย ดึก บางครั้งผู้วิจัยใช้เวลาในช่วงวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ เป็นต้น ก่อนการเริ่มการ สัมภาษณ์ผู้วิจัยจะพูดคุยสนทนาเพื่อสร้างความคุ้นเคย จากนั้นอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จะต้องมีการบันทึก การใช้เทปบันทึกเสียงและผู้ให้ข้อมูลได้อ่านคำชี้แจง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant information sheet) รวมทั้งมีการลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) ทุกท่าน

วิธีการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะใช้แนวคำถามที่สร้างไว้ชักถามผู้ให้ข้อมูลเป็นลำดับ ตามที่เตรียมไว้ โดยผู้วิจัยจะมีการปรับเปลี่ยนคำพูดเพื่อให้การสัมภาษณ์เป็นไปตามธรรมชาติ ข้อ คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์อาจปรับตามสถานการณ์ที่เหมาะสม บางครั้งผู้วิจัยสอดแทรกคำถาม ตามเนื้อหาของข้อมูลที่ได้รับที่เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย แต่ยังมีทิศทางของคำถามหลัก นอกจากนี้การปรับรูปแบบการสัมภาษณ์และคำถามยังต้องขึ้นอยู่กับบุคลิกของผู้ให้ข้อมูลแต่ละ ท่านอีกด้วย

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละท่าน ใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาทีขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก สิ่งสำคัญที่ทำให้การสัมภาษณ์เป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพ คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน การให้เกียรติ การเคารพ และความไว้วางใจ ความอึดตัวของข้อมูลในผู้ให้ข้อมูลแต่ละท่าน ผู้วิจัยจะใช้คำถามปิดท้ายว่า มีข้อมูลจะเล่าเพิ่มเติม หรือไม่ หรือผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณาว่าจะชักถามประเด็นไหนเพิ่มเติม หรืออาจกลับไปชักถามเพิ่มได้

ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยจะจดสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยจดใน ประเด็นที่สำคัญและคำอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนนอกเหนือจากการ อาศัยการบันทึกเสียง ผู้วิจัยต้องการใช้สมาธิอย่างมากในขณะที่ฟังผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องเพื่อที่จะเก็บ ข้อมูลดิบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนที่เกิดขึ้น

ความอึดตัวของข้อมูลแต่ละท่านจะใช้คำถามปิดท้ายว่า “ถ้ามีคนถามว่าทำ อย่างไรการพัฒนาคุณภาพระดับสากลอย่างยั่งยืนจึงจะประสบความสำเร็จ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา พี่จะให้คำแนะนำว่าอย่างไรคะ” เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่า ได้สรุปด้วยตนเองจาก ประสบการณ์ที่ผ่านมา ให้เห็นถึงการดำเนินการ วิธีการ กลยุทธ์ ปัญหา อุปสรรคและปัจจัย ความสำเร็จเพื่อการพัฒนาคุณภาพระดับสากลอย่างยั่งยืน และก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ได้ กล่าวคำขอบคุณแก่ผู้ให้ข้อมูลและแสดงความเคารพโดยการไหว้

เมื่อสัมภาษณ์เสร็จ ผู้วิจัยจะทำการบันทึกลงในใบบันทึกภาคสนามเป็นการสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อเป็นการเตือนความจำ โดยทำการสรุปประเด็นจากข้อมูลดิบที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนให้มาและผู้วิจัยจะนำข้อมูลดิบจากการสัมภาษณ์ไปถอดเทปในทันทีไม่ปล่อยให้เนิ่นนานเนื่องจากเมื่อถอดเทปแบบคำต่อคำจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปถามผู้ให้ข้อมูลคนอื่นได้ด้วยและทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ข้อมูลที่ได้มานั้นสามารถตอบคำถามของสิ่งที่ต้องการ ได้ครอบคลุมหรือยัง

ความสมบูรณ์ของข้อมูลโดยรวมผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นระยะ ๆ ช่วงที่อยู่ในสนาม โดยการฟังจากเครื่องบันทึกเสียงและถอดเทปแบบคำต่อคำ

2) การสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตเพื่อนำข้อมูลมาบรรยายหรืออธิบายสถานที่ เหตุการณ์ ปฏิบัติการของผู้ให้ข้อมูล และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้พบเห็น ซึ่งเป็นธรรมชาติหรือตามความเป็นจริง ใช้ประกอบการวิเคราะห์และตีความข้อมูล ซึ่งพบว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์ต่อการวิจัยที่ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจความเชื่อมโยงของข้อมูล เหตุผลของความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์บางอย่างที่ผู้วิจัยสงสัย รวมทั้งเป็นการใช้ในการปรับรูปแบบการเก็บข้อมูลทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่ครอบคลุมปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม(Non-participant observation เช่น การสังเกตบรรยากาศการทำงานของโรงพยาบาล บรรยากาศการประชุมประจำเดือนของโรงพยาบาล หรือประชุมวิชาการต่างๆ การสังเกตการจัดงานการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล การสังเกตการณ์จัดงานวันผู้บริหารพบพนักงาน เป็นต้น

3) การบันทึกภาคสนาม (Field note record) เมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์เสร็จและเดินทางกลับไปที่พัก ผู้วิจัยได้เขียนบันทึกภาคสนาม โดยการบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อเป็นการเตือนความจำให้กับตนเองและสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยจะสรุปประเด็นจากข้อมูลดิบที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนได้ให้มา ในหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ ความคิดเห็น ประสพการณ์ แนวทางการดำเนินงาน วิธีการ กลวิธี ปัจจัยส่งเสริม สนับสนุน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขที่ส่งต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และการผ่านการรับรองคุณภาพ การบันทึกภาคสนามมีประโยชน์ ในการวิเคราะห์ข้อมูลและช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระบบ

4) การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ได้รับอนุญาตเพื่อนำมาประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตทำสำเนาเพิ่มข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวข้องในการทำวิจัย เช่น ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล ข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาลข้อมูลของโรงพยาบาล ข้อมูลจากการพัฒนางานประจำสู่งการวิจัย ข้อมูลจากชุมชนนักปฏิบัติ เป็นต้น

2.2 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น โดยประมาณ 5 เดือน ตั้งแต่ เดือน มีนาคม – กันยายน พ.ศ. 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) ผู้วิจัยใช้เทคนิคและวิธีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เนื่องจากเป็นวิธีวิจัยที่ไม่มีข้อกำหนดของกระบวนการวิเคราะห์และเทคนิคที่เจาะจง ส่วนใหญ่ยึดหลักการวิเคราะห์แบบทั่วไป ดังนี้ การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) การจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categorizing) การตรวจสอบข้อมูลได้อย่างละเอียด (Examining) การตีความข้อมูล (Interpretation) การพิสูจน์ความถูกต้องของการวิเคราะห์ (Testing) โดยต้องกำหนดลำดับความสำคัญของการวิเคราะห์และตั้งเป้าหมายในการวิเคราะห์ให้ชัดเจน ดังมีรายละเอียดดังนี้ (Yin, 2003; สุภางค์ จันทวานิช, 2547; ชาย โพธิสิตา, 2547; Berg, 2004; อุไรรัตน์ อยู่เป็นสุข, 2549)

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

1.1 การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) ในที่นี้ผู้วิจัยใช้ในการจัดระเบียบข้อมูลทางด้านกายภาพ ทำให้ข้อมูลอยู่ในสภาพที่จะนำไปวิเคราะห์ได้โดยสะดวก

1) หลังจากผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แล้ว จะจัดเก็บเครื่องบันทึกเสียงในกระเป๋าคู่ที่จัดไว้โดยเฉพาะและหลังจากการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ข้อมูลที่ได้จะจัดใส่แฟ้มแยกออกเป็น แฟ้มที่เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แฟ้มจัดเก็บเอกสารสำคัญของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย แฟ้มจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล เช่น ใบยินยอม ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบบันทึกภาคสนาม แผ่นซีดี

2) การให้รหัสประจำตัวผู้ให้ข้อมูลใช้ในการตรวจสอบข้อมูลง่ายและใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตัวอย่างเช่น ID (1/1-1) รหัสผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์คนที่ 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 กลุ่ม 1

1.2 การตรวจสอบข้อมูล (Examining) เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาอย่างละเอียดเพื่อความถูกต้องของข้อมูล โดยทำประกอบกันทุกขั้นตอนกระบวนการวิจัย เช่น การตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปโดยทบทวนฟังซ้ำหลายครั้ง การตรวจสอบความสมบูรณ์ของ

ข้อมูลทั้งหมดรวมกันกับที่ผู้วิจัยสร้างข้อสรุปเบื้องต้นเป็นระยะ มีการตรวจสอบความเชื่อมโยงของข้อสรุปที่สร้างขึ้น ซึ่งการตรวจสอบข้อมูลทำให้เกิดการวางแผนรวบรวมข้อมูลที่จะสนับสนุนข้อสรุปเพิ่มเติมอย่างมีระบบและครอบคลุมปัญหาการวิจัย

1.3 การจัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categorizing) เป็นการจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลเมื่อรวบรวมข้อมูลได้ระดับหนึ่ง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยเปรียบเทียบกับทฤษฎีที่รวบรวมเป็นแนวเบื้องต้น (Relying on theoretical proposition) การจัดออกเป็นหมวดหมู่ (Categorizing) ตามประเด็นเนื้อหาหลักของการวิจัย หรือตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการย่อหรือทอนข้อมูลลง เลือกลำข้อความบางส่วนที่มีความหมายของแนวคิด (Concept) ตรงประเด็นกับเรื่องที่ทำวิจัยเปรียบเทียบกับแนวคิดทฤษฎีเบื้องต้นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม รวมถึงดึงกลุ่มคำที่เป็นประเด็นย่อย (Theme) ที่น่าสนใจสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกันกับแนวคิดหลัก

1.4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Comparison) ในขั้นนี้ผู้วิจัยนำประเด็นหลักและประเด็นย่อย มาใส่ตารางเปรียบเทียบเพื่อมองความเหมือน/ความต่างของสิ่งที่วิเคราะห์ เพื่อให้มองเห็นสาระสำคัญของสิ่งที่วิเคราะห์ได้อย่างชัดเจน นำไปสู่การสรุปข้อมูล

1.5 การเขียนสรุป (Conclusion) ผู้วิจัยดึงประเด็นหลักและประเด็นย่อยออกมาจัดหมวดหมู่ข้อมูลและเขียนสรุปผลการวิเคราะห์เป็นช่วง โดยตีความจากการบอกเล่าแบบคนใน (Emic approach) ซึ่งเป็นการทำให้ข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูล “พูด” มีความหมายมีความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี มีการเชื่อมโยงของข้อมูล นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างเป็นองค์รวมร่วมกับบรรยายรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของโรงพยาบาล ข้อมูลสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่าง

1.6 การตีความข้อมูล (Interpretation) และการสร้างข้อสรุปสิ่งที่ค้นพบ (Developing a case description) ในขั้นนี้ผู้วิจัยใช้ในการตีความโดยการมองอย่างคนนอกที่มองเข้าไปในปรากฏการณ์นั้น (Etic approach) โดยมีการเชื่อมโยงประกอบกับผลที่เกิดจากการวิเคราะห์แบบคนใน (Emic approach) เพื่อใช้อธิบายข้อค้นพบใหม่ของปรากฏการณ์ โดยผู้วิจัยใช้การเชื่อมโยงข้อมูลดิบที่ได้ในการสัมภาษณ์อย่างมีเหตุผล จากการวิเคราะห์ในช่วงก่อนนี้ และการเขียนสรุปเพื่อสร้างข้อสรุปข้อค้นพบที่ใช้ในการอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งต้องการนำเสนอข้อมูลของพื้นฐานของวิธีการดำเนินงาน กลวิธีที่ใช้ในการบริหารจัดการ กลยุทธ์ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ในการวิจัยเชิงคุณภาพมีหลายแนวคิด ส่วนในการวิจัยครั้งนี้เลือกปรับแนวคิดของ Lincoln and Guba (1985 cite in Strubert and carpenter, 2003)

1. ตรวจสอบข้อมูลโดยการให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ให้การสัมภาษณ์ (Member checking) คือในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นคนตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลว่าผู้วิจัยเข้าใจถูกต้องตรงกับผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ โดยใช้คำถามย้อนกลับและให้ผู้ให้ข้อมูลสรุปสิ่งที่ต้องการศึกษา เช่น วิธีการดำเนินการ กลยุทธ์ กลวิธีในการพัฒนา ปัจจัยส่งเสริม สนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเป็นระยะ ๆ ในการสัมภาษณ์

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการเชิงคุณภาพหลายวิธี (Methodological triangulation) ได้แก่ การสังเกต การจดบันทึก การสัมภาษณ์เจาะลึก การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เป็นการตรวจสอบข้อมูลหลายทางช่วยในการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยมั่นใจเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

3. การยืนยันผลการวิจัย (Confirm ability) สามารถตรวจสอบได้จากการบันทึกที่เป็นระบบ (Audit trial) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) โดยในขั้นตอนนี้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นผู้ร่วมตรวจสอบ รวมทั้งผู้วิจัยมีการทบทวนความรู้ทางด้านทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาการวิจัย การทบทวนระเบียบวิธีวิจัย รวมทั้งการอ่านงานวิจัยหรือใช้ประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ผ่านการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในห้องเรียนมาร่วมด้วย ในช่วงการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อยืนยันผลการวิเคราะห์ให้มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ส่วนผู้ศึกษางานวิจัย สามารถตรวจสอบผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล

4. การตรวจสอบผลการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) หลังจากสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยนำผลการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณเชี่ยวชาญชี้แนะซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญคืออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีที่ผู้วิจัยต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล (ผู้ร่วมการวิจัย) โดยตรง ในการทำการวิจัยจึงต้องระมัดระวังและคำนึงถึงหลักปฏิบัติทางจริยธรรมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อปฏิบัติทางจริยธรรมดังต่อไปนี้ คือ (Strubert and Carpenter, 2003; Denzin and Lincoln, 2000 อ้างถึงในวาสนี วิเศษฤทธิ์, 2547)

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล และทำการเก็บข้อมูลเฉพาะในส่วนที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้อ่านคำชี้แจงสำหรับผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งลงนามในใบยินยอม (Informed consent form) ของผู้มีส่วนร่วมทุกท่าน ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ในทุกระยะของการวิจัย และไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการตระหนักในสิทธิและการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล

2. การรักษาความลับของแหล่งข้อมูล (Confidentiality and anonymity) ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล โดยมีการตระหนักในกฎแห่งความยุติธรรม (Principle of justice) ซึ่ง ผู้วิจัยต้องเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลจะใช้รหัสข้อมูลที่ใช้เฉพาะการทำวิจัยครั้งนี้และเป็นข้อเท็จจริงที่ได้รับการตรวจสอบแล้วเท่านั้น และจะมีการทำลายข้อมูลเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง

3. การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับแหล่งข้อมูลอันเนื่องมาจากการที่เข้าให้ความร่วมมือในการวิจัย (Consequence) ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้ร่วมวิจัยในสถานที่ที่ใช้ทำวิจัยตามระเบียบวิธีการที่ถูกต้อง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ร่วมวิจัยได้ทราบอย่างเป็นทางการ โดยผู้วิจัยให้การยืนยันว่าการทำวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อหน่วยงาน เนื่องจากผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่จะเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อองค์การในการพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงเท่านั้น

4. การคำนึงถึงความถูกต้อง (Accuracy) โดยจะไม่มี การบิดเบือนข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีสิทธิขอ ดู ร่วมตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล และร่วมตัดสินใจในการเผยแพร่ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวม สำหรับผู้ที่ศึกษางานวิจัยสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยจากการอ้างอิงคำพูดจากผู้ให้ข้อมูล และผลการวิจัยมีการตรวจสอบและรับรองโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เอกชนระดับสากลอย่างยั่งยืน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบ การศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล แล้ว สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารระดับสูง จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 2 ระดับ ผู้บริหาร จำนวน 8 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มระดับปฏิบัติการ จำนวน 5 คน ตั้งแต่เดือน มีนาคม – กันยายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการให้รหัสและเปรียบเทียบข้อมูล โดยผลการศึกษาสามารถอธิบาย การพัฒนาคุณภาพ วิธีการพัฒนาและกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพ และปัจจัย เงื่อนไข ที่ทำให้ เกิดความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน จากกรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้ได้ผลการศึกษาพบว่า

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน เป็นการสร้างความต่อเนื่องของกระบวนการทำงานอย่างมี ประสิทธิภาพตามมาตรฐานในระดับสากลที่เน้นการทำงานคุณภาพควบคู่ไปกับการทำงานด้วย ความสุขเพื่อความยั่งยืนประกอบด้วย 1) สร้างความเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนากับพนักงานทุกคน 2) ลงมือปฏิบัติลงมือทำด้วยตนเอง 3) อบรมอย่างต่อเนื่องและประเมินผลภายในอย่างสม่ำเสมอ 4) การทำงานต่อยอดจนกลายเป็นวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กร 5) การทำงานด้วยความสุข

ประเด็นที่ 2 กลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน โดยมีโครงการ กิจกรรม ที่ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรม 2) ผู้บริหารพบพนักงาน 3) ผู้บริหาร ลงพื้นที่ 4) กิจกรรมการติดตามคุณภาพการบันทึก 5) การทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 6) กิจกรรมการตรวจคุณภาพภายในองค์กร 7) การประชาสัมพันธ์ 8) การทดสอบระดับความ เข้าใจ (9) จัดเวทีให้พบปะพูดคุย

ประเด็นที่ 3 ปัจจัย เงื่อนไข ที่ทำให้เกิดความสำเร็จ การพัฒนาคุณภาพเพื่อความ ยั่งยืนในโรงพยาบาลเอกชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ประกอบด้วย 1) ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและทีมผู้นำ 2) ความมุ่งมั่นของบุคลากร 3) แนวนโยบายการปรับปรุง คุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล 4) วัฒนธรรมองค์กรและ 5) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน

การพัฒนาคุณภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืนหมายถึง การบูรณาการแนวคิดของมาตรฐาน โดยเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนาด้วยความถ่องแท้แล้วถ่ายทอดกับพนักงานทุกระดับทำให้เข้าใจมากที่สุดแล้วลงมือปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน ต่อยอดตามเป้าหมายองค์การ รักษาระดับคุณภาพ ให้มีความคงเส้นคงวาในการทำงานมากที่สุดโดยทุกคนมีส่วนร่วมว่าได้มีส่วนรับผิดชอบ มีกระบวนการอบรมอย่างต่อเนื่อง มีประเมินภายในอย่างสม่ำเสมอ มีการพัฒนาการตรวจสอบ มีการทบทวน มีการวางแผน มีการรักษาระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการแจ้งข้อมูลตลอดเวลา เป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ โดยทุกคนที่มีส่วนร่วมมีความสุขและสนุกกับการทำงาน คุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สร้างความเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนากับพนักงานทุกคน

1.1 ศึกษามาตรฐานอย่างทอ่งแท้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าต้องทำความเข้าใจกับทีมงานในเรื่องของการนำแนวคิด ความเชื่อ ของมาตรฐานระดับสากลมาใช้ ผู้ที่จะนำเครื่องมือมาใช้ต้องศึกษารายละเอียดของ มาตรฐานระดับสากลอย่างละเอียด เข้าใจมาตรฐานระดับสากลทุกหมวดหมู่ ทุกบท ว่าในแต่ละ มาตรฐานนั้นต้องการอะไร มีเป้าหมายอะไร แล้วสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติได้ แสดงความคิดเห็น เพื่อสะท้อนข้อมูลกลับให้เข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน ต้องมีการสร้าง บรรยากาศองค์การ ให้เกิดความมุ่งมั่นและร่วมแรงร่วมใจ ในการที่จะทำโดยยึดหลัก เป้าหมายที่ ชัด วัดผลได้ โดยการที่จะทำให้องค์การบรรลุเป้าหมายและมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องนั้น บุคลากรทุกระดับหรือทุกคนตั้งแต่คนงานจนถึงผู้บริหารต้องมีความเข้าใจและบูรณาการแนวคิด เรื่องของการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนนั้นมุ่งเน้นการพัฒนางานประจำให้ คุณภาพ มาตรฐานเป็นเพียงตัวกำหนดทิศทางและเป็นเครื่องมือที่ทำให้เรามองการพัฒนาให้ ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือความปลอดภัยของผู้ป่วนั่นเอง ดังนั้น การศึกษามาตรฐาน การบูรณาการแนวคิดและสร้างความเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนากับพนักงานทุกคนเป็นสิ่งสำคัญ

ต้องมีการศึกษามาตรฐานก่อน ร่วมกับทางผู้บริหารด้วยหลังจากนั้นก็มาดูว่าถ้าเชิงทฤษฎี ก็ต้องลงมา Implement ให้กับ Staff ให้กับหน่วยงานซึ่งในการ Implement เราก็ต้องมีการ

Training นื่อง เพื่อที่จะให้น้องรับ Concept การพัฒนาคุณภาพที่เราขอรับรองว่ามีคุณภาพว่าถ้า
เค้าทำแล้วเกิดความปลอดภัยกับคนไข้...

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

อันนี้คงมองถึงเรื่องการพัฒนาให้ยั่งยืน ต้องมีการศึกษามาตรฐานระดับสากลและสร้าง
ความเข้าใจพื้นฐานของในการพัฒนากับพนักงานทุกคน อย่างที่พี่บอกว่าเรื่องของการทำอะไรให้
บูรณาการระหว่างมาตรฐานแต่ละอันที่เข้ามาไม่ว่าจะ HA , JCI , TQA หรืออะไรก็ตามแล้วแต่ หรือ
แม้แต่ ISO ก็คือบูรณาการให้ได้ เสร็จแล้วการที่จะพัฒนาต่อให้ยั่งยืนได้ก็คือหน่วยงานจะต้อง
เข้าใจพื้นฐานการพัฒนา...

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

มีการศึกษามาตรฐานโดยสร้างความเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนากับพนักงานทุกคน มี
Morning Britt หรือผู้บริหารพบพนักงานทุกวันพุธ ดิฉันเป็นเป็นพนักงานที่ดูแลในเรื่องของ การ
รับรองรายชื่อของ JCI, ACCC, Cardio เป็นตัวแทนที่จะไปกำหนดมาตรฐานในการดูแลคนไข้
ร่วมกันเสนอ จัดทำเป็น Part way

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

มีการศึกษาข้อดี-ข้อด้อยขององค์การ โรงพยาบาลก่อน เพื่อสร้างความเข้าใจพื้นฐานของ
การพัฒนากับพนักงานทุกคน แล้วประเมินเป็นฝ่ายๆไป ทั้งนี้เพื่อให้การแยกแยะหน้าที่ของ
แต่ละฝ่ายออกจากกัน เหมือนกันการทำแผนภูมิแกงปลา ที่ต้องเอาประเด็นหลักขึ้นก่อนแล้วหา
Effect ที่ส่งผลจากปัญหาหลักๆและรองลงมาเรื่อยๆ จากนั้นเราจะได้รายละเอียดที่มีความ
ละเอียดมากที่สุด และสามารถดูได้ง่าย เพราะเป็นรูปภาพแสดงแทนข้อความที่มักจะไม่ได้รับ
ความเข้าใจในห้องประชุมสักเท่าไร

(ID16, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

... และมีความเข้าใจ เพื่อที่จะเป็นการพัฒนาไปสู่การรับรองที่มีคุณภาพในระดับสากล

(ID18, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

คือการเอาหลักการหรือข้อปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรนั้นมาทำเป็นรูปแบบของ หลักการปฏิบัติงานด้านการลงมือทำนั่นเอง ก็เลยมองว่าถ้าเราเข้าใจหลักการของคุณภาพ JCI เราก็จะสามารถมองเห็นได้ว่าให้ทำอะไร ได้อะไร ลงมืออย่างไร นะคะ

(ID16, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

ตอนนี้ก็คือเราทำเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างที่บอกว่าพยายามทำให้เข้าใจมากที่สุด แล้วเขาจะต่อยอดได้ อย่างการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานไม่ว่าจะ HA, JCI เสร็จแล้วทำยังไงที่เขา จะเรียนรู้ของของโรงพยาบาลเอกชนจะมองว่าถ้าสมมุติเป็นเรื่องของ Research นี้ในระดับ หน่วยงานเองจะยังไม่เกิดขึ้นถึง Complete ขนาดนั้น แต่ว่าทำยังไงให้เขาได้เรียนรู้จากหน่วยงานว่า นำข้อมูลที่มีหรือสิ่งที่เขาได้ไปอ่านได้ไปเรียนรู้จากที่อื่น ...

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

อันนี้คงมองถึงเรื่องการพัฒนาให้ยั่งยืน อย่างที่พี่บอกว่าเรื่องของการทำอะไรให้บูรณาการ ระหว่างมาตรฐานแต่ละอันที่เข้ามาไม่ว่าจะ HA, JCI, TQA หรืออะไรก็แล้วแต่ หรือแม้แต่ ISO ก็คือบูรณาการให้ได้ เสร็จแล้วการที่จะพัฒนาต่อให้ยั่งยืนได้ก็คือหน่วยงานจะต้องเข้าใจพื้นฐาน การพัฒนา...

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

จะมีการจัดการในเรื่องของตัวมาตรฐานที่เราจะใช้การศึกษามาตรฐานก่อน แยกประเภท ออกมาตามฝ่ายของการตัวเองที่จะต้องปฏิบัติทำการ Monitor ลงมา Implement ให้กับ Staff ให้กับหน่วยงาน

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

... โดยสร้างความเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนากับทุกคน เพราะฉะนั้นทั้งอะไรและ อย่งไร เป็นสิ่งที่ต้องวางแผนล่วงหน้า อย่าให้หน่วยงานหรือที่ทำงานคิดเอาเองว่าคนที่เจ็บหน้าอก ทำอย่างไร พอเรากำหนดวิธีการทำงานที่ชัดเจน มีการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรการทำงาน จะลดความเสี่ยงไปได้

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ใช่ค่ะ เราทำงานกันอย่างหนักและต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาที่นานพอสมควร ยิ่งเมื่อรู้ว่าเราต้องทำเพื่อรักษาระดับคุณภาพให้อยู่กับเราให้นานที่สุดด้วยเนี่ย ทุกคนทุกฝ่ายเหมือนทำงานแข่งกันแต่ต่างกันตรงที่ว่าเราไม่ได้แข่งขันกันให้ได้มาซึ่งชัยชนะแต่เราร่วมมือกันเพื่อให้ได้มาซึ่งชัยชนะของโรงพยาบาลไม่ใช่ของคนใดคนหนึ่ง แต่ผู้ที่รับผลประโยชน์โดยตรงคือ ประชาชนหรือผู้ที่มาใช้บริการต่างหากค่ะและการปฏิบัติเพียงอย่างเดียวมันต่อให้ขยันทำ ทำบ่อยๆก็ไม่เกิดผล ดังนั้นจึงต้องมีการประเมิน/ติดตาม/ตรวจสอบ เพื่อสร้างให้เกิดเกณฑ์ในการปฏิบัติสืบต่อไป

(ID 9, กลุ่มปฏิบัติการ)

1.2 ขยายทีมนำในการพัฒนาคุณภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าโรงพยาบาลเมื่อผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว มีการขยายทีมนำในการพัฒนาคุณภาพ โดยเลือกคนเหมาะสมกับงานในการพัฒนาคุณภาพ ให้ความสนใจ ให้ออกมาปฏิบัติกรพยาบาลที่มีใจรัก ในการพัฒนาคุณภาพก่อนเป็นอันดับแรก ร่วมกับการมอบหมายงานให้ทำ ดึงสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานออกมาใช้ พร้อมทั้งดูแลในระหว่างการพัฒนาคุณภาพ และติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีความเชื่อพื้นฐานในการพัฒนาว่า ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีศักยภาพในตัวเอง

เราต้องดูว่าการจะให้การรับรองผลงานของแต่ละหน่วยงานคืออะไรโดยเลือกคนเหมาะสมกับงานในการพัฒนาคุณภาพ ดึงสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานออกมาใช้... เพราะฉะนั้นผลงานแต่ละหน่วยงานก็ต้องสร้างความมั่นใจว่าแต่ละหน่วยงานทำงานคงเส้นคงวา ดังนั้นสิ่งที่เขาอยากเห็นคือความคงเส้นคงวาในการทำงานคือความเสี่ยง ... ถ้าทุกคนได้รับการฝึกอบรมตามลายลักษณ์อักษรนั้น พอคนที่เจิบหน้าออกมาถามว่าทำอะไรตอบได้ และเขาก็ปฏิบัติจริงเพราะอยู่ในเนื้อหาสาระของงานเขา แต่ละ Step ทำอะไรบ้างทุกคนที่เกี่ยวข้องในเนื้องานก็ต้องดู

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ในส่วนของเราเอง พี่คิดว่าน่าจะเป็น Maintenance ลักษณะดูแลรักษาคุณภาพไว้แล้วต่อยอดให้เป็น Quality Culture (วัฒนธรรมคุณภาพ) เนื่องจากว่ามาตรฐานของ JCI จะมีต่อยอด คือนอกจากได้ JCI แล้วก็ยังมีการรับรองคุณภาพรายโรคของ JCI เป็นการพัฒนาต่อยอด เพื่อการขยายทีมนำในการพัฒนาคุณภาพ

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

JCI เขาก็ทำ specific disease เป็น clinical care program (CCPC) ทางฝั่งสุขุมวิทจะมี 3 โรค OA Knee, Lung- cancer, Acute MI ทางศรีนครินทร์ เขามี Stroke, low back pain ก็ดำเนินการของความเชี่ยวชาญคลินิกในด้านนั้นๆ ซึ่งพี่เชื่อในศักยภาพของคน โดยพื้นฐานนี้ ในตัวของแต่ละคนมีสมรรถนะในตัวเอง ทำอย่างไรจึงจะสามารถดึงเอาสมรรถนะตรงนั้นไปใช้ให้ได้...

(ID5, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

ในส่วนของ การรักษาคุณภาพมันจะมีอะไรที่ทำให้เราให้ทำเพิ่มไปอีกเรื่อยๆ ยิ่งถ้าจะทำให้เราขึ้นไปสู่ในมาตรฐานคุณภาพระดับสากลเราก็ควรที่จะเอาอะไรเข้ามาปรับปรุงให้สามารถใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง สร้างคนให้รู้ให้มากขึ้นมอบหมายงานให้ทำ ดึงสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานออกมาใช้แล้วต้องจูงใจคนแต่ละกลุ่มเข้ามา เพราะว่าเค้าเป็นตัวแทนแต่ละทีม โดยแต่ละทีมนั้นเค้าต้องไปดูแลเนื้อหาแต่ละทีมเป็นอย่างไร เค้าต้องไปปรับ ไปประยุกต์กับมาตรฐานไป เพราะถ้ากลุ่มเข้ามาของมันก็เหมือนการทำงานเป็นทีมที่ทุกคน เป็นแขน เป็นขา ที่กระจายอยู่ในหน่วยงาน

(ID 9, กลุ่มปฏิบัติการ)

พี่คิดว่าน่าจะเป็น ลักษณะดูแลรักษาคุณภาพไว้แล้วต่อยอดโดยให้เป็นวัฒนธรรมคุณภาพเนื่องจากว่ามาตรฐานของ JCI จะมีต่อยอด คือนอกจากได้ JCI แล้วก็ยังมีในเรื่องของขอรับรองคุณภาพรายโรคของ JCI เป็นการพัฒนาต่อยอดได้อีกด้วย เพื่อขยายทีมนำในการพัฒนาคุณภาพ

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอย่างสูงสุด พี่คิดว่าน่าจะเป็นลักษณะดูแลรักษาคุณภาพไว้แล้วต่อยอดให้เป็นวัฒนธรรมคุณภาพโดยโรงพยาบาลเลือกคนเหมาะสมกับงานในการพัฒนาคุณภาพ ที่ความสนใจ โดยให้โอกาสกับผู้ปฏิบัติที่มีใจรัก

(ID14, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

จากการสั่งให้ทำ บอกให้ทำ บอกให้ไปทำ มันทำได้แต่ไม่ยั่งยืน พี่เชื่อว่าคนที่จะเป็นผู้บริหารต้องให้โอกาส ดึงสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานออกมาใช้ พร้อมทั้งดูแลในระหว่างการพัฒนา

คุณภาพ และติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยที่มีความเชื่อพื้นฐานในการพัฒนาว่า ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีศักยภาพในตัวเอง ซึ่งที่มองว่าอันนี้จำเป็นงานแต่ละอย่างมันไม่ Match กับคนทุกคน แต่เราสามารถเอาเขามาทำงาน สอน ฝึกแล้วจึงขยายผล

(ID 9, กลุ่มปฏิบัติการ)

1.3 การประกาศนโยบายและมีเป้าหมายที่ชัดเจน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าโรงพยาบาลประกาศนโยบายและมีเป้าหมายที่ชัดเจน โดยทำให้บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลทราบถึงความมุ่งมั่นของผู้นำและเกิดความตื่นในการพัฒนาคุณภาพ โดยลือไปกับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ซึ่งการประกาศนโยบายอย่างชัดเจนทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลทราบแนวทางในการปฏิบัติงานและคิดปรับปรุงระบบการทำงานให้เป็นไปตามกรอบของ นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์ ทุกคนในโรงพยาบาลยึดมั่นเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ผลลัพธ์ของการพัฒนาเป็นไปตามทิศทางเดียวกัน กับที่ทุกฝ่ายตั้งไว้ จึงใช้การสื่อสารเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้บุคลากรทุกคนทราบนโยบาย เช่น จัดหมายข่าว ข่าวสารคุณภาพ การประชุมในหน่วยงาน การประชุมคณะกรรมการคล่อมสายงาน เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นในองค์กร เพื่อแบ่งปันข้อมูลข่าวสารจากผู้บริหารถึงผู้ปฏิบัติงาน และจากผู้ปฏิบัติงานถึงผู้บริหาร ทุกคนจะทราบข้อมูลข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์ นอกจากทุกฝ่ายจะใช้การสื่อสารเพื่อให้ทุกคนเข้าใจถึงนโยบายขององค์กรแล้ว สิ่งหนึ่งที่บุคลากรเห็น คือ ผู้บริหาร พุ่มเท แรงกาย แรงใจ ทำให้เห็นว่ามุ่งมั่นเขาจริง โรงพยาบาลต้องผ่านการรับรองและเกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนขึ้นภายในองค์กร

ประกาศนโยบายอย่างชัดเจนทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลทราบแนวทางในการปฏิบัติงานและคิดปรับปรุงระบบการทำงานให้เป็นไปตามกรอบของ นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์ ทุกคนในโรงพยาบาลยึดมั่นเป้าหมายร่วมกัน.....

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

จะมีข้อกำหนดที่เป็นนโยบายและกฎข้อบังคับของโรงพยาบาลนี้ว่าใครควรทำอะไรและอย่างไร ทั้งนี้ก็จะมีการตรวจสอบเพิ่มข้อมูลต่างๆ ใช้การตรวจสอบในแบบหลากหลายมุมในเรื่องที่ครอบคลุมเกี่ยวกับตัวมาตรฐานนั้นๆ ฉะนั้นผลงานของหน่วยงานหรือว่าเรื่องของการพัฒนา

ระดับจะต้องมีการตรวจสอบและมีการรีเฟรชใหม่ทุกครั้งทั้งพนักงานระดับปฏิบัติการไปจนถึงระดับผู้บริหารทุกท่าน

(ID 11, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

แนวนโยบายนี้คือในสิ่งนี้มันเป็นรูปแบบที่ต้องปฏิบัติอยู่แล้ว ก็คือ ถ้าระบบมาตรฐานตัวไหนมาอย่างไร เราก็ปรับให้ตรงหรือพยายามให้ใกล้เคียงมากที่สุด เพื่อที่ว่าเมื่อทำการปฏิบัติงานจริงนั้น เราจะได้ทำได้ดีใกล้เคียงกับของจริงมากที่สุด นี่คือ แนวนโยบายที่เราทำกันมาตลอด

(ID 11, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ในหน่วยงานของพีพีที่จะต้องอบรมให้ตรงเป้า ตามเป้าหมายขององค์กรเพื่อให้พนักงานสามารถให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย คือพีพีจะดูเป้าหมายขององค์กร และเป้าหมายการปฏิบัติงาน ก็คือเอาตัวที่พนักงานขาดความรู้ตรงนี้เอามาสร้าง Training และฝึกอบรม ซึ่งดูจากการ survey ความต้องการพัฒนาบุคลากร และความต้องการของผู้ร่วมงานอื่น เช่นแพทย์ ความต้องการของผู้รับบริการ และเรื่องของ incident report ตรงนี้ก็เอามาเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาสามารถให้พนักงานปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายขององค์กรที่ตั้งไว้ เพื่อการประเมินผลที่ตรงกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

(ID5, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

ทุกคนเข้าใจถึงนโยบายขององค์กรแล้ว ต้องทำการวางแผนถึงการนำมาใช้ร่างเป็นนโยบายเพื่อนำลงมาปฏิบัติต่อ แต่ทั้งนี้ต้องทำการดูจากตัวบังคับใช้จากตัวมาตรฐานจริงๆ ว่ามีสิ่งใดบ้างที่เราสามารถทำการปรับตรงจุดนั้นให้มาเป็นของเราได้เราก็จะทำการปรับแก้ไข แล้วนำมาพัฒนาเป็นกฎเพื่อให้เป็นนโยบายสู่การนำมาใช้ในโรงพยาบาลของเรา ตัวนี้มันจะเป็นตัวป้องกันทำให้คนไข้เราปลอดภัยขึ้นจากการที่เราได้ทำให้คุณภาพเราดีขึ้นเพื่อการได้รับการดูแลและรักษาที่ดีขึ้น

(ID 11, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

บุคลากรในโรงพยาบาลทราบแนวทางในการปฏิบัติงานและคิดปรับปรุงระบบการทำงานให้เป็นไปตามกรอบของ นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์ ทุกคนในโรงพยาบาลยึดมั่นเป้าหมายร่วมกัน ทำให้ผลลัพธ์ของการพัฒนาเป็นไปตามทิศทางเดียวกันกับที่ทุกฝ่ายตั้งไว้.....

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

1.3.1 การกำหนดแนวทางปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจนโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการพัฒนางาน

ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญกับการสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนให้เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ โดยการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจนซึ่งแนวทางดังกล่าวเพื่อผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตั้งแต่เริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีจิตสำนึกและความใส่ใจในเรื่องคุณภาพในการทำงานในทุกด้าน ตามบทบาทภารกิจขององค์กร โดยยึดหลักการเอาใจเขามาใส่ใจเราคู่กับการสร้างมาตรฐานในการปฏิบัติงานเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานทุกๆ เรื่องและการยึดถือการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมและเพื่อผู้ป่วยเป็นสิ่งพื้นฐานในการทำงานในโรงพยาบาล สำหรับการกรณีศึกษาที่มีการสร้างแนวทางการปฏิบัติงานและปลูกฝังการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทุกคนมีความรักในงานและแนวทางที่ปฏิบัติมุ่งมั่นที่จะพัฒนางานของตนเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

...พอเรากำหนดวิธีการทำงานที่ชัดเจน มีการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรการทำงานจะลดความเสี่ยงไปได้ ถ้าทุกคนได้รับการฝึกอบรมตามลายลักษณ์อักษรนั้น พอคนที่เจ็บหน้าอกมาถามว่าทำอะไรตอบได้ และเขาก็ปฏิบัติจริงเพราะอยู่ในเนื้อหาสาระของงานเขา แต่ละ step ทำอะไรบ้างทุกคนที่เกี่ยวข้องในเรื่องงานก็ต้องดูดังนั้นผลงานของหน่วยงานคือการทำตามมาตรฐานของ JCI นั่นเอง

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

มันก็จะ เป็นกฎหมายเมืองของโรงพยาบาลนี้ว่าใครควรทำอะไรอย่างไร มันก็จะมีการ Monitor audit เพิ่ม monitor ในหลายๆ เรื่องเช่น placidity law ในส่วนหนึ่งของพยาบาลเองก็ในเรื่องของ medical record audit เพราะมีการ audit ในของ assessment ไม่ว่าจะ เป็น AOP, ACC, PSE, PSR ทุกอย่างมีหัวข้อ audit ในนั้นหมด มันก็มีตัว monitor

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ตรงนี้จากนโยบายเริ่มต้นมันเหมือนกฎหมายของประเทศก็คือกฎหมายในโรงพยาบาลของเรา กฎหมายนี้เราก็ต้องมีการสอนออกไป Implement training ออกให้คนรู้แล้วไปทำ แต่ service มันต่างจาก product ทั่วๆไป เราทำงาน 24 ชม. เรามีทั้งหมด 3 กะ เรามีคนเข้ามา

ตลอดเวลา เราจะสร้างความมั่นใจได้อย่างไรว่าเราเหมือน seven ว่าสิ่งที่เขียนไว้จะกลายเป็น
รูปธรรมการทำงานอย่างจริงจัง ตรงนี้แหละที่จะทำให้เกิดความยั่งยืน

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

...ข้อปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรนั้นมาทำเป็นรูปแบบของหลักการปฏิบัติงานด้านการ
ลงมือทำนั่นเอง ก็เลยมองว่าถ้าเราเข้าใจหลักการของคุณภาพ JCI เราก็จะสามารถมองเห็นได้ว่า
ให้ทำอะไร ได้อะไร ลงมืออย่างไรนะคะ

(ID9, กลุ่มปฏิบัติการ)

เราต้องดูในช่วง Process ของงานที่เราทำเนี่ยคะ เราจะต้องทำให้เป็น process ไม่ว่าจะ
เป็นการให้ข้อมูลลูกค้า การรับเรื่องร้องเรียน หรือการรับโทรศัพท์ เราจะต้องมี patterns มี
process ที่ชัดเจน เพื่อที่จะไม่ให้น้องทำไปด้วยความเคยชิน มันจะมีข้อผิดพลาดได้ เราพยายามที่
จะให้อยู่ใน process ที่ถูกต้อง ดังนั้น process นั้นต่อไปคะ

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

บทเรียนที่ได้จากความล้มเหลวในด้านต่างๆที่เราได้ทำมานั่นเอง ทำให้เรานั้นเอาความ
ล้มเหลวมาตั้งเป็นข้อบังคับ กฎเกณฑ์ ระเบียบแบบแผน เพื่อที่จะทำให้เราก้าวสู่ระดับสากลได้
ทุกเมื่อ

(ID8, กลุ่มผู้บริหาร)

หากเกณฑ์ของการประเมินนั้นเกิดจากการที่แต่ละคนไปคิดนึก หรือประเมินเอาเองตาม
มุมมอง ความรู้สึกของแต่ละคน คงยุ่งวุ่นวายและไม่เกิดผลดีอะไรกับสิ่งที่ทำไป เพราะถ้าไม่มี
มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่เป็นหนึ่งเดียวผู้ที่ถูกประเมินก็จะร้องเรียนได้ว่าไม่เป็นธรรมได้ และ
เกิดการไม่ยอมรับตามมา แต่ถึงแม้ว่าจะมีการกำหนดแนวทางและวิธีการประเมินเป็นมาตรฐาน
พอยอมรับได้แล้วก็ตามในขั้นตอนการประเมินก็ต้องชี้แจงถึงวัตถุประสงค์กันให้ชัดเจน

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

อยากให้โรงพยาบาลรักษาคุณภาพ พัฒนาคุณภาพเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ดี เพราะผลที่ได้คือทุกคนค่ะ แต่คนที่ได้ผลนี่อย่างเห็นได้ชัดคือลูกค้าของเราค่ะ สุขภาพและความมั่นใจของลูกค้าคือสิ่งที่มีค่าสำหรับพวกเรา

(ID9, กลุ่มปฏิบัติการ)

2. ลงมือปฏิบัติลงมือทำด้วยตนเอง

2.1 มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสม่ำเสมอในการพัฒนาเพื่อให้เกิดการปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน โดยมีการนำเรื่องแนวคิดและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพในระดับที่สามารถวิเคราะห์งานและดำเนินกิจกรรมคุณภาพภายในหน่วยงานของตนได้และนำมาวิเคราะห์บรรยากาศในการทำงานและดำเนินการปรับปรุงคุณภาพซึ่งผู้ประสานงานและผู้บริหารทุกระดับสื่อสารกับบุคคลทั้งแบบที่เป็นทางการและอย่างไม่เป็นทางการและตอบสนองข้อมูลที่ได้รับส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่ดีและและติดตามผลที่เกิดขึ้นเป็นระยะ โดยผู้บริหารระดับสูงต้องรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการและชุมชนด้วย ซึ่งจะกำหนดนโยบายให้บุคลากรทุกคนรับฟังเสียงสะท้อนในโอกาสที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ

มี Morning Brief หรือผู้บริหารพบพนักงานทุกวันพุธ ดิฉันเป็นพนักงานที่ดูแลในเรื่องของการรับรองรายโรคของ JCI, ACCC, Cardio เป็นตัวแทนที่จะไปกำหนดมาตรฐานในการดูแลคนไข้ร่วมกันเสนอ จัดทำเป็น Part way เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอก็จะเกิดความเคยชินแล้วจะทำให้เกิดความยั่งยืนว่าสิ่งที่ทำเป็นมาตรฐานสากลจริง จริง

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

ในส่วนของโรงพยาบาลเอง ผมคิดว่าผู้บริหารระดับสูงต้องรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ ซึ่งจะกำหนดนโยบายให้บุคลากรทุกคนรับฟังเสียงสะท้อนในโอกาสที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากว่ามาตรฐานของ JCIจะมีต่อยอด คือนอกจากได้ JCI แล้วก็ยังมีในเรื่องของขอรับรองคุณภาพรายโรคของ JCIซึ่งเป็นการพัฒนาต่อยอดดังนั้นต้องสร้างการปฏิบัติจนเกิดความเคยชินโดยการสร้างนโยบายที่เกิดจากเสียงสะท้อนเพราะจะทำให้เกิดมาตรฐานที่ยั่งยืน

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ช่วงนั้นเราทำ JCI ติดตามระบบคุณภาพ ณ ขณะนั้น เรื่องคุณภาพของอย่างอื่นที่ได้ทำก็ ยังไม่ได้มีอะไรเพิ่ม เช่น ระบบมาตรฐานสากล ตอนนี้อย่างนี้เราต้อง maintain ระบบตรงนี้ให้เกิดเป็น วัฒนธรรมความปลอดภัยเรื่องของมาตรฐานเข้าสู่ระบบสากล โดยดำเนินการปรับปรุงคุณภาพ อย่างต่อเนื่องซึ่งผู้ประสานงานและผู้บริหารทุกระดับสื่อสารกับบุคคลทั้งแบบที่เป็นทางการและ อย่างไม่เป็นทางการเพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอในการพัฒนาและเกิดการปฏิบัติจนเกิดความเคยชินตามมาตรฐานที่เราได้เขียนไว้จริง จริง

(ID5, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

เราต้องดูในช่วง Process ของงานที่เราทำเนี่ยละ เราจะต้องทำให้เป็น process ไม่ว่าจะ เป็นการให้ข้อมูลลูกค้า การรับเรื่องร้องเรียน หรือการรับโทรศัพท์ เราจะต้องมี patterns มี process ที่ชัดเจน เราพยายามที่จะให้อยู่ใน process ที่ถูกต้อง ดังนั้น process นั้นต่อไปละ และ มันจะทำให้มีความสม่ำเสมอในการพัฒนาและน้องน้องจะปฏิบัติงานตามมาตรฐานว่าเป็นเรื่อง ปกติที่ต้องทำทุกวัน

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

โดยปกติเมื่อมี Accredited มันต้องมี reaccredited มันก็จะครบรอบวงจรของมัน เพราะฉะนั้น นอกจากที่จะธรรมชาติหรือดูแลรักษาการรับรองต่างๆ เหล่านี้ไป จริงๆแล้วทุกอย่างมันจะมีความคล้ายกันเมื่อเราเอามาตรฐานเข้ามาดู เพียงแต่ว่าเราจะดูแลรักษาพัฒนาต่อไป ตัวมาตรฐานเองมันก็จะมี CQI ของมันเอง โดยมีการนำเรื่องแนวคิดและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพในระดับที่สามารถวิเคราะห์งานและดำเนินกิจกรรมคุณภาพภายในหน่วยงานของตนได้ซึ่งจะทำให้เกิดความสม่ำเสมอในการพัฒนา

(ID 10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

3. อบรมอย่างต่อเนื่องและประเมินผลภายในอย่างสม่ำเสมอ

3.1 อบรมอย่างต่อเนื่อง

จากการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนในโรงพยาบาลกรณีศึกษาพบว่าเมื่อทีมปฏิบัติการได้ศึกษามาตรฐานอย่างละเอียดทีมปฏิบัติการจะดำเนินการการอบรมบุคลากรทุกคน ให้เข้าใจหลักการรายละเอียดแต่ละมาตรฐานของมาตรฐานระดับสากลและพนักงานสามารถ

นำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้อย่างถูกต้อง วิธีการอบรมขึ้นอยู่กับเทคนิคของทีมที่ปฏิบัติการของแต่ละทีมปฏิบัติการ บางทีมใช้อบรมเชิงปฏิบัติการ หรือให้ความรู้เรื่องมาตรฐานที่ JCI กำหนดไว้ เฉพาะส่วนที่บุคลากรต้องปฏิบัติ ในการจัดการอบรมแต่ละครั้งนั้นหัวหน้าหน่วยงานต้องจัดบุคคลเข้ารับการอบรมหมุนเวียนกันไปจนครบทุกหัวข้อที่มีการจัดอบรม โดยเฉพาะหัวข้อเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่เป็นภาคบังคับให้พนักงานทั้งที่เป็นส่วนที่เป็น non-clinical และ clinical ส่วนหัวข้อที่เกี่ยวข้องด้านอื่น ๆ จะเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องนั้นเป็นผู้เข้าร่วมโดยการอบรมแต่ละครั้งมีการบันทึกว่าผู้เข้าอบรมได้เข้าอบรมจริงและมีแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม

... โดยเฉพาะหัวข้อเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่เป็นภาคบังคับให้พนักงานทั้งที่เป็นส่วนที่เป็น non-clinical และ clinical เข้ามีส่วนร่วมมีการบันทึกว่าผู้เข้าอบรมได้เข้าอบรมจริงและมีแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

...เมื่อมีการปรับแต่ละเวอร์ชันก็ต้องมีการเอามา train ใหม่ พนักงานใหม่ทุกคนก็ต้อง train แล้วมี e-learning standard ของ staff ทุกคน ข้อสอบอีกอันหนึ่งเรามี IQA เราทั้ง HA , JCI มา merge รวมกันเวลาที่เรามี audit แต่ละครั้ง ซึ่ง IQA จะมีปีละ 2 ครั้ง ในขณะที่เดียวกันเราก็มีทุก equator ที่มี IQA ในเฉพาะฝ่ายการเองด้วย ...

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ก็จะมีการอบรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประเมินภายในอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บุคลากรทุกท่านนั้นรู้สึกว่สิ่งที่ทำอยู่เป็นประจำแล้วนั้นเป็นสิ่งเราต้องทำทุกวันจนเกิดความเคยชิน และไม่รู้สึกรว่กำลังถูกตรวจสอบหรือก่อให้เกิดความเครียดด้วย และด้วยสิ่งเหล่านี้ทำให้เรามีคุณภาพที่ยั่งยืนได้ส่วนหนึ่งด้วยเพราะเราทำให้ทุกวันของการทำงานที่ทำอยู่เป็นการสร้างคุณภาพอย่างบูรณาการ

(ID8, กลุ่มผู้บริหาร)

... ถ้ามีอะไรที่ใหม่ นั้น เราจะต้องทำการวางแผนการศึกษา ก่อน จากนั้นจะทำการอบรมให้กับฝ่ายทุกฝ่ายและทุกคนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้รับรู้รับทราบเพื่อการเตรียมพร้อมในการรับมือ

(ID10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

...ฉะนั้นผลงานของหน่วยงานหรือว่าเรื่องของการพัฒนาระดับจะต้องมีการตรวจสอบและมีการ refresh เพราะว่าเมื่อมีการปรับแต่ละเวอร์ชันก็ต้องมีการเอามาอบรมความรู้อันใหม่ พนักงานใหม่ทุกคนก็ต้องมีการเทรนนิ่งกันใหม่ หรือเรียกง่ายๆคือ ถ้ามีอะไรที่มาจากใหม่นั้น เราจะต้องทำการวางแผนการศึกษาก่อน จากนั้นจะทำการอบรมให้กับฝ่ายทุกฝ่ายและทุกคนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้รับรู้รับทราบเพื่อการเตรียมพร้อมในการรับมือ

(ID10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ก็จะมีการอบรมอย่างต่อเนื่อง และประเมินภายในอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บุคลากรทุกท่านนั้นรู้สึกว่าการที่ทำอยู่เป็นประจำ และไม่รู้สึกรู้ว่ากำลังถูกตรวจสอบหรือก่อให้เกิดความเครียดกังวลด้วย และด้วยสิ่งเหล่านี้ทำให้เรามีคุณภาพที่ยั่งยืนได้ส่วนหนึ่งด้วยเพราะเราทำให้ทุกวันของการทำงานที่ทำอยู่เป็นการสร้างคุณภาพอย่างดีเลยคะ

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

ปฏิบัติตามมาตรฐานที่ถูกต้อง ต้องมีการ Update มาตรฐาน Update คุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะทุกปีมันอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานซึ่งบางสิ่งบางอย่างมาตรฐาน ถ้าตามผู้สัมภาษณ์ว่าทำอะไรให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องก็คือ จะมีการปรับปรุงให้ง่ายต่อความเข้าใจในการปฏิบัติงานจริงทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจง่ายในการถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ

(ID15, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

สร้าง Training และฝึกอบรม ซึ่งดูจากการ survey ความต้องการพัฒนาบุคลากร และความต้องการของผู้ร่วมงานอื่นเช่นแพทย์ ความต้องการของผู้รับบริการ และเรื่องของ incident report ตรงนี้ก็เอามาเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาสามารถให้พนักงานปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายองค์กรที่ตั้งไว้ เพื่อการประเมินผลที่ตรงกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

(ID5, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

3.2 ประเมินผลภายในอย่างสม่ำเสมอ

การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยการประเมินผลและติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ในแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาลจะเจ้าหน้าที่ที่เป็นตัวแทนในการพัฒนาคุณภาพ คอยเก็บรวบรวมข้อมูลและติดตามตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ฝ่ายกำหนดขึ้นมา และรายงานผลให้ทางแต่ละหน่วยงานทราบเป็นรายเดือนเพื่อความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหาผู้บริหารช่วยกระตุ้นกับข้อมูลเมื่อพบปัญหาว่าข้อมูลตัวชี้วัดไม่ตรงตามมาตรฐานที่วางไว้หรือไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะต้องมีการรายงานแนวทางแก้ไขและเหตุผลที่ทำให้เกิดปัญหาด้วย ทำให้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และตลอดเวลา ตัวแทนของหน่วยงานแต่ละส่วนมีความสำคัญมาก ในการกระตุ้นบุคลากรในหน่วยงานของตนให้ตระหนักถึงความสำคัญกับตัวชี้วัดและให้การพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งคอยเสนอแนะ แนะนำ เรื่องการนำเสนอข้อมูลจากตัวชี้วัดไปใช้ประโยชน์ในการสร้างโครงการคุณภาพต่างๆ ขึ้นมาในหน่วยงาน เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังจากการดำเนินโครงการ ก็จะมีการติดตามผลการดำเนินงานโครงการด้วย มีการใช้เครื่องมือในการทำ CQI มาใช้ในกระบวนการพัฒนาเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง

ในระดับที่ 1 คือ ให้มั่นใจว่ามีมาตรฐานคงเส้นคงวา หน่วยงานก็มีหัวหน้าคอยสอดส่องดูแล ส่วนกลางก็จะมีส่วนในการทำ *Internal quality audit: IQA* ปีละ 2 ครั้ง ... ทำให้ขยายผลในการปฏิบัติในปีถัดไป ในปีถัดไปการทำงานบางเรื่องจะยกระดับไม่ได้เป็น QA เหมือนของปีที่แล้ว ปีถัดไปก็จะดีขึ้นเรื่อยๆ คำถามๆ ว่า จะพัฒนาต่อเนื่องให้ยั่งยืนอย่างไร อันที่ 1 ในส่วนมาตรฐานของ JCI เอง เรายกระดับมาตรฐานไปขอใบรับรองเพิ่มเป็นรายโรค ...

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

... รวมทั้งมีการประเมินภายในอย่างสม่ำเสมอ ติดตามตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ฝ่ายกำหนดขึ้นมา และรายงานผลให้ทางแต่ละหน่วยงานทราบเป็นรายเดือนเพื่อความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหา ด้วยสิ่งเหล่านี้ทำให้เรามีคุณภาพที่ยั่งยืนได้ส่วนหนึ่งด้วยเพราะเราทำให้ทุกวันของการทำงานที่ทำอยู่เป็นการสร้างคุณภาพอย่างบูรณาการ

(ID8, กลุ่มผู้บริหาร)

... ทุกอย่างมีหัวข้อ audit ในนั้นหมด มันก็มีตัว monitor ฉะนั้นผลงานของหน่วยงานหรือว่าเรื่องของการพัฒนาระดับจะต้องมีการตรวจสอบและมีการ refresh เพราะว่าเมื่อมีการปรับแต่ละเวอร์ชันก็ต้องมีการเอามาอบรมความรู้กันใหม่ พนักงานใหม่ทุกคนก็ต้องมีการเทรนนิ่งกันใหม่หรือเรียกง่ายๆคือ ถ้ามีอะไรที่มาจากใหม่นั้น เราจะต้องทำการวางแผนการศึกษาก่อน จากนั้นจะทำการอบรมให้กับฝ่ายทุกฝ่ายและทุกคนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้รับรู้รับทราบเพื่อการเตรียมพร้อมในการรับมือ

(ID10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ก็จะมีการอบรมอย่างต่อเนื่อง และประเมินภายในอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บุคลากรทุกท่านนั้นรู้สึกว่าการทำอยู่เป็นประจำ และไม่รู้สึกรู้ว่ากำลังถูกตรวจสอบหรือก่อให้เกิดความเครียดกังวลด้วย และด้วยสิ่งเหล่านี้ทำให้เรามีคุณภาพที่ยั่งยืนได้ส่วนหนึ่งด้วยเพราะเราทำให้ทุกวันของการทำงานที่ทำอยู่เป็นการสร้างคุณภาพอย่างดีเลยคะ

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

ทำการตรวจสอบแผนต่างๆว่าทำได้ตามมาตรฐานหรือไม่ หรือตรวจสอบว่าบางแผนที่มีปัญหาอุปสรรคบ้าง ทำแบบนี้ทุกๆเดือนแล้วนำเสนอต่อผู้บริหารในที่ประชุมว่าเราพบอะไรบ้างแล้วแก้ไขอย่างไร หาทางแก้ไขและปรับเปลี่ยนนโยบายตามปัญหาที่พบ

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

การปฏิบัติเพียงอย่างเดียวนั้นต่อให้ขยันทำ ทำบ่อยๆก็ไม่เกิดผลดังนั้นจึงต้องมีการประเมิน/ติดตาม/ตรวจสอบ เพื่อสร้างให้เกิดเกณฑ์ในการปฏิบัติสืบต่อไป

(ID 9, กลุ่มปฏิบัติการ)

โดยทั้งนี้การประเมินนั้นจะต้องทำอย่างสม่ำเสมอทั้งในระยะเวลารายเดือน รายไตรมาส รายปี โดยที่ทำการประเมินมากขึ้นเท่าไร เรายังจะได้เนื้องานที่มีคุณภาพมากขึ้นเท่านั้นนั่นเอง และทั้งนี้อาจจะต้องแบ่งเป็นการประเมินภายใน ภายนอก องค์กรด้วย

(ID 10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

เรื่องของการติดตามและประเมินผลการ ปฏิบัติตามมาตรฐานที่ถูกต้อง ต้องมีการ Update มาตรฐาน Update คุณภาพ หรืออะไรก็ตามแต่มันไม่ใช่ที่เหมือนกันทุกปีหรือเป็นอย่างนั้นตลอดไม่ใช่ มันอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานซึ่งบางสิ่งบางอย่างเราก็จะมีการ

เปลี่ยนแปลงตามมาตรฐาน ผู้สัมภาษณ์ว่าทำอย่างไรให้มีการต่อเนื่อง ก็มีการปรับเพื่อให้ทำงานง่ายต่อความเข้าใจในการปฏิบัติเพราะบางครั้งไม่ใช่ว่ามาตรฐานมาใช้ได้เลย มันต้องแปลงออกมาให้ทำงานเขามีความรู้สึกว่ามัน OK มันเข้าใจง่ายในการถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

4. การทำงานต่อยอดจนกลายเป็นวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กร

4.1 วางแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนา

การดำเนินงานในการพัฒนางานคุณภาพอย่างยั่งยืนนั้น จากกรณีการศึกษาของโรงพยาบาลเอกชน การวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนามีส่วนสำคัญในการที่จะกำหนดทิศทางในการพัฒนา สำหรับการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนานั้นต้องเริ่มจากการที่ทีม ได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลแล้วนำมาวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา เพื่อที่จะให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งอาจจะเป็นแผน 1 ปี 3 ปี หรือ 5 ปี ตามแต่ทีมจะกำหนด เมื่อได้แผนยุทธศาสตร์แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญว่าเราจะเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเรื่องใดก่อน เรื่องใดหลัง กำหนดออกมาเป็นนโยบายมีจุดเน้นขององค์กร หลังจากนั้นถ่ายทอดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ลงสู่การหน่วยงานต่าง ๆ จากนั้นแต่ละหน่วยงานต้องมีการนำแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพไปกำหนดแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายและจุดเน้นของโรงพยาบาล และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งการที่ทุกหน่วยงานในองค์กรจะดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนององวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กรให้บรรลุได้นั้น ในส่วนของกรวางแผนยุทธศาสตร์ การกำหนดจุดเน้นหรือเข็มมุ่งและการวางแผนนโยบายจึงมีความสำคัญมากที่จะต้องมีความชัดเจนและครอบคลุมเพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพถูกทิศทาง

จริง ๆ แล้ว การวางแผนทำตามนโยบายของโรงพยาบาล ถึงในส่วนงานของเราเป็นงาน support แต่ก็จะต้องดูว่าจะไปในทิศทางไหน ทิศทางที่เราจะทำได้ด้วยกันคือ การให้บริการ แต่ต้องอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานของสากล เช่น ฟีดูเรื่องของล่ามด้วยที่จะเข้ามาทำงานกับเราก็ต้องมีการ test ในเรื่องของภาษา เรื่องของภาษา เรื่องของการแปล Medical Term และก็ต้องมีการ stamp การรู้ว่าใครเป็นคนแปล มีการลงบันทึกอย่างถูกต้อง อันนี้ก็เป็นที่ไปตามกฎสากลของ JCI

ที่กำหนดด้วย ในส่วนทั่ว ๆ ไป การบริการลูกค้าและก็พยายามที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและก็ให้ลูกค้า
รับทราบในส่วนที่ลูกค้าควรจะรับทราบในทุกเรื่อง ในสิทธิ์และประโยชน์ของลูกค้าที่จะได้

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

ปัจจุบันในแต่ละ Standard จะมีข้อกำหนดและส่วนใหญ่จะออกมาเป็นนโยบายของ
โรงพยาบาล ซึ่งได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลแล้วนำมาวางแผนยุทธศาสตร์
การพัฒนา เพื่อที่จะให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งอาจจะเป็นแผน 1 ปี 3 ปี หรือ 5 ปี

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ต้องมีการวางแผนในด้านศึกษามาตรฐานก่อน แล้วหลังจากนั้นจึงจะมีการนำมาปรับใช้
โดยการ Monitor ดูความสอดคล้องเป็นด้านๆไป แล้วไปประชุมเพื่อให้ทุกฝ่ายทราบอย่างทั่วถึงถึง
ที่ไปที่มาของการปรับใช้อย่างไร เพื่ออะไร ทำแล้วได้อะไร ใช้อะไร ขั้นตอนอย่างไรบ้าง นับว่าเป็น
การวางแผนขั้นพื้นฐานทั่วไปนั่นเอง

(ID14, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

จะต้องมีการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเพราะผมคิดว่ามีส่วนสำคัญในการที่จะ
กำหนดทิศทางในการพัฒนา ซึ่งผมคิดว่าตรงนี้เป็นส่วนสำคัญมาก...

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

...เมื่อได้แผนยุทธศาสตร์แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญว่าเราจะเน้นการพัฒนาอย่าง
ต่อเนื่องเรื่องใดก่อน เรื่องใดหลัง กำหนดออกมาเป็นนโยบายมีจุดเน้นขององค์กร เพื่อที่จะให้
เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

(ID8, กลุ่มผู้บริหาร)

ซึ่งการที่ทุกหน่วยงานในองค์กรจะดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองของวิสัยทัศน์
พันธกิจขององค์กรให้บรรลุผลได้นั้นการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนามีส่วนสำคัญเพราะผู้
ปฏิบัติงานอย่างเราจะไม่มีทิศทางเดียวกัน

(ID 9, กลุ่มปฏิบัติการ)

.... ถ่ายทอดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ลงสู่หน่วยงานต่าง ๆ จากนั้นแต่ละหน่วยงาน ต้องมีการนำแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพไปกำหนดแผนการดำเนินงานให้ สอดคล้องกับเป้าหมายและจุดเน้นของโรงพยาบาล และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ ชัดเจน เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(ID10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

4.2 ทำโดยใช้เครื่องมือกระตุ้น

ในการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนขององค์กรที่เป็นกรณีศึกษามีการใช้แนวคิดในเรื่องของการจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนา โดยใช้เครื่องมือกระตุ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่าง ยั่งยืนทั่วทั้งองค์กร และเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเครื่องมือที่ถูกกล่าวถึงอย่างมากในองค์กร เช่น 5ส การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) แนวทางการปฏิบัติ (critical practice guideline) แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วย (critical path way) เครื่องมือสำคัญการพัฒนาเพื่อความยั่งยืน (SHA) รายงานอุบัติการณ์ (*Incident report Evidence base SWOT*) รวมถึงแบบตรวจสอบและ แบบประเมินผล

การโรงพยาบาลต้องไปเรื่อย ๆ ไม่ใช่แง่ของธุรกิจแต่เป็นในแง่ของการพัฒนาคุณภาพ เหมือนกับการทำตัวคุณภาพด้านอื่น ๆ การจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนา เช่น 5ส หรือ ISO Routine to Research (R2R) ยิ่งจะทำให้เราขึ้นไปสู่วิชาการมาตรฐานคุณภาพระดับสากลเราก็ควรที่จะ เอาอะไรเข้ามาปรับปรุงให้สามารถใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

(ID18, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

... อย่างการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานไม่ว่าจะ HA, JCI เสร็จแล้วทำยังไงที่เขาจะเรียนรู้ อย่างของโรงพยาบาลเอกชนจะมองว่าถ้าสมมุติเป็นเรื่องของ Research นี้ในระดับหน่วยงานเอง จะยังไม่เกิดขึ้นถึง Complete ขนาดนั้น แต่ว่าทำยังไงให้เขาได้เรียนรู้จากหน่วยงานว่านำข้อมูลที่มี หรือสิ่งที่เขาได้ไปอ่านได้ไปเรียนรู้จากที่อื่นจาก Journal จากเอกสารวิชาการทั้งหลายมาปรับปรุง พัฒนาตอนพัฒนาก็ทำเรื่องของการทำ R2R ระดับหน่วยงาน

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

ที่มุ่งให้เกิดการดูแลคนไข้ให้ดีขึ้นไปอีก ซึ่งตรงนี้เราเอามาจาก *critical practice guideline* และออกมาเป็น *critical path way* และออกแบบและขอการรับรองเพิ่มแล้วเราก็ได้

JCI ในส่วนของโรงพยาบาล และ JCI ในส่วนของโรค เป็นรายโรคทั้งหมด 5 โรค ปีนี้เราจะขอเพิ่มอีก 1 โรคเป็น 6 โรค นี่คือการที่จะหาการพัฒนาให้มันยั่งยืนไปเรื่อยๆ

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

เราก็จะใส่ SHA เข้าไป ทำให้ภูมิใจที่ทำงานในหน่วยงานที่รักคนไข้ บางคนบอกว่าทำ JCI, HA แล้วเหนื่อยเหลือเกิน เพราะทำแล้วเขาไม่มีความสุขเขาก็หนีไปอยู่โรงพยาบาลที่ไม่มีมาตรฐาน JCI ดีกว่า และการที่เราทำมาตรฐานตรงนี้ได้แน่ๆ คือ นโยบายที่ทำให้คนไข้ปลอดภัย แต่สิ่งที่เขาได้คือเขาให้การรักษาคอนไชน์ที่ดีที่สุด เขามีความสุขจากการให้ คือ we care we give we grow ทำให้เขามีความสุข

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

เรื่องของ Incident report ตรงนี้ก็เอามาเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาสามารถให้พนักงานปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายองค์การที่ตั้งไว้ เพื่อการประเมินผลที่ตรงกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

(ID5, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

ต้องมีการตรวจสอบและประเมินผลในด้านของแบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งในด้านทั่วไป การลงบันทึกของลูกค้านต่างชาติ การตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารต่างๆ เช่น แผ่นพับ ใบปลิว ต่างๆ ทั้งนี้เพื่อลดความสูญเสียจากการสื่อสารที่ผิดพลาด อันทำขาดความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาลได้ และเนื่องจากเป็นการให้บริการด้านสุขภาพจึงอาจจะมีผลเสียที่ประเมินค่าด้วยเงินทองไม่ได้

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

การจัดทำ SWOT นั้นเอง โดยที่อาจจะแบ่งเป็นประเมินผลงานรายฝ่าย และรายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงการประเมินแบบสุ่ม เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้บุคคลากรนั้นเกิดการตั้งตัวได้ ที่ต้องทำเช่นนี้เพราะว่าการที่บุคคลากรตั้งตัวได้นั้นจะส่งผลกระทบต่อข้อมูลของการประเมินที่ไม่จริงหรือบิดเบือนขึ้นได้นั่นเอง

(ID 10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

4.3 ติดตามและประเมินตนเองหาโอกาสพัฒนาตลอดเวลา

จากการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนในโรงพยาบาลกรณีศึกษาพบว่าผู้บริหารของโรงพยาบาล เน้นให้ปฏิบัติงานทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงาน หรือคนงาน รู้จักและให้ความสำคัญกับการประเมิน หรือที่เรียนว่า Self assessment โดยการประเมินตนเองจะต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ทำจนเกิดเป็นกิจวัตรประจำวัน การประเมินตนเองจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ทำอยู่ผู้บริหารสอนและฝึกให้ทุกคนประเมินตนเองเป็น ให้เริ่มจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง งานที่ทำอยู่ทุกวัน ประเมินตนเองว่ามีจุดดี จุดด้อยอะไรบ้าง มีอะไรที่แตกต่างจากมาตรฐาน ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และควรได้รับการแก้ไข วิเคราะห์ผลต่างจากช่องว่างของการทำงาน หาสิ่งที่ควรพัฒนา ผู้บริหารเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการประเมินอย่างต่อเนื่อง ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลจึงต้องเขียนการประเมินตนเอง และส่งให้ฝ่ายการพยาบาลทุกปี เพื่อดูความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ และผู้บริหารให้ความสำคัญกับเรื่องของข้อมูล ทุกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน เน้นย้ำให้นำข้อมูลที่เป็นตัวเลขมาใช้ในการแก้ไขปัญหา มีการตั้งเกณฑ์การประเมินผลและติดตามผลหลังได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วย เช่น ข้อมูลเรื่องเสียงของผู้รับบริการ เครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินตนเองคือ SWOT เมื่อประเมินตนเองแล้ว รู้ว่ามีปัญหาตรงไหน จุดอ่อนอะไร หน่วยงานจะเลือกจุดนั้นมาเป็นเรื่องแรกที่จะทำการพัฒนา ทำเป็นโครงการต่าง ๆ ขึ้นมา กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และมีการติดตามผลหลังดำเนินโครงการ โดยประเมินตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับปัญหาที่เกิดขึ้นและจะได้แก้ไขอย่างรวดเร็ว

อย่างแรกต้องทำการตรวจสอบอะไรที่เราไม่มีหรือขาดไปก่อนเป็นขั้นแรก เพื่อให้การตรวจสอบความพร้อมเกิดการปฏิบัติงานที่ง่ายและเกิดความรวดเร็ว ว่องไวขึ้น ทั้งนี้ยังสามารถช่วยลดขั้นตอนและเพื่อลดระยะเวลาของการทำงานให้สั้นลงอย่างดีเลย ทั้งนี้แล้วยังหวังผลให้เหลือเวลาในการปฏิบัติในขั้นตอนของการปรับปรุงให้มากขึ้นเพื่อผลของการปฏิบัติงานที่สูงขึ้นนั่นเอง แต่ทั้งนี้การตรวจสอบนั้นต้องมีการวางแผนมาอย่างดีทั้งนี้เนื่องจากว่า โรงพยาบาลนั้นเป็นสถานที่เกิดการปฏิบัติตลอด 24 ชั่วโมงตามที่ทราบนะค่ะ ทั้งนี้การปฏิบัติงานด้านการตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุง จึงต้องไม่ทำให้เกิดการกีดขวางการปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละฝ่ายและทั้งนี้ยังทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่พึงประสงค์ต่อคุณภาพนั้นไม่สามารถที่จะปิดบัง หรือรู้ตัวได้ถึง การประเมินหรือตรวจสอบได้ มิเช่นนั้นแล้ว เราจะไม่สามารถได้ข้อมูลที่แท้จริง และนั่นย่อหมายถึง การแก้ปัญหาที่อาจจะไม่ถูกจุดและอาจจะเป็นการสร้างต้นทุนให้เพิ่มขึ้นได้ โดยการปฏิบัติงาน

ของเรานั้นเน้นเรื่องการทำให้ประสิทธิภาพสูงขึ้นสวนทางกับต้นทุนในการปฏิบัติงานที่น้อยลง เพื่อเป็นการลดต้นทุนในทุกๆด้านที่อาจจะไม่จำเป็นออกไปได้นั้นเองค่ะ

(ID 12,กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

... จากการปฏิบัติ สมมติถ้าคนไข้เจ็บหน้าอกเข้ามาทำอะไร หน่วยงานไม่รู้จะทำอะไร หรือรู้ว่าอะไรแต่ทำผิดขั้นตอน ส่งคนไข้ไปผิดที่อย่างนี้คือ valiant เมื่อหน่วยงานทบทวนจำเป็นต้องกลับไปสภาพเดิมของ QA ที่เรากำหนดไว้ ทุกครั้งเขาจะถามเรื่องของ compliant ของหน่วยงานที่ปฏิบัติตามมาตรฐานตรงนี้

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

จะมีการจัดการในเรื่องของตัวมาตรฐานที่เราจะใช้ แยกประเภทออกมาตามฝ่ายของการ ตัวเองที่จะต้องปฏิบัติ เพื่อให้แต่ละฝ่ายทราบว่าฝ่ายของตัวเองนั้นต้องทำหน้าที่อะไรบ้าง และสามารถทำการ Monitor ได้ออกว่าฝ่ายของตนเองนั้นมีข้อเด่นและข้อด้อยที่ต้องปรับปรุงตรงไหนบ้าง

(ID 12,กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ต้องมีการวางแผนในด้านศึกษามาตรฐานก่อน แล้วหลังจากนั้นจึงจะมีการนำมาปรับใช้ โดยการ Monitor ดูความสอดคล้องเป็นด้านๆไป แล้วไปประชุมเพื่อให้ทุกฝ่ายทราบอย่างทั่วถึงถึง ที่ไปที่มาของการปรับใช้อย่างไร เพื่ออะไร ทำแล้วได้อะไร ใช้อะไร ขึ้นตอนอย่างไรบ้าง นับว่าเป็น การวางแผนขั้นพื้นฐานทั่วไปนั่นเอง

(ID14, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ต้องศึกษามาตรฐาน แล้วหลังจากนั้นจึงจะมีการนำมาปรับใช้โดยการคัดกรองดูความ สอดคล้องเป็นด้านๆและเป็นฝ่ายๆไป ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมทั้งทางด้านเวลาและองค์ความรู้เดิม ของเรา เพื่อให้การวางแผนการพัฒนานั้นมีประสิทธิภาพที่ดี จากนั้นจึงจะประชุมเพื่อให้ทุกฝ่าย ทราบอย่างทั่วถึงถึงการนำหลักการใดๆมาใช้ได้

(ID15, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ในฐานะที่มีส่วนร่วมอยู่ตอนที่โรงพยาบาลขอรับรองมาตรฐานที่ตอบได้คือโรงพยาบาล ต้องไปเรื่อยๆ ไม่ใช่แง่ของธุรกิจแต่เป็นในแง่ของการพัฒนาคุณภาพ เหมือนกับการทำตัวคุณภาพ

ด้านอื่นๆ เช่น 5ส หรือ ISO ในส่วนของการรักษาคุณภาพมันจะมีอะไรที่ทำให้เราให้ทำเพิ่มไปอีกเรื่อยๆ ยิ่งถ้าจะทำให้เราขึ้นไปสู่ในมาตรฐานคุณภาพระดับสากลเราก็ควรที่จะเอาอะไรเข้ามาปรับปรุงให้สามารถใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

(ID 9, กลุ่มปฏิบัติการ)

ทำการตรวจสอบแผนกต่างๆว่าทำได้ตามมาตรฐานหรือไม่ หรือตรวจสอบว่าบางแผนกที่มีปัญหาอุปสรรคบ้าง ทำแบบนี้ทุกๆเดือนแล้วนำเสนอต่อผู้บริหารในที่ประชุมว่าเราพบอะไรบ้างแล้วแก้ไขอย่างไร หากทางแก้ไขและปรับเปลี่ยนนโยบายตามปัญหาที่พบ

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

การติดตามประเมินผล ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานทำให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาและทราบได้ถึงความคืบหน้าของการพัฒนาด้านประสิทธิภาพของการทำงานเพื่อที่จะนำมาปรับปรุง แก้ไข นโยบายให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย

(ID8, กลุ่มผู้บริหาร)

ทั้งนี้นอกจากการวางแผนด้านนโยบายที่ดีแล้วนั้นสิ่งที่ขาดไม่ได้เลยนั้นคือยังต้องมีการติดตามประเมินผลเพื่อเป็นการชี้วัดได้อย่างหนึ่งได้ว่าแผนที่เราได้วางและร่างออกมาเป็นนโยบายนั้นเกิดประสิทธิผลในด้านการสร้างประสิทธิภาพต่อผลงานและองค์การอย่างไรบ้าง

(ID 10,กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

มาตรฐานต่างๆที่เราได้ทำมานั้น มันเป็นการเรียนรู้มาจากความล้มเหลว และ Topic แต่ละอย่างนั้นในมาตรฐานของตัวเองจะเป็นตัวชี้วัดถึงการทำอะไรแล้วสำเร็จ ทำอะไรไม่สำเร็จเราก็ติดตามและประเมินผลก่อนที่จะทำการปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติม

(ID 11,กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การติดตามและประเมินผลนั้นมันเป็นการเรียนรู้มาจากความล้มเหลวในอดีตที่เราได้รับจากการขอในครั้งแรก เพราะในการขอครั้งแรกนั้นเรายังไม่มีความรู้มากเท่าตอนนี้ก็ตามแต่ถึงจะมีความรู้มากกว่าเดิมจากในตอนนั้น ตอนนั้นเรายังอดตื่นเต้นที่จะพบกับการประเมินไม่ได้เลยเพราะการประเมินมันจะมีอะไรเปลี่ยนแปลงไปเสมอๆ ข้อเด่นของเราที่เคยดีอาจจะกลายเป็น

ข้อดีอยู่ไปเลยก็เป็นไปได้ ถ้าเราไม่มีการรักษาคุณภาพมันไว้ให้ดี หรือปรับปรุงอยู่เสมอๆ ดังนั้น การประเมินผลนั้นจะประเมินในสิ่งที่เราเคยดี มากกว่า เพราะนั่นหมายความว่า เรามีความใส่ใจ ข้อเด่นอยู่เสมอ ไม่ใช่เด่นแล้วพอเลยก็ไม่ใช้มันต้องมีการรักษาดูแลกันตลอด แม้กระทั่งข้อดีของเรา เราก็ต้องปรับปรุงให้ดีขึ้นเรื่อยๆนั่นเอง

(ID14, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การประเมินติดตาม/ตรวจสอบ ที่ในอดีตนั้นเราเคยผิดพลาดจากการที่ไม่มีการประเมินที่ละเอียดและต่อเนื่องมันจึงส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานให้เกิดความต่อเนื่องได้นั่นเอง ด้วยเหตุนี้เราจึงเน้นไปที่การปฏิบัติไปแก้ไข เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาหน่วยงานที่สามารถทำได้อย่างรวดเร็วในทันทีค่ะ

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

5. การทำงานคุณภาพด้วยความสุข

5.1 สนุกกับการทำงานคุณภาพ

การทำให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนนั้นต้องเริ่มจากใจของทุกคน ถ้าทุกคนมีใจที่จะทำงาน มีความสนใจ ใส่ใจเรียนรู้ปัญหา ค้นหาแนวทางแก้ไข โดยเริ่มต้นจากการสร้างบรรยากาศในการทำงานคุณภาพให้เป็นบรรยากาศแบบพูดคุยกันได้ทุกเรื่อง ทุกคนสามารถแสดงออกด้านความคิดเห็นได้ เริ่มต้นการพัฒนาจากสิ่งใกล้ตัวและพัฒนาในสิ่งที่จะเกิดประโยชน์กับตัวผู้ปฏิบัติงานด้วยเป็นการทำงานที่ไม่เพิ่มภาระงานที่มีอยู่เดิม ทำให้งานง่ายขึ้น เป็นระบบมากขึ้น ให้เวลากับการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสมดุลและความสนุกในการทำงานพัฒนาคุณภาพ ก็จะสามารถดึงดูดให้คนอยู่กับงานที่ทำและงานจะก้าวหน้าและประสบความสำเร็จ ความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพ

.... การบริหารความเสี่ยงจะไม่มีกล่าวโทษเจ้าหน้าที่ ทำอย่างไรก็ได้ให้เขามีความสุขและ ก็สนุกกับการทำงานคุณภาพโดยการใช้ Positive

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

ช่วงนั้นเราทำ JCI ติดตามระบบคุณภาพ ณ ขณะนั้น เรื่องคุณภาพของอย่างอื่นที่ได้ทำก็ ยังไม่ได้มีอะไรเพิ่ม เช่น ระบบมาตรฐานสากล ตอนนั้นเราต้อง maintain ระบบตรงนี้ให้เกิดเป็น วัฒนธรรมการปลอดภัยเรื่องของมาตรฐานเข้าสู่ระบบสากล โดยเริ่มต้นจากการสร้างบรรยากาศ ในการทำงานคุณภาพให้เป็นบรรยากาศแบบพูดคุยกันได้ทุกเรื่อง ทุกคนสามารถแสดงออกด้าน ความคิดเห็นได้

(ID5, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

ทำให้ภูมิใจที่ทำงานในหน่วยงานที่รักคนไข้ บางคนบอกว่าทำ JCI, HA แล้วเหนื่อย เหลือเกิน เพราะทำแล้วเขาไม่มีความสุขเขาก็หนีไปอยู่โรงพยาบาลที่ไม่มีมาตรฐาน JCI ดีกว่า และการที่เราทำมาตรฐานตรงนี้ได้แน่ๆ คือ นโยบายที่ทำให้คนไข้ปลอดภัย แต่สิ่งที่เขาได้คือเขา ให้การรักษาคนไข้ที่ดีที่สุด เขามีความสุขจากการให้ คือ we care we give we grow ทำให้เขามี ความสุข

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

พัฒนาในสิ่งที่จะเกิดประโยชน์กับตัวผู้ปฏิบัติงานด้วยการทำงานที่ไม่เพิ่มภาระงานที่มีอยู่ เดิมทำให้งานง่ายขึ้น เป็นระบบมากขึ้น ให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพเพราะเริ่มสิ่งใกล้ ตัวทำให้ทุกคนมีความสนใจ ใส่ใจเรียนรู้ปัญหา ค้นหาแนวทางแก้ไขเป็นระบบมากขึ้น ให้ความสำคัญ การพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสมสุขและความสนุก

(ID 11, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

5.2 สร้างแรงจูงใจเชิงบวกในการทำงาน

จากการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนในโรงพยาบาลกรณีศึกษาพบว่าพนักงานจะมี ระดับของความพยายามสูงที่จะรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างความพยายาม – ผลการทำงาน การ ทำงาน –รางวัล ตลอดจนรางวัล- เป้าหมายส่วนตัว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการเสริมแรงจะเข้ามา เกี่ยวข้องโดยระลึกว่ารางวัลขององค์กรจะเสริมแรงการทำงานเฉพาะบุคคลถ้าการจัดการมีการ ออกแบบการให้รางวัล ซึ่งพนักงานมองว่ามีค่าตอบแทนการทำงาน รางวัลนั้นจะเสริมแรงและ กระตุ้นให้เกิดการทำงานที่ต่อเนื่อง ซึ่งการเสริมแรงทางบวกที่พบ เช่น เงิน การยกย่อง ชมเชย การยอมรับนับถือ งานที่มีความรับผิดชอบมากขึ้น การประกาศเกียรติคุณ ซึ่งองค์กรจะไม่ มีการชู้จะลงโทษ หรือการประจานในที่ประชุม

... การตรวจ IQA ก็คือการตรวจคุณภาพภายในกันทุกปี แล้วก็เรื่องเวลาที่มีการพัฒนาคุณภาพ หรือการบริหารความเสี่ยงจะไม่มีกั้วโทษเจ้าหน้าที่ ทำอย่างไรก็ได้ให้เขามีความสุข และก็สนุกกับการทำงานคุณภาพโดยการให้ Positive

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

โดยเฉพาะสำหรับบางองค์การที่ยึดมั่นอย่างหนักแน่นที่จะนำไปใช้ในการขึ้นเงิน เดือน หรือให้ผลตอบแทนพิเศษ แต่ทั้งนี้โรงพยาบาลของเรานั้นจะนำผลการประเมินไปพัฒนาเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงงานเป็นสำคัญ และแน่นอนจะออกแบบระบบการประเมินผลเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงงาน หรือเป็นกระจกสะท้อนให้พนักงานแต่ละคนเห็นตัวตนของตัวเองในรอบเวลาที่ผ่านมานั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสะท้อนภาพให้รอบด้าน เหมือนกระจกที่วางอยู่รอบตัว และมีรายละเอียดทั้งข้อดีที่ควรรักษาไว้ และข้อบกพร่องผิดพลาดที่ควรปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นในรอบเวลาการประเมินถัดไป

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การให้ความสำคัญกับพนักงานเป็นสิ่งที่ต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามธรรมชาติ การให้ความสำคัญบางประการนั้น อาจจะเป็นสิ่งที่จับต้องได้และคุ้นเคยกันอยู่ เช่น พวงรางวัล หรือการยกย่องต่างๆ แต่การให้ความสำคัญกับพนักงานนั้นบางครั้งก็ไม่สามารถที่จะจับต้องได้ และสิ่งที่ไม่สามารถจับต้องได้นี้แหละครับที่อาจจะมีค่ามากกว่าสิ่งที่จับต้องได้ด้วยซ้ำ เมื่อผู้บริหารสามารถให้ความสำคัญกับพนักงานในบริษัทได้อย่างถูกวิธีแล้ว เราจะพบว่าพนักงานเหล่านั้นจะมีความยินดีและกระตือรือร้นในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะด้วยความพร้อมในการเข้าไปแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเองมากขึ้น แทนที่จะนำปัญหานั้นย้อนกลับไปให้ผู้บริหารอยู่ตลอดเวลา เมื่อพนักงานรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองก็ย่อมที่จะให้ความสำคัญกับคุณภาพของงานที่ตนเองทำ รวมถึงชื่อเสียงของตนเองด้วย

(ID15, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

มี Reward ให้เค้าว่าเค้าจะทำได้ถึงจุดหนึ่งต้องมีของรางวัลหรือว่า บางทีอาจจะไม่ใช่เงินนะคะ ทำให้คนอื่นรู้ว่าเค้าทำดี มันจะเป็นอะไรที่เป็นกำลังใจการพัฒนาคนนะคะ แล้วเราก็จะมีในเรื่อง process อีก ถ้าใครในหน่วยงานเราก็จะมีว่า 3 เดือนเนี่ย ถ้าใครคิด Project ที่จะทำให้งานมันดีขึ้นได้ ก็จะมีรางวัลสำหรับตรงนั้น บางทีไม่ใช่เงินอาจจะในวันหยุดเพิ่มอีก 1 วัน ก็คือเรา

ต้องกลุ่มคน กลุ่มไหนต้องการอะไรด้วยนะคะ จริง ๆ แล้วน้องหน่วยงานบางที่อยากจะหยุดติดกัน 2-3 วัน เพราะว่าเป็น generation ใหม่เนี่ย คำค่อนข้างที่จะคิดไม่เหมือนเรา

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

มีรางวัลล่อใจ หรือรางวัลสำหรับหน่วยงานใด ฝ่ายใด ที่ทำผลงานเกิน 80% จากที่ตั้งค่า การประเมินไว้ ถือว่าได้เรียกขวัญกำลังใจและสร้างคุณภาพไปในตัว ทั้งนี้ยังก่อให้เกิดความสนุกสนานของการสร้างคุณภาพทดแทนการสร้างความคิดให้กับบุคคลากรได้ไปในตัวนั่นเอง

(ID 10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

IQA ไปตรวจบอกว่าคุณตก คุณผ่าน แต่ว่าทำยังไงให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันมากกว่าจะไม่มีการลงโทษ

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

ประเด็นที่ 2 กลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน

วิธีการพัฒนา และ กลยุทธ์ในการพัฒนาขององค์กรที่เป็นกรณีศึกษาเพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเอกชนระดับสากลอย่างยั่งยืน สำหรับโรงพยาบาลกรณีศึกษาได้มีการดำเนินการพัฒนามาเป็นระยะโดยมีวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนาภาพอย่างยั่งยืนโดยมีโครงการ/กิจกรรม ที่ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

การปฏิบัติจริงคือประสบการณ์ที่ทำให้สามารถมองออกได้ว่าหลักการปฏิบัติงานที่ต้องทำหรือปรับปรุงตรงส่วนไหนตั้งนั้นเพื่อรักษาคุณภาพหรือทำคุณภาพให้ได้คุณภาพอย่างยั่งยืน รูปแบบการลงมือปฏิบัติจริงที่เป็นกิจกรรม หรือโครงการที่เราทำทุกๆวันนั้นคือกิจวัตร แต่กิจวัตรคือการทำกิจกรรมที่เป็นการฝึกตนเองให้รู้จักทำตามระบบที่แนวทางนโยบายได้กำหนดไว้นั่นเอง และถ้ายึดถือการปฏิบัติไปเช่นนี้เรื่อยๆแล้ว ก็จะทำให้การพัฒนาคุณภาพที่ดีอยู่แล้วดีได้ตลอดไปและจะเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ด้วยเหตุนี้โครงการและกิจกรรมที่ทำมาอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลที่ได้จัดทำขึ้นมานั้น จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ ต้องการให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการควบคุมให้คุณภาพขององค์กรโดยรวมนั้นคงอยู่และเป็นการพัฒนาส่วนที่บกพร่อง ลึกลงไปตามระยะเวลาได้รับการแก้ไข ปรับปรุง ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อเป็นการประเมินคุณภาพให้เป็นไป

อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อย่างบูรณาการ ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรม 2) ผู้บริหารพบพนักงาน 3) ผู้บริหารพบปะพนักงานอย่างทั่วถึงโดยลงพื้นที่ปฏิบัติงาน 4) กิจกรรมการติดตามคุณภาพการดำเนินงาน 5) การทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 6) กิจกรรมการตรวจคุณภาพภายในองค์กร 7) การประชาสัมพันธ์ 8) การทดสอบระดับความเข้าใจ (9) จัดเวทีให้พบปะพูดคุย

ทางผู้บริหารจะมีเวทีที่เรียกว่า ผู้บริหารพบพนักงาน ทุกวันพุธ เมื่อ ก่อนที่จะขอ ผู้บริหารมาแล้วให้ฟังว่าทางเมืองนอกกับทางโรงพยาบาลอื่น ๆ ในแถบเอเชียจะขอ Accredited กับ JCI ว่ามันคืออะไร แล้วเอามาเล่าให้พนักงานฟัง เสร็จแล้วก็จะเล่าว่าทางโรงพยาบาลเราก็มีแผนที่จะขอ หลังจากนั้นพนักงานก็เริ่มรับรู้แล้วว่าเราจะขอ Accredited กับ JCI ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่างๆ เข้าร่วมกันในการดูแลเกี่ยวกับมาตรฐานต่างๆ เพื่อที่จะขอ Certificate จาก JCI มา ก็จะมีระดับหัวหน้างาน มีระดับผู้บริหารเข้ามาช่วยกัน และแยกกันไปทำใน Standard ของแต่ละมาตรฐาน หลังจากนั้นก็กำหนดออกมาเป็นมาตรฐานที่แน่นอนแล้วก็จะเอามาคุยกับพนักงาน

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

1 ชั่วโมง สำหรับทุกวันพุธ แต่นอกเหนือจากนั้นผู้บริหารก็คือ ลักษณะเป็น Walk and talk ก็จะเดินไปตามหน่วยงานทั่วทั้งโรงพยาบาลประมาณว่าพร้อมหรือยัง มีอะไรตรงไหน สำหรับมาตรฐานข้อไหนที่มีปัญหาผู้บริหารจะเดินไปตามหน่วยงานทั่วทั้งโรงพยาบาลที่ว่าจะอยากเสริมอยากเพิ่มอะไรหรือเปล่านั้นก็จะขอความเห็นจากพนักงาน สิ่งนี้ทำให้พนักงานในโรงพยาบาลมีความสุขมาก เพราะผู้บริหารไม่ได้ทำงานนั่งโต๊ะอย่างเดียว แต่มีความตั้งใจลงพื้นที่ ออกเดินหาข้อมูลด้วยตัวเอง ส่งผลต่อภาพผลและทำให้การทำงานนั้นราบรื่นขึ้น และเป็นการลดความขัดแย้งระหว่างการทำงาน

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

พนักงานจะได้รับการอบรม 100% เสร็จแล้วจะมีการสอบผ่านทาง Intranet เป็น E-learning อบรมพนักงานและจะมีการทดสอบและสอบดูว่าใครผ่านหรือไม่ผ่านหลังจากสอบแล้ว หัวหน้าก็จะลงมานิเทศ กำกับดูการทำงานของคุณน้องอีกทีว่าทำได้ตรงตามมาตรฐานหรือเปล่า ผู้บริหารก็จะเดิน Walk and Talk ดูว่าทำได้หรือไม่ ตรงไหนมีปัญหา ก็แก้ไขกันไป แสดงถึงการใส่ใจกับพนักงานมากที่สุด นี่แหละคือผู้นำที่ลูกน้องต้องการและยอมเหนื่อยทำงานให้อย่างแน่นอน

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

หน่วยงานที่พี่ก็จะเน้น Training เสร็จแล้วก็ต้องคอย Monitor คำ โดยที่เราจะต้องมีเป้าหมายให้คำ มี Reward ให้คำว่าการทำได้ถึงจุดหนึ่งต้องมีของรางวัลหรือว่า บางทีอาจจะไม่ใช่เงินนะค่ะ ทำให้คนอื่นรู้ว่าคำทำดี มันจะเป็นอะไรที่เป็นกำลังใจการพัฒนาคนนะค่ะ แล้วเราก็จะมีในเรื่อง process อีก ถ้าใครในหน่วยงานเราก็จะมีว่า 3 เดือนเนี่ย ถ้าใครคิด Project ที่จะทำงานมันดีขึ้นได้ ก็จะมีรางวัลสำหรับตรงนั้น บางทีไม่ใช่เงินอาจจะเป็นวันหยุดเพิ่มอีก 1 วัน ก็คือเราต้องกลุ่มคน กลุ่มไหนต้องการอะไรด้วยนะค่ะ จริง ๆ แล้วน้องหน่วยงานบางที่อยากจะหยุดติดกัน 2-3 วัน เพราะว่าเป็น generation ใหม่เนี่ย คำค่อนข้างที่จะคิดไม่เหมือนเรา

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

เราก็ต้องมีการ Training น้อง เพื่อที่จะให้น้องรับ Concept การพัฒนาคุณภาพที่เราขอรับรองว่ามีคุณภาพว่าถ้าคำทำแล้วเกิดความปลอดภัยกับคนไข้ ถ้าเกิดว่าน้องเห็นพร้อมต้องกันกับเราว่ามันมีประโยชน์ เขาก็สามารถที่จะยอมรับ และมีความใฝ่รู้ที่จะศึกษาคุณภาพหรือมาตรฐานนั้นๆ คือหลังจาก Training แล้วก็ปฏิบัติตามมาตรฐาน หลังจากนั้นก็จะมีการ Monitor ว่ามีข้อผิดพลาดหรือไม่อย่างไร

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

บุคลากรทุกท่านจะมีการ Monitor audit เพิ่ม เรื่องของ medical record audit พนักงานใหม่ทุกคนก็ต้อง train train แล้วมี e-learning standard ของ staff ทุกคน เป็นมาตรฐานที่ทุกคนจะได้รับ เพื่อเป็นกรอบพื้นฐานด้านคุณภาพของ Profile บุคลากรแต่ละท่าน จะต้องถูกปฏิบัติเหมือนกัน ตั้งแต่ฝ่ายบริหารไปจนถึงฝ่ายปฏิบัติการเลยทีเดียว

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

พนักงานใหม่ทุกคนก็ต้อง train แล้วมี e-learning standard ของ staff ทุกคน ข้อสอบอีกอันหนึ่งเรามี IQA เราทั้ง HA , JCI มา merge รวมกันเวลาที่เรามี audit แต่ละครั้ง ซึ่ง IQA จะมีปีละ 2 ครั้ง

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ปัจจุบันในแต่ละ *standard* จะมีข้อกำหนดและส่วนใหญ่ออกมาเป็นนโยบายของโรงพยาบาล มันก็จะเป็นกฎหมายเมืองของโรงพยาบาลนี้ว่าใครควรทำอะไรอย่างไร มันก็จะมี *monitor audit* เพิ่ม *monitor* ในหลาย ๆ เรื่อง

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การทำ CQI เพื่อส่งงานมาที่ศูนย์คุณภาพเพื่อการตรวจอย่างเดียว แต่พอเราเริ่มมีการให้หน่วยงานภายนอกเข้ามาตรวจก็จะทำให้เขาเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพราะอันนี้เรามีการเก็บ KPI มีการเรียนรู้

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

การทำ CQI มันก็เป็นเรื่องหนึ่งแต่เป็น CQI ภาพใหญ่ของโรงพยาบาล

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

เราจะพยายามผลักดันให้เขาทำให้ดีขึ้นอีก ไม่ว่าจะเป็น *innovation and CQI* ทั้งหมด ผลักดันให้ขึ้นมาให้มีการปรับปรุง และบางเรื่องมีการปรับปรุงเป็นเรื่องที่ดีมาก ทำให้ขยายผลในการปฏิบัติในปีถัดไป

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

มีการอบรมการใช้เทคนิคต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพงาน เช่น การอบรมการทำ QA, CQI และ HA เป็นต้น มีการจัดตั้งทีมคร่อมสายงานเน้นการทำงานเป็นทีม มีคู่มือต่างๆ ขึ้นมาเป็นแนวทางการปฏิบัติให้กับบุคลากร ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การตรวจ IQA ก็คือการตรวจคุณภาพภายในกันทุกปี แล้วก็เรื่องเวลาที่มีการพัฒนาคุณภาพ....

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

ข้อสอบอีกอันหนึ่งเรามี IQA เราทั้ง HA , JCI มา merge รวมกันเวลาที่เรามี audit แต่ละครั้ง ซึ่ง IQA จะมีปีละ 2 ครั้ง ในขณะที่เดียวกันเราก็มีทุก equator ที่มี IQA ในเฉพาะฝ่ายการ

เองด้วย โดยจะใช้หัวข้อเหล่านี้เป็นหัวข้อ audit, IQA ในหนึ่งจะเป็นของหน่วยงานเลย IQA score มันจะมี period คาบเกี่ยวกันว่านอกจากเรา

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ส่วนกลางก็จะมีส่วนในการทำ Internal quality audit: IQA ปีละ 2 ครั้ง เป็นระยะที่มีการ feedback กลับไปว่าไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เราจะออกเป็นคำแนะนำว่าคุณยังขาดอะไร

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

แล้วว่ามาตรฐานตัวนี้คืออะไร หรือแม้กระทั่งที่บอกกลยุทธ์ที่ให้เราเข้ามาเป็น Surveyor IQA ให้เขาเข้ามาตรวจเขาก็จะเรียนรู้ด้วยตัวเองและก่อนที่เขาจะไปตรวจใครเขาจะต้องรู้ว่ามาตรฐานคืออะไร

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

ก็จะมีกิจกรรมที่ให้พนักงานได้ทำร่วมกันซึ่งต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานนะคะ เช่นด้านการประชาสัมพันธ์กับผู้ปวยนั้นก็จะมีกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติที่เข้ามาทำงานใหม่นั้นเกิดการเข้าใจและเข้าถึงถึงหลักการปฏิบัติงานเพื่อปลูกฝังให้เกิดความคุ้นเคยกับการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่ได้ถูกวางไว้ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาลค่ะ

(ID18, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

ก็จะมีการทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานนะคะ เช่นด้านการประชาสัมพันธ์กับผู้ปวยนั้นก็จะมีกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติที่เข้ามาทำงานใหม่นั้นเกิดการเข้าใจและเข้าถึงถึงหลักการปฏิบัติงานเพื่อปลูกฝังให้เกิดความคุ้นเคยกับการปฏิบัติงานตามรูปแบบที่ได้ถูกวางไว้ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาลค่ะ

(ID16, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

ก็จะมีการทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานในแต่ละฝ่าย นะคะ เช่นของพี่จะเป็นด้านการประชาสัมพันธ์ประสานงานก็จะมีกิจกรรมที่ช่วยให้การปฏิบัติงานทำงานแบบมีระบบมากขึ้นเช่นการให้ความรู้และการบริการของเรากับผู้ปวย เพื่อที่จะให้ผู้ปวยรู้สึกว่

ไม่ได้ถูกทอดทิ้งหรือไม่ได้รับการบริการอย่างดี และเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาลที่ จึงต้องอบรมพนักงานที่ใหม่เสมอค่ะเพราะต้องทำให้เป็นวัฒนธรรมของเราเอง

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

การปฏิบัติจริงนั้นคือประสบการณ์ที่ทำให้สามารถมองออกได้ว่าหลักการปฏิบัติงานที่ต้อง ทำหรือปรับปรุงตรงส่วนไหนนั้นที่จะให้เราเรารักษาคุณภาพหรือทำคุณภาพให้ได้คุณภาพอย่าง ยิ่งยี่นคะสรุปก็คือประสบการณ์ที่ผ่านมาคือการเรียนรู้ในด้านแผนงานแต่อยู่ในรูปแบบการลงมือ ปฏิบัติจริงนั่นเองคะเลยมองว่าการปฏิบัติจริงนั่นเองที่เป็นและใช้กิจกรรม เพราะอะไรที่เราทำทุกๆ วันนั้นคือกิจวัตร แต่กิจวัตรของเรานั้นคือการทำกิจกรรมที่เป็นการฝึกตนเองให้รู้จักทำตามระบบที่ แนวทางนโยบายได้กำหนดไว้นั่นเอง และถ้ารังยัดถือการปฏิบัติไปเช่นนี้เรื่อยๆแล้ว ก็จะทำให้เรา นั้นพัฒนาคุณภาพที่ดีอยู่แล้วได้ตลอดไปคะ นี่แหละคือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(ID9, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

โครงการที่ทำกันประจำคือ การทำทุกวันให้เหมือนวันแรกที่ขอการรับรอง เพราะมันจะเรียก ความรู้สึกตื่นเต้นกับการขอการรับรอง ที่ยังจำความรู้สึกตอนนั้นได้เลยนะ มันทำให้เรารู้สึกว่า เรา กำลังจะเจอกับอะไรบางอย่าง มันทำให้เรามีไฟขึ้นอีกครั้งนึงเลยทีเดียวนะ นับว่าเป็นการเรียกไฟในกาย ออกมาได้เป็นอย่างดีเลยทีเดียวนะ ต้องขอขอบคุณผู้วางนโยบายทุกท่านที่น่ากลยุทธ์นี้ออกมาใช้

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

จัดกิจกรรมที่เหมือนกับเป็นการฝึกการขอการรับรองในทุกครั้งทำงาน เพราะการทำงาน ทุกๆวันของเรานั้นก็คือการทำงานไปพร้อมกับการแก้ปัญหาไปในทุกๆวันทำให้เราได้เปรียบเรื่อง ของความแม่นยำ ถูกต้อง ในตัวมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

(ID14, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ทำทุกวันเสมือนการขอการรับรอง สิ่งนี้เป็นเรื่องหลักนโยบายเด่นของโรงพยาบาล เนื่องจากทำให้เรานั้นเกิดความเคยชินแล้ว ยังทำให้เรานั้นไม่ตระหนกในกรณีของการขอการ รับรองซ้ำในเวลาจริงอีกด้วย

(ID15, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ก็จะมีกรอบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประเมินภายในอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บุคลากรทุกท่านนั้นรู้สึกว่สิ่งที่ทำอยู่เป็นประจำแล้วนั้นเป็นสิ่งเราต้องทำทุกวันจนเกิดความเคยชิน มีการติดตามและประเมินผลงานตามมาตรฐานการอบรมพนักงาน ทุกๆ 3 เดือน

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ส่วนมากมักจะแยกกันไปทำใน Standard ของแต่ละมาตรฐานของแต่ละฝ่ายที่รับผิดชอบ หลังจากนั้นก็กำหนดออกมาเป็นตัวมาตรฐานที่ออกมาเป็นนโยบายเพื่อบังคับใช้ พอทดสอบเสร็จก็จะมีประเมินผลทดสอบ เก็บข้อมูล นำมาวิเคราะห์ปัญหา แนวทางการแก้ไข เครื่องมือที่ใช้ รวมทั้งขั้นตอนรายละเอียดของการฝึกอบรมให้กับพนักงาน และจะนำมาเป็นวาระประชุมเพื่อออกเป็นมาตรการหรือนโยบายฉบับสมบูรณ์ต่อไป

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

ก็จะมีกรอบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประเมินภายในอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บุคลากรทุกท่านนั้นรู้สึกว่สิ่งที่ทำอยู่เป็นประจำแล้วนั้นเป็นสิ่งเราต้องทำทุกวันจนเกิดความเคยชิน

(ID8, กลุ่มผู้บริหาร)

โครงการหรือกิจกรรมที่เกิดจากขั้นตอนนี้จึงมีชื่อเรียกเล่นๆในโรงพยาบาลว่า กิจกรรมจับผิดได้แถม เพราะถ้ามีการจับผิดได้ นอกจากจะถูกตัดคะแนนแล้วบุคลากรที่จับผิดได้นั้นจะได้แถมจากการจับผิดอีกด้วย เช่น จับผิดถูกตัด 2 แดม แต่จะได้ 4 แดม จากการจับผิดแต่ทั้งนี้ต้องทำเอกสารหรือรายงานขึ้นมาที่ฝ่ายบริหารด้วย ซึ่งนั่นเป็นการทำ Feedback ของขั้นตอนในการจับผิด ถือว่าได้ข้อมูลดิบเพิ่มขึ้นอีกด้วย นับว่าเป็นโครงการที่ดีมากเลยทีเดียว

(ID 10,กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ทำการจัดกิจกรรมที่เหมือนกับเป็นการฝึกการขอการรับรองในทุกครั้ง เพื่อให้ซึมซับไปยังทุกโสต เพื่อให้การทำกรขอการรับรองมาตรฐานที่จะเกิดขึ้นนั้นไม่สร้างความเครียดให้กับบุคลากรมากเกินไป อย่างเช่นมันก็มีตั้งแต่ระดับการหาจุดประสงค์หลักๆก่อน ว่าปีนี้เราจะไปทางไหนและอย่างไร แล้วก็ทำการแยกไปตามฝ่ายแต่ละฝ่ายให้ทำการรับผิดชอบตามหน้าที่

(ID 11,กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพราะเราทำงานกันทุกวัน เหมือนกับเรามีโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาในทุกๆวันและบุคลากรทุกๆท่านนั้นสามารถที่จะได้รับการเรียนรู้และพัฒนาในทุกๆวันของการทำงาน เพราะฉะนั้นในการทำงานทุกๆวันของเรานั้นก็คือการทำงานไปพร้อมกับ การแก้ปัญหาไปในทุกๆวันนั่นเอง นับว่าเป็นกิจกรรมของบุคลากรทุกๆท่านในโรงพยาบาลเลย ที่เดียว ตั้งแต่ระดับผู้บริหารไปจนถึงแม่บ้านเลยคะ

(ID 12,กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ประเด็นที่ 3 ปัจจัย เงื่อนไข ที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนใน โรงพยาบาลเอกชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล

จากการศึกษาปัจจัย เงื่อนไข ที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ในการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนใน โรงพยาบาลเอกชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ประกอบด้วย ประกอบด้วย 1) ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและทีมผู้นำ 2) ความมุ่งมั่นของบุคลากร 3) แนวนโยบายการปรับปรุง คุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล 4) วัฒนธรรมองค์กร 5) ปัญหาและอุปสรรค 6) การ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

3.1 ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและทีมผู้นำ

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาพบว่า การจะนำพาองค์กรไปสู่การพัฒนาคุณภาพ อย่างยั่งยืนได้คือผู้บริหารและทีมผู้นำในระระเตรียมการ โดยได้มีการคัดสรรบุคคลที่มีความเข้าใจ ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ มีการเปิดรับสมัคร และมีการคัดเลือกโดยลักษณะอย่างหนึ่งที่ต้องมีคือ ความสามารถในเรื่องของการโน้มน้าวจิตใจบุคลากร ในองค์กรให้มีการทำงานพัฒนาคุณภาพ เมื่อมีการจัดตั้งทีมแล้วต้องมีการพัฒนาศักยภาพของทีมให้เข้าใจในเรื่องของมาตรฐานแต่ละ หมวด แต่ละบทย่างละเอียด ทีมต้องเป็นผู้รู้ลึก รู้จริง จึงจะสามารถนำไปถ่ายทอดให้กับผู้อื่นให้ เข้าใจได้ เมื่อมีการสร้างทีมที่เข้มแข็งแล้ว ทีมต้องลงสู่หน่วยงานต่างๆ เพื่อประสานงานให้เกิดการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานกับทีม เป็นการดำเนินงาน ในเชิงรุกของทีม ซึ่งการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลนั้นจะกระทำตามนโยบายและแผนกลยุทธ์ ของโรงพยาบาล เมื่อมีการถ่ายทอดลงมาทีมกับผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนดำเนินการ และมีการ ดำเนินการตามแผนที่ตั้งไว้ ดังนั้นในเรื่องของนโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนการดำเนินการจึงมี

ส่วนสำคัญมากในการที่จะกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน โดยต้องมีความชัดเจนในเรื่องของการดำเนินงาน การควบคุม การประเมินผลงานนั้น ๆ และรวมถึงการมีวิสัยทัศน์ของผู้ที่มีความสำคัญต่อกลุ่ม และองค์การ เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญ ต่อความสำเร็จขององค์การ หรือความล้มเหลวในการทำงาน ในแต่ละองค์การจะมีทั้งผู้นำที่เป็นทางการและผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ผู้นำที่เป็นทางการ คือ ผู้นำที่มีบทบาทตามอำนาจหน้าที่ซึ่งระบุไว้ในโครงสร้างขององค์การ ส่วนผู้นำที่ไม่เป็นทางการ คือ ผู้นำที่มีบทบาทตามอำนาจหน้าที่ที่ไม่มีปรากฏในผังแสดงโครงสร้างแต่บทบาทของ ผู้นำทั้งสองกลุ่มนี้ มีภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบโดยตรงที่จะต้องวางแผนสั่งการดูแล และควบคุมให้บุคลากรขององค์การปฏิบัติงานต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และมีผลต่อความสำเร็จของงานและองค์การ

ผู้บริหารระดับสูงเดินลงพื้นที่เพื่อสอบถามปัญหา ข้อเสนอ ข้อบกพร่องด้วยตนเอง แสดงให้เห็นถึงการเอาใจใส่พนักงานผ่านปฏิบัติการมากกว่าที่จะนั่งออกคำสั่งจากเก้าอี้ในห้องแอร์ นับว่าเป็นการบริหารงานที่ทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลนั้นเกิดความเคารพยำเกรง ทั้งนี้ยังมาอบรมพนักงานด้วยตนเองอีกด้วย

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

1 ชั่วโมง สำหรับทุกวันพุธ แต่นอกเหนือจากนั้นผู้บริหารก็คือ ลักษณะเป็น Walk and talk ก็จะไปตามหน้างานทั่วทั้งโรงพยาบาลประมาณว่าพร้อมหรือยัง มีอะไรตรงไหน สำหรับมาตรฐานข้อไหนที่มีปัญหาผู้บริหารจะเดินไปตามหน้างานทั่วทั้งโรงพยาบาลที่ว่าอยากเสริมอยากเพิ่มอะไรหรือเปล่าก็จะขอความเห็นจากพนักงาน สิ่งนี้ทำให้พนักงานในโรงพยาบาลมีความสุขมากเพราะผู้บริหารไม่ได้ทำงานนั่งโต๊ะอย่างเดียว แต่มีความตั้งใจลงพื้นที่ ออกเดินหาข้อมูลด้วยตัวเอง ส่งผลต่อภาพลบและทำให้การทำงานนั้นราบรื่นขึ้น และเป็นการลดความขัดแย้งระหว่างการทำงาน

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

ผู้บริหารต้องเป็นคนนำก่อนว่าผู้บริหารชัดเจน ว่าโรงพยาบาลเราจะไปทิศทางไหน เพราะว่าที่นี้บอกอยู่แล้วว่า คือเรื่อง Quality ของ Safety มาเป็นอันดับหนึ่ง เหมือนที่เราคุยเรื่องของสมิติเวช DNA ตัว S ตัว แรกเราบอกว่า Safety & Quality เพราะฉะนั้นทุกเรื่องก่อนที่จะคิดไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กเรื่องน้อยที่เกิดประเด็นขึ้นมาเราจะมองเรื่อง Safety & Quality ก่อนเป็นอันดับแรก อันนี้จะเป็นแนวทางหลักก็คือผู้บริหารให้ความสำคัญ

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

ผู้นำที่ดีนั้นส่งผลต่อปัจจัยในหลายๆด้าน เช่น นโยบายที่ดี แผนที่ดี แนวทางที่ดี สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานที่ดี ทำให้คุณเป็นผู้ที่น่าเอาเยี่ยงอย่างและไม่ทำให้บุคลากรได้บังคับบัญชานั้นเกิดความเหนื่อยล้า ทั้งหมดนี้จึงนำมาซึ่งระบบงานที่ดี ที่มีคุณภาพทำให้เราได้ผลของการทำงานที่ดีขึ้น เพื่อความสุขของผู้ใช้บริการที่จะได้รับการบริการอย่างดีที่สุดจากระบบงานที่ดีที่สุด ผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกลนั้นจะมองเห็นความสำคัญของการรักษาคุณภาพหรือการคงไว้ซึ่งคุณภาพของโรงพยาบาล

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การที่ผู้นำหรือผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกลนั้นจะมองเห็นความสำคัญของการรักษาคุณภาพหรือการคงไว้ซึ่งคุณภาพของ ดังนั้นแนวนโยบายจะมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ย่อมเกิดจากวิสัยทัศน์ของผู้บริหารและทีมงานที่ทำหน้าที่ในการวางแผนนโยบาย และแนวนโยบายที่ดีนั้นจะส่งผลโดยตรงต่อให้เกิดประสิทธิภาพของการปฏิบัติตาม โดยทั้งนี้จะต้องมีการศึกษาถึงความเหมาะสมของตัวนโยบายกับโรงพยาบาล กล่าวคือต้องมีการสำรวจถึงความพร้อมของโรงพยาบาลก่อนเสมอในทุกๆด้านที่จะส่งผลที่ดีและผลเสียที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนที่ดี การอบรมเพิ่มเติมความรู้และถือว่าการปรับเปลี่ยนพื้นฐานของบุคลากรในโรงพยาบาลไปในตัวด้วยนั่นเอง และเมื่อบุคลากรมีประสิทธิภาพที่เพียงพอแล้วก็ทำการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยที่จำเป็นต้องมีการสุ่มประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพและทำให้เกิดแรงผลักดันให้บุคลากรเกิดการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

(ID5, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

ผู้นำที่ดีจะต้องมีลักษณะที่เป็นผู้นำทั้งทางการแสดงออกและการกระทำทั้งนี้เพราะว่าการที่ผู้นำมีความกล้าแสดงออกถึงเจตนารมณ์ที่แน่วแน่ และมั่นคง จะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชานั้นเกิดความฮึกเหิมในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีผู้นำ ผู้สนับสนุนเป็นหัวเรือ และนอกจากนี้ยังต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์อีกด้วย อาทิเช่น การวางแผนนโยบายอันเฉียบคม วิเคราะห์ปัญหาอย่างแตกฉานอีกด้วย

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

สิ่งที่ผู้นำต้องมีคือ อันที่หนึ่ง Concept ต้องได้อันที่สองคือต้อง Positive ต้องมุ่งมั่นและต้องมี Monitor หัวหอกสำคัญคือทีมงาน ถ้าทีมนำไปทีมอื่นๆ ก็จะไปตามไปด้วย

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ผู้บริหารที่ทำให้เรานั้นได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้นอกจากวิสัยทัศน์ของผู้บริหารหรือผู้นำนั้นจะสะท้อนให้เห็นถึงวิถีคิด แนวคิด ของโรงพยาบาลจะก่อให้เกิดระบบมาตรฐานขึ้นมาและนอกจากนี้ยังจะช่วยทำให้เรานั้นเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองได้อีกด้วยเนื่องจากการที่มีผู้นำที่ดีนั้นจะส่งผลด้านบวกต่อการพัฒนาของ ผู้ได้บังคับบัญชา

(ID8, กลุ่มผู้บริหาร)

ผู้นำคือผู้ที่เป็นผู้สรรสร้างแนวทางเพื่อผู้บังคับบัญชาและผู้บังคับบัญชาจะมีขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงานที่ดีได้นั้น ย่อมเกิดมาจากการปฏิบัติของผู้นำที่เป็นแบบอย่างนั่นเอง ดังเช่น การปฏิบัติตามนโยบายที่ได้ถูกนำมาใช้ของโรงพยาบาลก็เกิดขึ้นจากความพยายามของผู้นำ ผู้บริหารชั้นสูง ที่มีเจตนารมณ์ในการต้องการพัฒนาโรงพยาบาลก้าวเข้าสู่ความเป็นสากล เพราะฉะนั้นผู้บังคับบัญชาจึงต้องมองผู้นำเป็นแบบอย่างการปฏิบัติงานนั้นจึงจะไม่เกิดความย่อ ท้อหรือเหนื่อยล้า เพราะว่าผู้ปฏิบัติงานเยี่ยงเรานั้นคือกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายนั่นเอง

(ID9, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

อันที่หนึ่ง concept ต้อง ได้อันที่สองคือต้อง positive ต้องมุ่งมั่นและต้องมี monitor โดย องค์ประกอบที่สำคัญ คือ ผู้นำ ทีมงาน แนวนโยบาย ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องปรับปรุงอย่าง สม่าเสมอ เพราะการพัฒนาอย่างต่อเนื่องนอกจากจะส่งผลต่อประสิทธิผลที่ดีแล้ว ยังส่งผลต่อการ ปรับตัวของบุคลากรให้มีความกระตือรือร้นในการที่จะตั้งใจปฏิบัติงาน เนื่องจากว่าการที่กระทำ การอันใดก็ตาม เมื่อได้ผลดังที่คาดหวังแล้วจะก่อให้เกิดความพึงพอใจและทำให้เกิดกำลังใจใน การปฏิบัติงานมากขึ้นเนื่องจากผลจากการทุ่มเทตนเอง พี่ขอยกตัวอย่างให้ฟังนะคะ อย่างเช่น การที่ผู้นำ หรือผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกลนั้นจะมองเห็นความสำคัญของการรักษาคุณภาพ หรือการคงไว้ซึ่งคุณภาพของโรงพยาบาล เพราะนั่นหมายถึงหน้าตาของโรงพยาบาลเลยนะ ดังนั้น แนวนโยบายจะมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ย่อมเกิดจากวิสัยทัศน์ของผู้บริหารและทีมงานที่ทำ หน้าที่ในการวางแนวนโยบายนั่นเอง และแนวนโยบายที่ดีนั้นจะส่งผลโดยตรงต่อให้เกิด ประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามนั่นเอง โดยทั้งนี้จะต้องมีการศึกษาถึงความเหมาะสมของตัว นโยบายกับโรงพยาบาล กล่าวคือต้องมีการสำรวจถึงความพร้อมของโรงพยาบาลก่อนเสมอในทุกๆด้านที่จะส่งผลที่ดีและผลเสียที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนที่ดี การ

อบรมเพิ่มเติมความรู้และถือว่าการปรับพื้นฐานของบุคลากรในโรงพยาบาลไปในตัวด้วย
 นั่นเอง และเมื่อบุคลากรมีประสิทธิภาพที่เพียงพอแล้วก็ทำการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยที่ต้องมี
 การสุ่มประเมินทุก ๆ 3 -4 เดือนเพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพและทำให้เกิดแรงผลักดันให้บุคลากร
 เกิดการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการประมาทที่อาจจะก่อให้เกิดผลเสียขึ้นได้นั่นเอง โดย
 ขั้นตอนนี้จะต้องมีกลยุทธ์เล็กๆน้อยๆนั่นคือ จัดให้มีการแข่งขันระหว่างฝ่ายเกิดขึ้น มีรางวัลล่อใจ
 หรือรางวัลสำหรับหน่วยงานใด ฝ่ายใด ที่ทำผลงานเกิน 80% จากที่ตั้งค่าการประเมินไว้ ถือว่าได้
 เรียกขวัญกำลังใจและสร้างคุณภาพไปในตัว ทั้งนี้ยังก่อให้เกิดความสนุกสนานของการสร้าง
 คุณภาพทดแทนการสร้างความคิดให้กับบุคลากรได้ไปในตัวนั่นเอง

(ID 10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ที่ทำให้เรานั้นได้รับการพัฒนาตนเองได้อย่างดี ทั้งนี้เป็น
 เพราะผู้บริหารนั้นได้สังเกตเห็นผลประโยชน์โดยส่วนรวมนั้นคือการทำให้โรงพยาบาลนั้นเกิด
 ประสิทธิภาพในการทำงานอย่างดียิ่งจากนโยบายที่ออกมาจากวิสัยทัศน์นั้นสะท้อนได้ถึงวิสัยทัศน์ใน
 การพัฒนาจุดแข็งและกำจัดจุดอ่อนของโรงพยาบาลออกไปที่ช่วยให้เราทำงานไม่ผิดพลาดเหมือน
 เมื่อก่อนที่จะมีระบบมาตรฐานนี้เข้ามา ถ้าเราเอามาใช้อย่างจริงจังในทุกๆส่วนของโรงพยาบาล
 และช่วยให้เราเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้อีกด้วย

(ID 11, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ขอบคุณนโยบายที่ดีที่เกิดจากทัศนคติของผู้นำที่ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติงานของ
 บุคลากรให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี ทั้งนี้เพราะผู้นำที่ดีนั้นส่งผลต่อบัจจัยในหลายๆด้าน เช่น นโยบาย
 ที่ดี แผนที่ดี แนวทางที่ดี สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานที่ดี ทำให้ดูเป็นผู้นำที่น่าเอา
 ยึดอย่างและไม่ทำให้บุคลากรได้บังคับบัญชาที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ทั้งหมดนี้จึงนำมาซึ่ง
 ระบบงานที่ดี ที่มีคุณภาพทำให้เราได้ผลของการทำงานที่ดีขึ้น เพื่อความสุขของผู้ใช้บริการที่จะ
 ได้รับการบริการอย่างดีที่สุดจากระบบงานที่ดีที่สุด

(ID 12, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ผู้นำหรือผู้บริหารของเรามีความเชี่ยวชาญในด้านจิตวิทยาอย่างมาก ทั้งความรู้
 ความสามารถในการเรียกขวัญกำลังใจจากพนักงาน ให้กลับมามีไฟในการทำงานอีกครั้ง รู้สึกไม่
 กัดกันหรือรู้สึกว่างานเพิ่มขึ้นแต่อย่างไรเลย นับว่าโชคดีที่ได้ทำงานร่วมกับบุคคลเก่งๆหลายๆท่าน

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ผู้นำคือผู้ที่เป็นผู้สรรค์สร้างแนวทางเพื่อผู้ได้บังคับบัญชาและผู้ได้บังคับบัญชาจะมีขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงานที่ดีได้นั้น ย่อมเกิดมาจากการปฏิบัติของผู้นำที่เป็นแบบอย่างนั่นเอง ดังเช่น การปฏิบัติตามนโยบายที่ได้ถูกนำมาใช้ของโรงพยาบาลก็เกิดขึ้นจากความพยายามของผู้นำ และการร่วมเสวนากับผู้นำบ่อยครั้งทำให้เรานั้นสามารถเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้อีกด้วย

(ID14, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การที่ผู้นำ หรือผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกลนั้นจะมองเห็นความสำคัญของการรักษา คุณภาพหรือการคงไว้ซึ่งคุณภาพของโรงพยาบาล เพราะนั่นหมายถึงหน้าตาของโรงพยาบาลเลยนะ ดังนั้นแนวนโยบายจะมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ย่อมเกิดจากวิสัยทัศน์ของผู้บริหารและทีมงาน ที่ทำหน้าที่ในการวางแนวนโยบายนั่นเอง และแนวนโยบายที่ดีนั้นจะส่งผลโดยตรงต่อให้เกิด ประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามนั่นเอง

(ID15, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ผู้นำคือผู้ที่เป็นผู้สรรค์สร้างแนวทางเพื่อผู้ได้บังคับบัญชาและผู้ได้บังคับบัญชาจะมีขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงานที่ดีได้นั้น ย่อมเกิดมาจากการปฏิบัติของผู้นำที่เป็นแบบอย่างนั่นเอง จึง นำมาซึ่งระบบงานที่ดี ที่มีคุณภาพทำให้เราได้ผลของการทำงานที่ดีขึ้น เพื่อความสุขของผู้ใช้บริการที่จะได้รับการบริการอย่างดีที่สุดจากระบบงานที่ดีที่สุด

(ID16, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

ความสามัคคีและความมุ่งมั่นนั้นจะเห็นความสำเร็จจากความทุ่มเทของพวกเราทุกคน คือทุกคนเหนื่อยแล้วก็อยากจะให้ผลเป็นดังที่เราลงแรงไปคะแต่ทั้งนี้ต้องเริ่มจากผู้นำนะคะ เพราะ ถ้าผู้นำดี เรื่อก็ย่อมแล่นไปตรงโดยอาศัยฝีมือจากบุคลากรเป็นตัวขับเคลื่อนคะ

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

การมีความสามัคคีกันระหว่างการนำของผู้นำผู้บริหาร บุคลากรต่างๆ และเพื่อนร่วมงาน ค่ะ เพื่อที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาอย่างยั่งยืนและก่อให้เกิดสภาพของการทำงานที่มีความสุข ทำให้ ลดช่องว่างระหว่างตำแหน่งความบาดหมางต่างๆในโรงพยาบาลลงได้ ทั้งยังช่วยให้เกิดผลงานที่มี คุณภาพ เนื่องจากมีบุคคลที่เข้ามาเกี่ยวข้อง รวมสมองในการทำงานออกมาให้ได้ดี

(ID18, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

3.2 ความมุ่งมั่นของบุคลากร

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านบุคลากร บุคลากรทุกคนในองค์กร ต้องมีความพร้อมในการทำงาน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ความสามารถ ที่มีและนำมาใช้ในงานที่รับผิดชอบ มีการศึกษาหาความรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากการศึกษาเพิ่มเติม การอบรม การสัมมนา ต่างๆ อีกทั้งบุคลากรทุกคนต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีความผูกพันกันในกลุ่มและในการตัดสินใจแก้ปัญหาใช้ระบบการตัดสินใจแบบมติของกลุ่มเป็นสำคัญ

คือทรัพยากรมนุษย์ การที่เราบอกว่าให้เขาทำงานได้ดีที่สุดคือเราต้องพัฒนาเขาให้เจริญเติบโต ทำให้เขารู้สึกว่าเขาทำอะไรบางอย่างกับองค์กรหรือคนใช้เขามีความสุข เราก็จะได้ใจเขา ไม่ว่าจะมีความรู้ใหม่ๆ มาถ้าคนมีความเข้าใจตรงนี้ก็จะเป็นประสิทธิผลสำเร็จและปลุกฝังให้พนักงานใหม่เรียนรู้ได้รวดเร็วและเข้าใจถึงตัวงานที่ต้องปฏิบัติเพื่อความเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นไปที่การทำงานไปพร้อมกับการเรียนรู้ไปในตัว เพราะการทำเช่นนั้นจะทำให้การปฏิบัติงานนั้นเกิดความแม่นยำและจดจำได้รวดเร็วยิ่งขึ้นนั่นเอง

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

พนักงานจะได้รับการอบรม 100% เสร็จแล้วจะมีการสอบผ่านทาง Intranet เป็น E-learning อบรมพนักงานและจะมีการทดสอบและสอบถามว่าใครผ่านหรือไม่ผ่านหลังจากสอบแล้วหัวหน้าก็จะลงมานิเทศ กำกับดูการทำงานของผู้น้องอีกทีว่าทำได้ตรงตามมาตรฐานหรือเปล่า ผู้บริหารก็จะเดิน Walk and Talk ดูว่าทำได้หรือไม่ ตรงไหนมีปัญหา ก็แก้ไขกันไป แสดงถึงการใส่ใจกับพนักงานมากที่สุด นี่แหละคือผู้นำที่ลูกน้องต้องการและยอมเหนื่อยทำงานให้อย่างเนิ่นนอน

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

เป็นทรัพยากรที่มีค่ามากที่สุดทั้งในสายบริหารและปฏิบัติการทั้งสิ้น เนื่องด้วยเป็นการปฏิบัติงานด้วยแรงกายและแรงใจ ดังนั้น การดูแลรักษาบุคลากรที่ดีนั้นเป็นหน้าที่ผู้บริหารทุกคน และทุกฝ่าย ไม่การแบ่งว่าเป็นแม่บ้านหรือคนสวนในโรงพยาบาลจะเป็นชนชั้นแรงงานเท่านั้น แต่ให้คำนึงถึงว่าบุคลากรทุกท่าน มีส่วนในการสร้างระบบคุณภาพของโรงพยาบาลเทียบเท่ากัน แตกต่างกันตรงที่หน้าที่ที่ตนรับผิดชอบเท่านั้นเอง

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

คือทรัพยากรมนุษย์ การที่เราบอกว่าให้เขาทำงานได้ดีที่สุดคือเราต้องพัฒนาเขาให้เจริญเติบโต ทำให้เขารู้สึกว่าเขาทำอะไรบางอย่างกับองค์กรหรือคนใช้เขามีความสุข เราก็จะได้ใจเขา ไม่ว่าจะมีความใหม่ ๆ มาถ้าคนมีความเข้าใจตรงนี้ก็ประสบความสำเร็จ และตัว leadership เองก็ต้องมี concept ว่าจะพัฒนาตรงนี้ได้อย่างไร ไม่ว่าจะ JCI ,HA มันจะมีข้อเด่นของมัน เพราะ JCI เน้นการทำงานตาม QA เมื่อตรงไหนมี valiant คุณก็ต้องปรับปรุง เราจะมั่นใจได้เลยว่าคนใช้เจ็บหน้าอกมา step ของการทำทำอะไร ส่วน HA เองจะมองว่าทำให้คนใช้เขาไม่ตาย ทำอย่างไร ก็จะเน้นความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยและเครื่องมืออะไรที่ทำให้คนใช้ปลอดภัย แล้วเราก็แชร์ให้กระจายออกไปและตัว leadership ต้องทำตรงนี้ให้เกิด มันเกิดเองไม่ได้ ตรงนี้ leadership จะต้องมองเห็นแล้ววางแผน ทุกเวทีของการแสดงตรงนี้เราคงต้องโชว์อยู่เรื่อยๆ และการพัฒนาที่ยั่งยืนต้องพัฒนาคนหรือผู้นำต้องมีความเข้าใจสุดท้ายจะยั่งยืนได้ด้วย

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ปลูกฝังให้พนักงานใหม่เรียนรู้ได้รวดเร็วและเข้าใจถึงตัวงานที่ต้องปฏิบัติเพื่อความเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นไปที่การทำงานไปพร้อมกับการเรียนรู้ไปในตัว เพราะการทำเช่นนี้จะทำให้การปฏิบัติงานนั้นเกิดความแม่นยำและจดจำได้รวดเร็วยิ่งขึ้นนั่นเอง

(ID5, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

สิ่งสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน พี่คิดว่า คนคะ บุคลากร เราต้องหันกลับมาดู เอาใจใส่กับบุคลากรของหน่วยงานให้มากขึ้น ดูภาพองค์กรรวมเลยคะ ทั้งในเรื่องของการทำให้เค้ารู้สึก Happy work place ให้เค้ารู้สึกว่าจะมี Commits กับองค์กรเพื่อที่เค้าจะทำงานต่อไปได้อย่างให้ลูกค้ำมีความสุขนะคะ

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

บุคลากรทุกท่านจะมีการ Monitor audit เพิ่ม เรื่องของ medical record audit พนักงานใหม่ทุกคนก็ต้อง train train แล้วมี e-learning standard ของ staff ทุกคน เป็นมาตรฐานที่ทุกคนจะได้รับ เพื่อเป็นการปูพื้นฐานด้านคุณภาพของ Profile บุคลากรแต่ละท่าน จะต้องถูกปฏิบัติเหมือนกัน ตั้งแต่ฝ่ายบริหารไปจนถึงฝ่ายปฏิบัติการเลยทีเดียว

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ถ้าบุคลากรมีความสามัคคีและการเพิ่มเติมความรู้้อย่างสม่ำเสมอ มีการอบรมและประเมินผลงานกันตลอดนะคะเอาแบบถี่ๆเลยเพราะว่ายิ่งถี่ยิ่งดีเพราะมันจะทำให้สิ่งที่เราปฏิบัติกันจนคุ้นเคยนั้นก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมของการปฏิบัติงานที่ดีนั่นเอง

(ID8, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

บุคลากร เป็นทรัพยากรที่มีค่ามากที่สุดในการปฏิบัติงานไม่ใช่เพียงโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงหน่วยงานอื่นๆด้วย ทั้งนี้เนื่องด้วยบุคลากรที่มีมากหาคอบคุมให้กระทำการใดก็ตามที่ย่อมยากลำบากมากขึ้นไปด้วยนั่นเอง ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีความรักในองค์กรจากการปลูกฝังจากฝ่ายบริหารระดับสูง สร้างความรักในองค์กร เห็นคุณค่าของตัวเองว่ามีความสำคัญอย่างไร ต่อความสำเร็จของโรงพยาบาลในการขอการรับรองซ้ำ

(ID9, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

บุคลากรเป็นเพียงชิ้นสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนจากนโยบายที่เป็นเพียงตัวอักษรนั้นมีชีวิตขึ้นได้ เพราะว่าการขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานหรือบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในตัวระบบนั้นย่อมส่งผลโดยรวมต่อองค์การอย่างชัดเจนทั้งในด้านการปฏิบัติงานทั่วไปหรือการปฏิบัติงานเพื่อการขอการรับรองซ้ำ ด้วยเหตุนี้จึงอาจจะบอกได้ว่า บุคลากรเป็นตัวขับเคลื่อนให้นโยบายที่ดีนั้นเกิดความสมบูรณ์และมีชีวิตขึ้นได้นั่นเอง

(ID 10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ความสามัคคีของบุคลากร ทีมงาน การร่วมมือร่วมแรง ร่วมใจ มีความรักในการปฏิบัติงาน ไม่คิดว่าเป็นการเพิ่มหน้าที่หรือทำให้งานหนักขึ้นนะคะ แต่มองว่าเป็นการทำเพื่อโรงพยาบาล เพื่อที่โรงพยาบาลจะได้รับการยอมรับในระดับสากลมากขึ้น ส่งผลต่อการทำงานที่มีความสุขอันเกิดจากการที่เราได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลให้มาถึงจุดนั้นได้ต้องผ่านอุปสรรค ต่าง ๆ นา ๆ เกิดความเหนื่อย เมื่อยล้า ทั้งหมดนั้นส่งผลโดยตรงต่อขวัญและกำลังใจของบุคลากร และยังถ้าทำให้โรงพยาบาลได้รับการยอมรับในระดับที่สูงขึ้นเป็นเพราะเกิดจากการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพนั่นเองและ นี่คือสิ่งที่สำคัญของการพัฒนาอย่างยั่งยืน

(ID 11, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

และอีกอย่างก็คืออยากให้ภาครัฐจัดการอบรมบุคลากร ขอนั่นว่าอย่างต่อเนื่องนะคะ เพราะว่าการอบรมอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อผลของการปฏิบัติงานได้โดยตรง ลองคิดดูนะคะว่าการที่

เรานั้นทำบางอย่างเหมือนเดิมทุกวัน กับเลือกที่จะไม่ทำทุกวัน การทำแบบใหม่ที่จะทำให้เราเกิดความเชี่ยวชาญ ชำนาญได้มากกว่ากัน ด้วยเหตุนี้เองจึงอยากให้ภาครัฐนั้นจัดทำเป็นมาตรฐานของระบบการรักษาของประเทศไทยเลยที่เดียว เพราะมันจะส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของประเทศเราได้อย่างดีเลยคะเพราะว่าในทุกๆวันนี้บ้านเรานั้นวันจะมีชาวต่างชาติเข้ามาอาศัยเพิ่มมากขึ้นนั้นก็ย่อมชี้วัดได้ว่าบางเขาเหล่านั้นย่อมต้องมีโอกาสในการได้รับการรักษาในบ้านเราเพิ่มมากขึ้นนั้น และถ้าสมมุติว่าเราทำให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ คิดดูสิคะว่าประเทศเราจะได้ผลประโยชน์มากแค่ไหน ระบบเศรษฐกิจคงจะดีขึ้นอย่างมาก

(ID 12, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

บุคลากรที่เก่งนั้น เก่งเพราะ นโยบาย ผู้บริหารเอาใจใส่ การฝึกอบรมที่ดีมีคุณภาพ การทำงานเสมือนบรรยากาศการทำตัวมาตรฐาน การวางกลยุทธ์ของฝ่ายบริหารที่ดี ทุกสิ่งทุกอย่างนั้นก่อให้เกิดบุคลากรที่มีความสามารถมากขึ้นๆทุกปี ถึงแม้คนเก่าออกไป คนใหม่ที่เข้ามาก็สามารถเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว นั้นเพราะว่าเรามีรูปแบบการทำงานที่มีระบบ มีวัฒนธรรมองค์การที่ดีนั่นเอง

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

บุคลากร เป็นทรัพยากรที่มีค่ามากที่สุดเป็นเพียงชิ้นสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนจากนโยบายที่เป็นเพียงตัวอักษรนั้นมีความหมาย มีคุณภาพที่สามารถจับต้องได้ สัมผัสได้ด้วยเหตุนี้บุคลากรจึงมีความสำคัญไม่ได้น้อยไปกว่าตัวนโยบายดีๆนั่นเอง

(ID14, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การให้ความสำคัญกับพนักงานเป็นสิ่งที่ต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามธรรมชาติ การให้ความสำคัญบางประการนั้น อาจจะเป็นสิ่งที่จับต้องได้และคุ้นเคยกันอยู่ เช่น พวงรางวัลหรือการยกย่องต่าง ๆ แต่การให้ความสำคัญกับพนักงานนั้นบางครั้งก็ไม่สามารถที่จะจับต้องได้ และสิ่งที่ไม่สามารถจับต้องได้นี้แหละครับที่อาจจะมีความสำคัญมากกว่าสิ่งที่จับต้องได้ด้วยซ้ำ เมื่อผู้บริหารสามารถให้ความสำคัญกับพนักงานในบริษัทได้อย่างถูกวิธีแล้ว เราจะพบว่าพนักงานเหล่านั้นจะมีความยินดีและกระตือรือร้นในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็ความพร้อมในการเข้าไปแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเองมากขึ้น แทนที่จะนำปัญหานั้นย้อนกลับไปให้ผู้บริหารอยู่ตลอดเวลา เมื่อพนักงานรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญแล้วก็ย่อมที่จะให้ความสำคัญกับคุณภาพของงานที่ตนเองทำ รวมถึงชื่อเสียงของตนเองด้วย

(ID15, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

บุคลากรจะต้องมีความสามัคคีและความมุ่งมั่นค่ะ ถ้าเราไม่สามัคคีก็จะมีพลังผลักดันในการทำงานค่ะและถ้าเป็นเช่นนั้น เราจะไม่สามารถทำงานให้ออกมาสำเร็จได้เลย เนื่องจากการทำงานที่เราไม่มีความสามัคคีนั้นส่งผลกระทบต่อตัวงาน ความรวดเร็วของการให้บริการ การช่วยเหลือ แจกจ่ายงาน หรือแม้กระทั่งการจัดทำระบบมาตรฐานที่ต้องการความคิดเห็นและแรงกายจากทุกคนมารวมกันเพื่อสร้างระบบมาตรฐานขึ้นมาตนเอง

(ID16, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

การให้ความสำคัญกับพนักงานเป็นสิ่งที่จะต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามธรรมชาติ การให้ความสำคัญบางประการนั้น อาจจะเป็นสิ่งที่จับต้องได้และคุ้นเคยกันอยู่ เมื่อผู้บริหารสามารถให้ความสำคัญกับพนักงานในบริษัทได้อย่างถูกต้องแล้ว เราจะพบว่าพนักงานเหล่านั้นจะมีความยินดีและกระตือรือร้นในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความร่วมมือในการเข้าไปแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยตนเองมากขึ้น แทนที่จะนำปัญหานั้นย้อนกลับไปให้ผู้บริหารอยู่ตลอดเวลา เมื่อพนักงานรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญแล้วก็ยอมที่จะให้ความสำคัญกับคุณภาพของงานที่ตนเองทำ

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

ผู้นำ ผู้บริหาร พนักงานฝ่ายปฏิบัติการ ล้วนแต่เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีประโยชน์ทั้งสิ้น และทั้งนี้ยังเป็นเพียงขั้นสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนจากนโยบายที่เป็นเพียงตัวหนังสือบนกระดาษให้มีชีวิตขึ้นได้ ถ้าการที่บุคลากรขาดความรู้ในการปฏิบัติงานหรือบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในตัวระบบนั้นย่อมส่งผลโดยรวมต่อองค์การอย่างชัดเจนทั้งในด้านการปฏิบัติงานทั่วไป หรือการปฏิบัติงานเพื่อการขอการรับรองซ้ำ ด้วยเหตุนี้จึงอาจจะบอกได้ว่า บุคลากรเป็นตัวขับเคลื่อนให้นโยบายที่ดีนั้นเกิดความสมบูรณ์และมีชีวิตขึ้นได้นั่นเอง

(ID18, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

3.3 แนวนโยบายการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านนโยบาย มีการกำหนดโครงสร้างองค์การและนโยบาย หน้าที่ในการทำงานให้ชัดเจน ลดความคลุมเครือและลดความซ้ำซ้อนของงาน มีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพในด้านต่างๆ อย่างครอบคลุมทั่วทุกหน่วยงานในองค์การ โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละงาน เพื่อให้เกิดเป็นมาตรฐานและสามารถตรวจสอบได้ อีกทั้ง

นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายขององค์กรต้องมีความชัดเจน ในการนำไปปฏิบัติทำให้ทุกคนเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และพยายามที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อาทิ เช่น ขบวนการของการปฏิบัติงาน ระบบการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

นโยบายระดับมาตรฐานคือ ดูแลผู้ป่วยแบบ Quality & Safety ค่ะ จุดหลักเลยที่จะผ่านไปสู่สากลคือเห็นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางและให้การดูแลเป็นแบบ Individual care คือดูแลผู้ป่วยแบบเจาะลึกไปเฉพาะราย โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบมีคุณภาพ และความปลอดภัย

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

ทุกสิ่งทุกอย่างของนโยบายในการปฏิบัติงานนั้นจะต้องทำให้เป็น process ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลลูกค้า การรับเรื่องร้องเรียน จะต้องมีการมี patterns มี process ที่ชัดเจนและจะต้องผ่านการประเมินรูปแบบอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ อาทิ ข้อเสนอแนะจากลูกค้า เป็นต้น

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

แนวนโยบายจะต้องมีการ refresh ใหม่เพื่อทำการ update เสมอ ทั้งนี้เพราะข้อมูลทุกอย่างนั้นมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา ดังนั้นการ update ข้อมูลหรือ นโยบายก็ต้องทำการเคลื่อนไหวเพื่อปรับเพื่อให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงนั่นเอง

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

คือ เราต้องทำการกำหนดนโยบายด้านจำนวนของบุคลากรใหม่ จากเดิมที่ไม่ได้ให้ความสนใจกับด้านนี้มากเท่าไรเพราะว่าเป็นปฏิบัติการที่ต้องใช้งบประมาณในการเพิ่มจำนวนบุคลากร และใช้เวลาในการทำระเบียบเพื่อกำหนดจำนวนและหน้าที่ของการรับผิดชอบในฝ่ายต่างๆ นอกจากนั้นแล้วต้องมีการวางแผนที่ดีเนื่องจากว่าโรงพยาบาลของเราทำงานกัน 24 ชั่วโมงต่อวัน และทำงานกัน 30 วันต่อเดือน ทำให้เราต้องทำการวางแผนในขณะที่ทำการปฏิบัติงานไปด้วย ซึ่งเป็นอะไรที่ยากและค่อนข้างที่จะเกิดความวุ่นวายในขั้นตอนการจัดทำในส่วนนี้

(ID8, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

แนวนโยบายทำให้การปฏิบัติงานนั้นเกิดความเป็นระเบียบตามที่ได้ถูกวางไว้ และจะนำความสำเร็จไปสู่ตามเป้าหมายขององค์กร ในการแก้ปัญหาที่ตรงจุด ทั้งนี้เพราะอะไรก็ตามที่เกิดขึ้น

ข้อบกพร่องในอดีตนั้นจะถูกนำมาร่างเป็นหัวข้อในตัวบทของนโยบายเพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อพัฒนาไปสู่ขอการรับรองซ้ำนั่นเอง

(ID9, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

จากที่กล่าวมาเนี่ยจึงทำให้เรามองเห็นได้ว่านโยบายนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญจริงๆ เพราะว่ามันคือการนำเรื่องเก่ามาปรับปรุงเพื่อทำให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ โดยทั้งนี้เรื่องเก่า ๆ นั้นก็คือเรื่องที่เราเคยได้ทำพลาดในอดีตนั่นเอง ด้วยเหตุนี้ของใหม่ที่ทำให้เกิดนโยบายนั้นจึงนำออกมาเพื่อให้เกิดการปฏิบัติและก่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตรงจุดแน่นอน เนื่องจากความผิดพลาดในอดีตได้ถูก

นำมาร่างเป็นแนวทางนโยบายเพื่อการใช้งานในปัจจุบันนั่นเอง

(ID 10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

แนวนโยบายนี้เองที่จะทำให้การปฏิบัติงานนั้นเกิดความราบรื่น ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรและเกิดการแก้ปัญหาที่ตรงจุด ทั้งนี้เพราะจุดที่เกิดปัญหาในอดีตนั้นได้ถูกนำมาบรรจุเป็นนโยบายที่ใช้ในการพัฒนาเพื่อขอการรับรองซ้ำนั่นเอง

(ID 11, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

โดยส่วนตัวแล้วเชื่อว่าแนวนโยบายที่ออกมานั้นจะต้องผ่านมาจากการวางแผนของฝ่ายบริหารสูงสุดที่ผ่านการตรวจสอบในทุกๆด้าน โดยแต่ละด้านนั้นจะต้องสามารถทำให้แต่ละฝ่ายนั้นทำการปรับปรุงขบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน ไม่เช่นนั้นแล้วการปรับปรุงที่ไม่เกิดผลอันใดนั้นจะปรับปรุงไปทำไม และข้อบกพร่องจากอดีตนั้นนั่นเองที่สมควรถูกระบุลงในนโยบายเป็นขั้นตอนแรก เพราะคงไม่มีองค์กรที่ไหนบนโลกนี้ที่จะเอาส่วนที่ไม่มีปัญหาเป็นสิ่งที่ต้องทำการแก้ไขเป็นอันดับแรกใช้มีัยคะนองส่วนการปรับปรุงในส่วนที่ดีอยู่แล้วนั้นเป็นเรื่องของอนาคตอันใกล้ที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างแน่นอน แต่จะต้องหลังจากแก้ไขส่วนบกพร่องเสียก่อนเพราะว่าส่วนที่บกพร่องนั้นย่อมส่งผลเสียมากกว่าส่วนที่ไม่ได้เกิดการบกพร่อง ก็ถ้าเกิดว่าเปรียบเทียบความสำคัญแล้วก็จะเห็นได้อย่างชัดเจนเลยนะคะ

(ID 12, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การวางแผน การศึกษาตัวมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อดี-ด้อย ขององค์กร วิเคราะห์ปรับปรุง ร่างนโยบาย นำมาทดลองใช้ ทุกอย่างล้วนเป็นขั้นตอนการร่างนโยบาย การใช้

การปรับปรุง นโยบาย ทุกขั้นตอนไม่สามารถแยกออกจากกันได้เพราะมันความกลมกลืนกันเป็นเนื้อเดียวกันไปแล้ว หากสิ่งใดไป นโยบายที่ดีคงไม่สามารถเกิดขึ้นมาได้ เพราะการทำงานนโยบายที่ดีนั้น ต้องกลั่นออกมาจากทุกคน ทุกฝ่ายร่วมใจกันผลิตมันขึ้นมา นั่นจึงเป็นนโยบายของโรงพยาบาล กล่าวคือ ทุกคนนั่นคือ ส่วนผสมที่ทำให้เกิดนโยบายของโรงพยาบาลนั่นเอง

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

นโยบาย คือ แนวทางหรือกรอบที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการดำเนินงานหรือปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายตามต้องการ ด้วยเหตุนี้ความหมายและนิยามของนโยบายที่โรงพยาบาลใช้ก็มีความหมายในทางที่ว่า รักษามาตรฐานเดิมเป็นขั้นต่ำเพื่อการพัฒนาต่อไปในขั้นคุณภาพสูงขึ้นหรือกล่าวง่าย ๆ คือ วันข้างหน้าต้องดีกว่าวันนี้ ถึงจะเรียกได้ว่าเป็นนโยบายที่เน้นการพัฒนาและจะต้องสัมผัสได้ด้วย

(ID15, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ใช่ค่ะ เพราะทำงานกันหนักกว่าจะได้มา ยิ่งเมื่อรู้ว่าเราต้องทำเพื่อรักษาระดับคุณภาพให้อยู่กับเราให้นานที่สุด เนี่ยทุกคนทุกฝ่ายเหมือนทำงานแข่งกันแต่ต่างกันตรงที่ว่าเราไม่ได้แข่งกันให้ได้มาซึ่งชัยชนะแต่เราร่วมมือกันเพื่อให้ได้มาซึ่งชัยชนะของโรงพยาบาลไม่ใช่ของคนใดคนหนึ่งแต่ผู้ที่รับผลประโยชน์โดยตรงคือ ประชาชนหรือผู้ที่มาใช้บริการต่างหากค่ะ

(ID16, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

คือการเอาหลักการหรือข้อปฏิบัติที่เป็น Pattern นั้นมาทำเป็นรูปแบบของหลักการปฏิบัติงาน ด้านการลงมือทำนั่นเอง ก็เลยมองว่าถ้าเราเข้าใจหลักการของคุณภาพ JCI เราก็จะสามารถมองเห็นได้อะไรเป็นอะไร

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

อยากให้โรงพยาบาลต่างๆรักษาคุณภาพ พัฒนาคุณภาพเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ดีและรักษาคุณภาพไว้ได้อย่างยั่งยืน เพราะว่านโยบายที่ดีนั้นถูกสร้างขึ้นมาจากองค์ประกอบต่างๆที่อยู่ในโรงพยาบาล จากทรัพยากรในชั้นต่างๆ และจากความตั้งใจในการกลั่นข้อความออกมานั้นๆ

(ID18, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

3.4 วัฒนธรรมองค์การ

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาพบว่าวัฒนธรรมองค์การเป็นความเชื่อ ค่านิยม ทำให้สมาชิกส่วนใหญ่ยอมรับ และใช้เป็นแบบแผนในการประพฤติปฏิบัติ วัฒนธรรมองค์การมีความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปสู่ความสำเร็จ และคุณภาพจะกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์การ คือ บุคลากรทุกระดับต้องมีจิตสำนึกเรื่องคุณภาพ การบริการที่มีมาตรฐาน สิทธิผู้ป่วยเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีทัศนคติแบบร่วมมือร่วมใจในการแก้ไขปัญหา การพึ่งพาอาศัยกันและต้องมีค่านิยม ทัศนคติที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล จึงกล้าแสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์ กล้าที่จะเปลี่ยนแปลงคุณภาพงาน ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การไม่กล่าวโทษซึ่งกันและกัน การทำงานเป็นทีม วัฒนธรรมองค์การจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นตัวชี้นำความสำคัญของบุคลากรที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติ

ในส่วนของโรงพยาบาลเอง พี่คิดว่าน่าจะเป็น Maintenance ลักษณะดูแลรักษาคุณภาพไว้แล้วต่อยอดให้เป็น Quality Culture (วัฒนธรรมคุณภาพ) เนื่องจากว่ามาตรฐานของJCIจะมีต่อยอด คือนอกจากได้ JCI แล้วก็ยังมีในเรื่องของขอรับรองคุณภาพรายโรคของJCI เป็นการพัฒนาต่อยอด

(ID1, กลุ่มผู้บริหาร)

ให้การดูแลแบบ Continuing care เป็นการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่คนไข้ย่างก้าวเข้ามาโรงพยาบาล และจะมีการ Assess กันตั้งแต่ OPD และหลังจากนั้นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยต่อ ก็จะเป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยและทำข้อมูลที่ Assess ได้จากหน่วยอื่นมาดูแลผู้ป่วยต่อ โดยเราจะใช้ทีมสาขาวิชาชีพ มีทั้ง หมอ เภสัช กายภาพ โภชนาการ เรียกได้ว่าการดูแลคนไข้ตั้งแต่เข้ามาสู่โรงพยาบาลเลยก็ได้

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

สร้างความคุ้นเคยเรื่องคุณภาพ JCI ให้กับบุคลากร เพื่อสร้างความเคยชินในการรับรู้ถึงมาตรฐานที่เป็นเป้าหมายในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อลดความตึงเครียดจากสภาพความกดดันจากการทำตัวมาตรฐาน ที่เป็นการเพิ่มงานให้กับบุคลากร รวมทั้งสร้างให้เกิดความรักในองค์การให้กับบุคลากร และฝึกให้บุคลากรมีความรับผิดชอบในงานประจำและงานสำคัญที่เป็นเป้าหมายของฝ่ายบริหารอีกทางหนึ่งด้วย

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

การพัฒนาคุณภาพระดับสากลสู่วัฒนธรรมองค์กร ผมย้อนกลับไปว่าทำไมต้องทำ JCI เพราะว่าคนไข้ที่เป็น Inter ไม่รู้ว่าเรามีมาตรฐาน ทำให้คนไข้รู้จักเรามากขึ้นทำให้เราพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น ๆ ๆ ไป และมันเป็นเส้นทางที่พัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตรงนี้ทำให้เราเกิดการเรียนรู้ และที่เราภูมิใจคือหลาย ๆ ๆ โรงพยาบาลมาขอคู่มือและนำไปขยายผลต่อไป ซึ่งขยายผลไปสู่วงการสาธารณสุขของเมืองไทย เราก็จะได้แชร์ ได้เรียนรู้ร่วมกัน นี่คือการยกระดับที่ทำให้ดีขึ้น และสามารถพัฒนาต่อยอดไปได้อีก

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ช่วงนั้นเราทำ JCI ติดตามระบบคุณภาพ ณ ขณะนั้น เรื่องคุณภาพของอย่างอื่นที่ได้ทำก็ยังไม่ได้อะไรเพิ่ม เช่น ระบบมาตรฐานสากล ตอนนั้นเราต้อง Maintain ระบบตรงนี้ให้เกิดเป็นวัฒนธรรมการปอดภัยเรื่องของมาตรฐานเข้าสู่ระบบสากล

(ID5, กลุ่มผู้บริหาร)

ในเรื่องของการบริการข้อมูลกับลูกค้าต่างชาติต้องมีมาตรฐานที่ดี อยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานของสากลการอบรมและติดตามประเมินผล การมีบุคลากรที่สามารถที่จะรองรับคนต่างชาติได้ การ Test ในเรื่องของภาษา มีล่ามไว้คอยให้การบริการกับผู้ป่วยต่างชาติ มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน และเราก็จะมีการพัฒนาต่อเนื่องอยู่เรื่อย จนเราไม่ได้รู้สึกว่ายาวมาตรวจอีกแล้วก็จะไม่ค่อยรู้สึกตรงนั้นเท่าไรก็ค่อนข้างจะทำให้มันเป็น ตารางการทำงานนะค่ะ ยิ่งถ้ามีการแก้งานงานหนึ่งมันจะต้องแก้ทุก ๆ หน่วยงานจะต้องแก้พร้อมกัน และที่สำคัญอาจจะต้องมีการปรับปรุงการพัฒนาให้มากยิ่งขึ้น

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

การติดตามระบบคุณภาพ การประเมินภายใน-ภายนอกอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ทุกวันของการทำงานเป็นการสร้างคุณภาพและพัฒนาไปสู่การพัฒนาเป็นวัฒนธรรมขององค์กร แต่ทั้งนี้ต้องใช้วิธีการปฏิบัติไปพร้อมกับการแก้ไขไปพร้อมๆกัน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตรงจุดและรวดเร็วนั่นเอง

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การอบรมอย่างต่อเนื่อง การประเมินภายในอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ทุกวันของการทำงานที่
ทำอยู่เป็นการสร้างคุณภาพอย่างบูรณาการและยังก่อให้เกิดการพัฒนาที่นำไปสู่การพัฒนาเป็น
วัฒนธรรมขององค์กรได้ถ้ามีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นนิสัย

(ID8, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

อยากให้โรงพยาบาลรักษาคุณภาพ พัฒนาคุณภาพเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ดี เพราะผลที่
ได้คือทุกคนค่ะ แต่คนที่ได้ผลนี้มองเห็นได้ชัดคือลูกค้าของเราค่ะ สุขภาพและความมั่นใจของ
ลูกค้าคือสิ่งที่มีค่าสำหรับพวกเรา

(ID9, กลุ่มปฏิบัติการ)

บางครั้งการดูแลรักษา แต่ว่ามาตรฐานมันจะต้องถูกวางไว้ตั้งแต่ที่เราเรียนรู้สิ่งต่างๆไม่ว่า
จะเป็นตัวมาตรฐานหรือหลักของการทำงานต่างๆ สิ่งที่สำคัญอย่างที่สุดคือ การนำเอาปัญหาและ
อุปสรรคที่เกิดขึ้นมานั้นเป็นตัวตั้งให้เราไขว่คว้าไปถึงจุดๆนั้นให้ได้ หรือเรียกว่าเป้าหมายนั่นเอง

(ID10, ผู้บริหารระดับสูง)

การสร้างวัฒนธรรมองค์กรได้อีกทางหนึ่งด้วยความเคยชินในการปฏิบัติงานนั้นก่อให้เกิด
นิสัยในการปฏิบัติงาน และนิสัยในการปฏิบัติงานเมื่อทุกฝ่าย ทุกคน ปฏิบัติพร้อมกันก็ย่อม
ก่อให้เกิดรูปแบบของการทำงานที่เป็นระบบและพัฒนาไปสู่การเป็นวัฒนธรรมของบุคคล ฝ่าย
และโรงพยาบาล หรือองค์กรได้ในท้ายที่สุดนั่นเอง

(ID11, ผู้บริหารระดับสูง)

การตีกรอบของความรับผิดชอบให้แต่ละฝ่ายนั้นยังสามารถทำให้การปฏิบัติงานนั้นเกิดความเป็น
ระบบ รูปแบบ แบบแผน ต่อบุคลากรรุ่นหลังๆได้อีกด้วยด้วยทั้งยังก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร
ของแต่ละฝ่าย และเมื่อแต่ละฝ่ายได้ทำตามวัฒนธรรมของตนแล้วเมื่อมารวมกันครบทุกฝ่ายของ
โรงพยาบาลจะทำให้เรานั้นกลั่นกรองออกมาเป็นวัฒนธรรมขององค์กรได้ในที่สุดนั่นเอง

(ID12, ผู้บริหารระดับสูง)

สร้างความเคยชินจากตัวงานจริง หรือสร้างการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติควบคู่ไปกับ
การแก้ไขปัญหาต่างๆไปด้วยนั่นเอง นั่นคือวัฒนธรรมของโรงพยาบาลของเรา เพราะมันทำให้การ
ทำงานของเรานั้นได้เจอกับปัญหาจริงๆ ที่ไม่ได้เป็นปัญหาที่ถูกอุปโลกขึ้นมาเพื่อรับการแก้ไข

ปัญหาที่บ๊อคคำตอบไว้แล้ว แต่ถ้าการทำงานจริงๆ แก่ไขจริงๆ จะทำให้เราผ่านการทดสอบของการขอการรับรองซ้ำได้อีกชั้นหนึ่งเลยทีเดียว

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การให้แต่ละฝ่ายนั้นตีกรอบของความรับผิดชอบให้แต่ละฝ่ายเอง สามารถทำให้การปฏิบัติงานนั้นเกิดความเป็นระบบ รูปแบบ แบบแผน ต่อบุคลากรรุ่นหลังๆ ได้อีกด้วยด้วยทั้งยังก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมองค์การของแต่ละฝ่ายตามมา เพราะผลจากการรังสรรค์ขึ้นมาเองนั้น เราจะสามารถทำการแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุดและแม่นยำมากขึ้นนั่นเอง

(ID14, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

เจกเช่นเดียวกับนโยบาย วัฒนธรรมองค์การนั้นคือ ผลพวงจากนโยบายนั่นเอง ที่กลั่นตัวรวมกันออกมาเป็นวัฒนธรรม โดยวัฒนธรรมของโรงพยาบาลคือ การสร้างคุณภาพให้คงอยู่และในวันต่อไปต้องดียิ่งขึ้นเพื่อสุขภาพและความมั่นใจของลูกค้าและผู้มารับบริการ โดยสิ่งเหล่านี้เป็นการตีกรอบให้คุณภาพนั้นอยู่ในระดับที่ดีขึ้นทุกๆ วันนั่นเอง

(ID15, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

อยากให้โรงพยาบาลรักษาคุณภาพ พัฒนาคุณภาพเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ดี เพราะคนที่ได้ผลนี้อย่างเห็นได้ชัดคือลูกค้าของเราค่ะ

(ID16, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

คือเราก็ทำทุกวันให้เหมือนวันที่เราคุณภาพนะค่ะ เพราะฝ่ายบริหารและวางแผนนั้นอบรมเรามาดีมากเลยค่ะ ถ้าจะตอบเป็นเรื่องของแนวคิดก็คงเป็นคำพูดประมาณว่า ต้องทำให้ทุกวันของการทำงานเหมือนวันที่ยังไม่ได้รับมาตรฐานค่ะ

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

3.5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

3.5.1 สื่อสารในรูปแบบ Two – way communication

การดำเนินงานในการพัฒนางานคุณภาพอย่างยั่งยืนนั้น จากกรณีการศึกษาของโรงพยาบาลเอกชนสำหรับการสื่อสารจำเป็นต้องมีการสื่อสารให้ทั่วถึงเพื่อความสะดวกต่อการดำเนินงาน การสื่อสารที่ดีนั้นควรเป็นการสื่อสารในรูปแบบ two – way communication สำหรับการสื่อสารการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนมีหลายช่องทาง ที่จะดำเนินการการเช่น การสื่อสารจากบนลงล่างกล่าวคือเป็นการสื่อสารจากผู้บริหารสู่พนักงานโดยการมอบนโยบายโรงพยาบาลมาสู่หน่วยงาน ซึ่งประโยชน์ของการสื่อสารนี้จะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคลากรในองค์กรรู้ว่าใครทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ตอนนี้องค์กรที่เราอยู่เป็นอย่างไร ผู้บริหารต้องการอะไร เราจะช่วยองค์กรได้อย่างไร นอกจากนี้ ช่องทางที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การสื่อสารที่ดีนั้นควรเป็นการสื่อสารในรูปแบบ two- way communication ดังนั้นการรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรทุกระดับมีความสำคัญ บางครั้งจึงพบเห็นผู้บริหารของโรงพยาบาลลงตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อรับรู้รับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อนำสิ่งที่ได้กลับไปพัฒนาองค์กรให้เกิดความยั่งยืนต่อไป ดังนั้นการแสดงความคิดเห็นจะไม่ถูกจำกัดอยู่เฉพาะผู้บริหารโครงการ แสดงให้เห็นถึงเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น ผู้บริหารเห็นคุณค่าในตัวคนทำงาน เป็นการลดช่องว่างระหว่างหัวหน้ากับลูกน้องลงเหลือแต่ความเป็นพี่น้องที่มีเป้าหมายร่วมกันที่จะนำองค์กรบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

... การสื่อสารจำเป็นต้องมีการสื่อสารให้ทั่วถึงเพื่อความสะดวกต่อการดำเนินงาน ซึ่งที่คิดว่าการสื่อสารที่ดีนั้นควรเป็นการสื่อสารในรูปแบบ two – way communication ในแต่ละ committee ด้วย

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

จะมีการจัดการในเรื่องของตัวมาตรฐานที่เราจะใช้การศึกษามาตรฐานก่อน แยกประเภทออกมาตามฝ่ายของการตัวเองที่จะต้องปฏิบัติทำการ Monitor ลงมา Implement ให้กับ Staff ให้กับหน่วยงานโดยการสื่อสารจากผู้บริหารสู่พนักงาน ซึ่งทางหน่วยงานต้องมีช่องทางในการที่จะสื่อสารหรือเปิดโอกาสให้ทุกคนในหน่วยงานได้มีการแสดงความคิดเห็นในนโยบายที่ได้ถ่ายทอดลงมาซึ่งอันนี้ผมเข้าใจว่าเป็นหัวใจของความยั่งยืนเลยทีเดียว ก็คือสื่อสารแล้วเราสามารถให้เขามีส่วนร่วมในสารที่เราได้ถ่ายทอดลงไป

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ในฐานะที่มีส่วนร่วมในการทำหน้าที่พนักงานให้ได้ตรงตามมาตรฐานที่ตั้ง พี่เป็น Presenter ทำการกำกับนิเทศงานพยาบาลน้องใหม่ซึ่งเราจะช่วยองค์กรได้ในส่วนนี้ เป็นตัวแทนของแผนกในการเป็นคณะกรรมการ PCT ต่างๆและนำปัญหาเหล่านี้มานำเสนอในที่ประชุมของคณะกรรมการแล้วจึงเสนอต่อผู้บริหาร ที่ตอบได้คือโรงพยาบาลต้องไปเรื่อย ๆ ไม่ใช่แง่ของธุรกิจ แต่เป็นในแง่ของการพัฒนาคุณภาพ เหมือนกับการทำตัวคุณภาพด้านอื่น ๆ ในส่วนของการรักษาคุณภาพมันจะมีอะไรที่เราให้ทำเพิ่มไปอีกเรื่อยๆ ยิ่งถ้าจะทำให้เราขึ้นไปสูงในมาตรฐานคุณภาพระดับสากลเราก็ควรที่จะเอาอะไรเข้ามาปรับปรุงให้สามารถใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

การสื่อสารนี้จะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคลากรในองค์กรรู้ว่าใครทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ตอนนี้องค์กรที่เราอยู่เป็นอย่างไร ผู้บริหารต้องการอะไร

(ID10, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรทุกระดับมีความสำคัญ บางครั้งจึงพบเห็นผู้บริหารของโรงพยาบาลลงตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ เพื่อรับรู้ รับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมแสดงความคิดเห็น

(ID8, กลุ่มผู้บริหาร)

ผมคิดว่า หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าหน่วย สามารถลดช่องว่างที่แสดงให้เห็นถึงเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น เหลือแต่ความเป็นพี่เป็นน้องที่มีเป้าหมายร่วมกันที่จะนำองค์กรบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

3.5.2 จัดเวทีให้พบปะพูดคุย

จากการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนในโรงพยาบาลกรณีศึกษาพบว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนเป็นการเรียนรู้ร่วมกันซึ่งทางหน่วยงานต้องมีช่องทางในการที่จะสื่อสารหรือเปิดโอกาสให้ทุกคนในหน่วยงานได้มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ หรือเรื่อง

อื่นๆผ่านเวทีหรือกิจกรรมต่าง ๆที่จัดขึ้นทั้งในและนอกหน่วยงาน และกับหน่วยงานภายนอก เช่น การประชุมหน่วยงาน การส่งเวร วารสารโรงพยาบาลการจัดเวทีให้บุคลากรมาพบมาแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จะทำให้เห็นมุมมองที่กว้างขึ้น เวลามีปัญหาแล้วจับประเด็นปัญหาขึ้นมาวาง จะได้เห็นแง่มุมคิดหลายมุมในการแก้ไขปัญหา จากคนหลายกลุ่ม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อันจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวและกระตือรือร้นที่จะพัฒนางานของตนได้มองเห็นการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอื่น ได้ความรู้ เห็นความทิศทางของหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ มากมายก็สามารถเป็นเวทีแห่งการเรียนรู้

มี Morning Brief หรือผู้บริหารพบพนักงานทุกวันพุธ ดิฉันเป็นเป็นพนักงานที่ดูแลในเรื่องของการรับรองรายชื่อของ JCI, ACCC, Cardio เป็นตัวแทนที่จะไปกำหนดมาตรฐานในการดูแลคนใช้ร่วมกันเสนอ จัดทำเป็น Part way

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

การส่งเวรของพยาบาลคิดว่าน่าจะเป็นลักษณะการดูแลรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่สามารถเป็นวัฒนธรรมคุณภาพที่ดีอันนี้คิดว่าน่าจะเป็นเวทีที่ดีที่หนึ่งที่ทุกคนสามารถแชร์ความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาคุณภาพในระหว่างการรับส่งเวร เป็นการพัฒนาต่อยอดได้อีกด้วย

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การประชุมหน่วยงานต้องมีการ Update มาตรฐาน Update คุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะมันอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานบางสิ่งบางอย่าง ถ้าตามผู้สัมภาษณ์ว่าทำอย่างไรให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องก็คือ การประชุมหน่วยงานต้องถ่ายทอดให้เข้าใจง่ายสู่ผู้ปฏิบัติงานแล้วมาตรฐานก็จะยั่งยืน

(ID15, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

กิจกรรมต่าง ๆ มากมายทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลก็สามารถเป็นเวทีแห่งการเรียนรู้เพื่อจะได้เอาอะไรเข้ามาปรับปรุงให้สามารถใช้ในโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง.....

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

จัดเวทีให้บุคลากรมาพบมาแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จะทำให้เห็นมุมมองที่กว้างขึ้น เวลามีปัญหาแล้วจับประเด็นปัญหาขึ้นมาวาง จะได้เห็นแง่มุมคิดหลายมุมในการแก้ไขปัญหา จากคนหลายกลุ่ม

(ID14, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันจะสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวและกระตือรือร้นที่จะพัฒนางานของตนได้มองเห็นการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอื่น ได้ความรู้ เห็นทิศทางของหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล แล้วแก้ไขอย่างไร ตามปัญหาที่พบเพราะจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์มาใช้

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่อยู่เคียงข้างกับความสำเร็จเนื่องจากอุปสรรคเป็นเครื่องมือที่ช่วยวัดประสิทธิภาพหรือสะท้อนความสามารถของการปฏิบัติงานได้อีกทางหนึ่ง ด้วยเหตุนี้ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานนั้นจึงมีหลายประเด็น เช่น การเข้ามาของบุคลากรกรใหม่ที่ยังไม่ผ่านการทำมาตรฐาน การปรับพื้นฐานความเข้าใจในคุณภาพขององค์กร ทรัพยากรที่มีให้ใช้อย่างจำกัดและไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ความทันสมัยของเทคโนโลยีของอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงานหรือความสามัคคีในหน่วยงาน ก็เป็นประเด็นที่สำคัญมาเช่นกัน

ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานนั้น เกิดขึ้นเมื่อมีการรวมตัวกันของบุคคลหลาย ๆ ฝ่าย การระดมสมอง เพราะการรวมตัวกันนั้นจะทำให้เราสามารถมองเห็นปัญหาที่ไม่เคยมองเห็นมาก่อนได้ เพราะเนื่องจากตัวของบุคลากรในโรงพยาบาลนั้นยังไม่เคยเดินออกมาจากปัญหาที่มีอยู่แล้วมองกลับเข้าไปในหน่วยงาน จึงทำให้ไม่สามารถเข้าใจและเข้าถึงปัญหาที่ว่านั้นได้อย่างชัดเจน

ปัญหาหรืออุปสรรคก็จะมีบ้าง เช่นบางที่มี Staff ใหม่อาจจะยังไม่เข้าใจในเรื่องมาตรฐาน ดังนั้นต้องมีการสอน Training ให้เขา และบางครั้งพนักงานมีความเหนื่อย, ท้อบ้างในช่วงที่เริ่มปฏิบัติตามมาตรฐาน ในบางคนที่มาจากหลายที่ จะให้ตรงตาม มาตรฐานคงไม่ได้ต้องมีออกนอกเส้นบ้าง มันเป็นเรื่องที่ท้าทายที่ว่าจะทำอย่างไรให้เขาก็คือค่อย ๆ ควบคุมประคองให้เข้าสู่มาตรฐานเดียวกัน

(ID1, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

อุปสรรคก็มีบ้างเพราะเป็นองค์การใหญ่ อาจจะมีบางกลุ่มที่คงจะไม่ทำ หรือทำไม่สม่ำเสมอ ตรงนี้ก็วิธีแก้ไขโดยหัวหน้าเข้าไปกำกับดูแลอย่างทั่วถึง

(ID2, กลุ่มปฏิบัติการ)

คงในช่วงต้นของการดำเนินการมากกว่า คือ การที่ขอร้องคนเข้ามาร่วมทำงานคุณภาพคนเขาจะมองว่างานคุณภาพเป็นเรื่องเครียด เรื่องเอกสารอย่างนี้จะอันดับแรกก็คือการดึงคนเข้ามาส่วนร่วม คือ ทำยังไงให้เขาเห็นความสำคัญที่จะเข้ามาตรงนี้ ซึ่งตรงนี้เป็นเรื่องยากที่จะดึงคนเข้ามาได้แต่พอชักพัก ถ้าเราทำให้เขาดูแล้วเห็นความสำคัญ เขาสามารถเข้ามาได้เลยโดยไม่ต้องไปเชิญ ชวนไม่ต้องอะไรมาก เขาก็จะเข้ามาเป็นปัญหาและอุปสรรคข้อที่ 1 ข้อที่ 2 ก็คือเขายังมองว่าบางที คือตอนนี้ที่เราจะมีการมาตรวจเราก็ยังต้องมีการมาเตรียมกัน เพื่อพร้อมที่จะรับการตรวจเยอะพอสมควรอาจจะเรื่องของการ Continue การบำรุงรักษาคุณภาพให้อยู่กับงานประจำจริง ๆ ซึ่งผู้สัมภาษณ์ว่าตอนนี้ดีขึ้นเยอะก่อนตอนแรก หรือปีหรือ 2 ปี หลัง ถ้าเราไปดูตอนนี้บางอย่างที่เป็น Standard เขาก็จะรู้และสามารถใช้ในชีวิตประจำวันได้เลย อันนี้คิดว่าน่าจะค่อยๆหมดไป ถ้าเราสามารถทำให้งานคุณภาพหรืองานมาตรฐานต่าง ๆ อยู่ที่หน้างานหมายถึงว่าอยู่เป็นประจำ แต่ว่าตอนนี้ปัญหานี้ก็ยังมียู่

(ID3, กลุ่มผู้บริหาร)

เอาข้อดีก่อนแล้วกัน การรับรองซ้ำในส่วนของ JCI เองการที่เขามาดูต่อเนื่องเขาต้องการดู PI คุณต้องมีนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งมันมาจากมาตรฐานซึ่งต้องอัปเดตให้เป็นปัจจุบัน เช่น 3 ปีที่แล้วมีเด็กหายในต่างประเทศ JCI ก็ประกาศเลยว่าห้ามเด็กหายในโรงพยาบาล ในเมื่อทำได้ตามมาตรฐานแล้วคุณได้มองโอกาสการพัฒนาอย่างไร เช่น ในโลกนี้เรามี Good practice อย่างไรแม้ว่าเราทำงานมาตรฐานแล้ว เราต้องยกระดับให้เห็นมาตรฐานมาอีก Good practice บอกว่าถ้าเด็กหายในโรงพยาบาลเราต้องป้องกันได้ อันที่ 1 2 3 ต้องทำอย่างนู่น มันก็จะมี code PIN พอเด็กหายประกาศ Code PIN ต้องทำอะไร ใครเกี่ยวข้องบ้างตรงนี้ก็จะเป็น performance improvement ปัญหาของการรับรองซ้ำจริง ๆ แล้วผมถือว่าเป็นปัญหาที่เราได้ให้มากกว่า เราต้องมีตรงนี้ให้มากขึ้นเขาจะถามเราเลยว่า 3 ปีที่ผ่านมาเรามีอะไรที่จะต้องปรับปรุงบ้าง ตรงนี้เราจะต้องชี้แจงให้เขาเสียก่อนและศูนย์คุณภาพก็ต้องให้เครื่องมือหา good practice หาเรื่องเรื่องดี ๆ มาใส่เขา ทำ network sharing ดังนั้นสิ่งที่เขาทำได้มาตรฐานดีแล้วเรามองเห็นเขาต้องปรับปรุงอะไรต่อไป อันนี้ที่เขาจะถามหาหาคือประเด็นที่เราต้องเตรียมตัวให้มากขึ้นนั่นเอง การที่เรามีคน

ใหม่อาจจะมีเรื่องการรับพนักงานใหม่มา ซึ่งเขาไม่คุ้นเคยเลยมันก็ต้องใช้เวลา แต่ผมคิดว่าไม่ใช่ปัญหาใหญ่ เขาก็ต้องรู้ process ของการทำอะไรบ้าง ผมว่านี่เป็นข้อดีมากกว่า

(ID4, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

มี เพราะตอนนี้พยาบาลขาดแคลน คนเก่าออก คนใหม่ก็ไม่เข้ามา กว่าเราจะปลูกฝังให้พนักงานใหม่เข้ามาเป็นวัฒนธรรมมันก็ยากหน่อย แต่เราก็ใส่ระบบไปตั้งแต่แรกตอนนี้พนักงานใหม่เข้ามาเลย อุปสรรคคือทำอย่างไรให้คนใหม่เข้าอิงกับระบบตรงนี้ได้เนื่องจากพยาบาลมีความสำคัญในการทำตรงนี้ อุปสรรคในเรื่องอื่นก็คือ ความต้องการของผู้ป่วยที่หลากหลายเพราะมีเทคโนโลยีมาเกี่ยวข้อง บางคนอาจจะมีความรู้มากกว่าพนักงานบางคน

(ID5, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

ปัญหาอาจจะมีค้ะ แต่ว่าของเราก็จะมีการพัฒนาต่อเนื่องอยู่เรื่อย จนเราไม่ได้รู้สึกว่าจะเดียวมาตรวจอีกแล้วก็จะไม่ค่อยรู้สึกตรงนั้นเท่าไรก็ค่อนข้างจะทำให้มันเป็น Schedule ค้ะ

(ID6, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

มี จริง ๆ มันอยู่ตรงว่าบางครั้งการ Maintain ระบบ เช่น การขับรถเราต้องไม่คุยโทรศัพท์ระหว่างขับรถ แต่พอไปสักพักหนึ่งเราก็จะเคยชินกับแต่และพอนานๆ ไปสิ่งที่วางไว้ก็จะเป็นไปตามนั้นและการคนที่เข้าคนออก แต่ว่ามาตรฐานมันจะต้องถูกวางไว้ตั้งแต่ที่เราเรียนไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือเภสัชฯมันจะพูดได้ง่ายขึ้นเพราะบางครั้งเราจะเจอว่าถ้าหมอเขียน order ห้ามใช้คำย่อ หมอบอกไปบอกโรงเรียนแพทย์เลยเขาทำกันมาอย่างนี้ นี่และความยากมันก็คือเราต้องรักษาไว้เพื่อระบบที่ดีนั่นเองด้วย

(ID7, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ตรงนี้อาจจะเป็นปัญหาของการขอการรับรองในทุกๆด้านเลยนะคะเพราะว่า การรักษาสภาพหรือความยั่งยืน คุณภาพต่างๆ เนี่ย จะต้องมีการของงบประมาณและความร่วมมือของทุกๆฝ่าย ในทุกๆคนของบุคลากรที่เราได้อยู่ พนักงาน บุคลากร ทุกคนเป็นทรัพยากรที่มีค่ามาก เพราะว่าทุกคนที่เคยผ่านขั้นตอนนี้มาแล้วนั้นจะรู้ว่าการทำงานตามแบบแผนที่วางไว้ทำอย่างไร แต่ในทุกๆวันนี้จะมีการรับบุคลากรใหม่ๆเข้ามาเสมอ ซึ่งตรงนี้เราทำได้แค่เพียงการอบรม ให้ความรู้ และประเมิน แต่ถ้าบุคลากรเหล่านี้ไม่เคยผ่านการทำงานที่ต้องทำตามระบบที่เราวางไว้

แล้วนั่น คือสิ่งที่ยากมากที่สุดเพราะฉะนั้นถ้าจะกล่าวแบบสั้นๆก็คือ การรักษาระบบที่มีอยู่ให้สามารถใช้กับคนทุกคนได้ สามารถสื่อให้เข้าใจได้ง่ายๆเข้าใจได้ง่ายๆนั่นเอง

(ID8, กลุ่มระดับผู้บริหาร)

เป็นปัญหาหลักและเป็นสิ่งที่สำคัญเลยคะ คือการประมาทคะเพราะคิดว่าทำทุกๆวันมันเกิดความชำนาญและเกิดความประมาทเลินเล่อได้คะ เป็นกันทุกคน เราเราทำกันทุกวันเกิดความเคยชิน แต่ก็ยังมีปัญหาคะ เพราะว่าเราคงทำกันมาอย่างจริงจังมาตลอดและนั่นคือสิ่งที่ชี้วัดได้ว่าการทำงานของเรามีคุณภาพในระดับที่ดีมากเลยคะ

(ID9, กลุ่มปฏิบัติการ)

มี จริง ๆ มันอยู่ตรงว่าบางครั้งการ maintain แต่ว่ามาตรฐานมันจะต้องถูกวางไว้ตั้งแต่ที่เราเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นตัวมาตรฐานหรือหลักของการทำงานต่างๆ สิ่งที่สำคัญอย่างที่สุดคือ การนำเอาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นมานั้นเป็นตัวตั้งให้เราไขว่คว้าไปถึงจุด ๆ นั้นให้ได้ หรือเรียกว่าเป้าหมายนั่นเอง เพราะทั้งนี้การที่จะไปถึงยังเป้าหมายได้นั้น ย่อมต้องการปัญหาหรืออุปสรรคเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ไขนั่นเองซึ่งนับว่าเป็นของธรรมดา ดังนั้นการที่เกิดปัญหาหรืออุปสรรคและทำการแก้ไขนั้นเท่ากับว่าเราได้ก้าวข้ามความบกพร่องของระบบงานหรือปัญหาต่าง ๆ ไปได้แล้วนั่นเอง ทั้งนี้ยังเป็นการเพิ่มเติมประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการขอรับรองมาตรฐานซ้ำ ซึ่งนับว่าเป็นข้อดีตรงที่ว่าในครั้งหน้าเมื่อมีการขอการรับรองซ้ำอีกครั้ง เมื่อนั้นเราจะได้อาบทเรียนจากการแก้ไขปัญหาในครั้งนี้นำเป็นข้อมูลสำหรับการรับมือได้นั่นเอง

(ID 10,กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

มี อาทิการประมาทเลินเล่อจากความอ่อนล้าเนื่องจากการจัดสรรกำลังบุคลากรที่ผิดพลาด เช่นการทำงานอยู่ทุกๆวันทำให้เราเกิดความประมาทเลินเล่อไปได้บ้างเพราะอาการของความเมื่อยล้า ซึ่งเป็นเรื่องปกติของการทำงาน แต่การทำงานของเราเน้นเราพยายามให้เกิดการ Rotation งานกันเพื่อป้องกันการทำงานแบบซ้ำซาก ทั้งนี้เพราะว่าการทำงานแบบซ้ำซากเป็นเวลานานๆ นั้นเป็นผลก่อให้เกิดการทำงานที่ประมาทเลินเล่อนั่นเอง ตรงจุดนี้เองทำให้เราอาจจะพลาดทำให้เกิดการทำงานที่ผิดและทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพของการปฏิบัติงานที่จะส่งผลกระทบต่อการประเมินเพื่อการขอการรับรองซ้ำได้นั่นเอง

(ID 11,กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

มี ก็คือการทำงานนั้นบุคลากรอาจจะมีการกดดันจากการทำงานประจำวันที่ทำอยู่ ยิ่งถ้ารู้ว่ากำลังถูกประเมินไปในตัวตามตัวมาตรฐานด้วยความเครียดจะเพิ่มมากขึ้น ผลของงานก็อาจจะแยกลงได้เราจึงทำการจัดระเบียบของงานให้มีความเข้มข้นสอดคล้องกับตัวมาตรฐานเพื่อให้เกิดความเคยชินและลดความตึงเครียดจากการทำงานควบคู่ไปกับการทำตามแผนนโยบายที่ตั้งไว้นั้นเอง เพื่อป้องกันความเครียดของบุคลากรได้อีกทางหนึ่ง

(ID12, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ปัญหาและอุปสรรค นั่นคือ ความเคยชินที่มากเกินไป ทำให้เราเกิดความเกิดความประมาทเลินเล่อขึ้นได้ เพราะความเคยชินทำให้เราตายใจ เพราะเราคิดว่าเราทำทุกวัน เราเจน เรารู้ แต่ไม่มีสิ่งใดที่จะอยู่มั่นคงไปได้ตลอด เราจึงต้องมีสติตลอดเวลาเพื่อคุณภาพของงานที่สมบูรณ์แบบกว่านั้นเอง

(ID13, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ปัญหาหรืออุปสรรคก็จะมีบ้าง เช่น บางที่มี Staff ใหม่ พนักงานมีความเหนื่อยท้อบ้าง ในช่วงที่เริ่มปฏิบัติตามมาตรฐาน มันเป็นเรื่องที่ท้าทายที่ว่าจะทำอย่างไรให้เข้าสู่มาตรฐานเดียวกันได้

(ID14, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

ปัญหาหรืออุปสรรคก็จะมีบ้าง เช่น ในกรณีที่พนักงานใหม่เข้ามาพนักงานใหม่ยังไม่เคยผ่านการทำมาตรฐานมากก็มีความเหนื่อยและท้อบ้างในช่วงที่เริ่มปฏิบัติตามมาตรฐาน มันเป็นเรื่องที่ท้าทายที่ว่าจะทำอย่างไรให้เข้าสู่มาตรฐานเดียวกันได้

(ID15, กลุ่มผู้บริหารระดับสูง)

เป็นปัญหาหลักและเป็นสิ่งที่สำคัญเลยคือ การประมาทคะเพราะคิดว่าทำทุก ๆ วันมันเกิดความชำนาญและเกิดความประมาทเลินเล่อได้คะ เป็นกันทุกคน เราะเราทำกันทุกวันเกิดความเคยชิน แต่ก็ยังไม่มียุทธนะคะ เพราะว่าเราคงทำกันมาอย่างจริงจังมาตลอดและนั่นคือสิ่งที่ชี้วัดได้ว่าการทำงานของเรามีคุณภาพในระดับที่ดีมากเลยคะ

(ID16, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

เป็นปัญหาหลักที่พบเจอได้ตลอดเลยค่ะ เพราะการประมาทค่ะเพราะทำทุก ๆ วันมันเกิดความชำนาญจึงเกิดความประมาท แต่ก็ยังไม่มีปัญหาค่ะ เพราะว่าเราคงทำกันมาอย่างจริงจัง จะพลาดก็เป็นบางครั้งและเป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อยที่สามารถพลาดกันได้

(ID17, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการไม่ประมาทค่ะเพราะการประมาทเป็นบ่อเกิดของอุบัติเหตุต่าง ๆ นา ๆ ดังนั้น เราจึงต้องมีการผลัดเปลี่ยนกะหน้าที่ เข้า-บ่าย เพื่อไม่ให้เกิดการล้าระหว่างปฏิบัติงานได้นะค่ะ และนอกจากนี้ในตำแหน่งหนึ่งนั้น จะมีคนที่เบี่ยงงานเหมือนกัน 2 คนเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของหน้าที่ให้กระจายออกไปถือว่าเป็นการกระจายความเสี่ยงเลยค่า

(ID18, กลุ่มระดับปฏิบัติการ)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเอกชนระดับสากลอย่างยั่งยืน ผู้ให้ข้อมูลคือ กลุ่มผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรบุคคล ผู้จัดการฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายการ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงาน ในหน่วยงานของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งมีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และการบันทึก

เทปโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน กันยายน 2555 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษารูปได้ว่า

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน เป็นการสร้างความต่อเนื่องของกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานในระดับสากลที่เน้นการทำงานคุณภาพควบคู่ไปกับการทำงานด้วยความสุขเพื่อความยั่งยืนประกอบด้วย ประกอบด้วย 1) สร้างความเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนากับพนักงานทุกคน 2) ลงมือปฏิบัติลงมือทำด้วยตนเอง 3) อบรมอย่างต่อเนื่องและประเมินผลภายในอย่างสม่ำเสมอ 4) การทำงานต่อยอดจนกลายเป็นวัฒนธรรมคุณ

ภาพขององค์กร 5) ทำงานด้วยความสุข

ประเด็นที่ 2 กลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน โดยมีโครงการ กิจกรรม ที่ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรม 2) ผู้บริหารพบพนักงาน 3) ผู้บริหารลงพื้นที่ 4) กิจกรรมการติดตามคุณภาพการบันทึก 5) การทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 6) กิจกรรมการตรวจคุณภาพภายในองค์กร 7) การประชาสัมพันธ์ 8) การทดสอบระดับความเข้าใจ (9) จัดเวทีให้พบปะพูดคุย

ประเด็นที่ 3 ปัจจัย เงื่อนไข ที่ทำให้เกิดความสำเร็จ การพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนในโรงพยาบาลเอกชน ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล ประกอบด้วย 1) ความ

มุ่งมั่นของผู้บริหารและทีมผู้นำ 2) ความมุ่งมั่นของบุคลากร 3) แนวนโยบายการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล 4) วัฒนธรรมองค์การและ 5) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

อธิปราชผลการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน ประกอบด้วย ประเด็นที่ 1 การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน ประเด็นที่ 2 กลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพระดับสากลอย่างยั่งยืน ประเด็นที่ 3 ปัจจัย เงื่อนไข ที่ทำให้เกิดความสำเร็จ

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน

การศึกษาค้นคว้าพบว่า การพัฒนาคุณภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืน คือ การบูรณาการแนวคิดของมาตรฐานโดยเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนาด้วยความถ่องแท้แล้วถ่ายทอดกับพนักงานทุกระดับทำให้เข้าใจมากที่สุดแล้วลงมือปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน ต่อยอดตามเป้าหมายองค์การรักษาระดับคุณภาพให้มีความคงเส้นคงวาในการทำงานมากที่สุดโดยทุกคนมีส่วนร่วมว่าได้มีส่วนรับผิดชอบ มีกระบวนการยอมรับอย่างต่อเนื่อง มีประเมินภายในอย่างสม่ำเสมอ มีการพัฒนาการตรวจสอบ มีการทบทวน มีการวางแผน มีการรักษาระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการแจ้งข้อมูลตลอดเวลา เป็นองค์กรที่มีวัฒนธรรมคุณภาพ โดยทุกคนที่มีส่วนร่วมมีความสุขและสนุกกับการทำงานคุณภาพและเป็นคุณภาพที่ยั่งยืน ประกอบด้วย

1. สร้างความเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนากับพนักงานทุกคน

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า การดำเนินการพัฒนาที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ต้องสร้างความเข้าใจพื้นฐานกับพนักงานทุกคน ปรับปรุงคุณภาพเพื่อความยั่งยืน สอดคล้องกับสถาบันการพัฒนาระดับสากล (2552) ซึ่งกล่าวว่าการนำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการรับรองคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบสิ่งที่ทำได้กับเป้าหมายหรือความต้องการของลูกค้า แล้วนำมาสู่การปรับปรุงการวางระบบหรือมาตรฐานการทำงานใหม่ที่ดีกว่าเดิมและเป็นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของ

ผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดนิ่งโดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ โดยพนักงานทุกคนปฏิบัติด้วยมาตรฐานเดียวกันซึ่งส่งผลเป็นกระบวนการพัฒนาที่ก่อให้เกิดความยั่งยืน

2. ลงมือปฏิบัติลงมือทำด้วยตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การลงมือปฏิบัติลงมือทำด้วยตนเอง มีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติจนเกิดความเคยชินทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย (2549) ซึ่งกล่าวว่า การดำเนินการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ ต้องมีการปฏิบัติลงมือและทำงานอย่างเป็นระบบร่วมกับการใช้วงล้อ PDCA ซึ่งเน้นวิธีการคิดการเรียนรู้และการลงมือปฏิบัติอย่างเป็นระบบ

3. อบรมอย่างต่อเนื่องและประเมินผลภายในอย่างสม่ำเสมอ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นการสร้างความเข้าใจในงานถ่ายทอดความรู้มาตรฐานของ JCI และสร้างความเข้าใจในงานให้แก่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลได้ทราบมาตรฐานของ JCI อย่างถูกต้องและเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งกาญจน์ วรวิทัศน์ (2549) กล่าวว่า การฝึกอบรมมี 5 ขั้นตอน คือการประเมินความจำเป็นของการอบรม การกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม เพื่อพิจารณาว่าต้องการอะไรจากการฝึกอบรมดังกล่าว การเลือกวิธีที่เหมาะสมในการฝึกอบรม การดำเนินการฝึกอบรม และการประเมินผลการฝึกอบรม เพื่อตรวจสอบสัมฤทธิ์ในการฝึกอบรม โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับขั้นตอนที่ 2 คือการกำหนดวัตถุประสงค์การฝึกอบรมเพื่อใช้ประเมินว่าหลังจากที่พนักงานได้รับการฝึกอบรมไปแล้ว สามารถบรรลุหรือสอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ซึ่งการอบรมมีหลายประเภทความสำเร็จของการอบรมจะขึ้นอยู่กับวิธีการที่เลือกใช้ และความต่อเนื่องของการอบรม หากต้องการเรียนรู้ในเรื่องข้อเท็จจริงสามารถใช่วิธีการบรรยาย หากต้องการเรียนรู้เรื่องทักษะสามารถใช้วิธีการจัดอภิปราย

4. ทำงานต่อยอดจนกลายเป็นวัฒนธรรมคุณภาพองค์กร

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การพัฒนาคุณภาพเพื่อความอยู่ยั่งยืนนั้น ผู้ปฏิบัติงานมีการประเมิน ติดตาม ตนเองอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของงาน ว่าผลลัพธ์ของการ

พัฒนาเป็นอย่างไร บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่และทำให้ทราบถึงปัญหาหรือข้อบกพร่องของตนเอง ส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว และทำให้เกิดการพัฒนาเองตลอด การประเมินตนเองเป็นเหมือนการทบทวนตนเอง เป็นการทำที่ทุกคนมองย้อนดูตนเอง ดูผลงานที่ได้ทำมา เป็นการเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น ประสบการณ์จริง เพื่อป้องกันความเสี่ยงและความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และดำเนินการพัฒนาคุณภาพจนกลายมาเป็นวัฒนธรรมคุณภาพขององค์การ ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คล้ายกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชุติ (2543) ที่นำมาใช้ในการบริหารองค์การของโรงพยาบาล ที่กล่าวว่า การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการตรวจสอบตนเองของโรงพยาบาลไม่มีผู้ใดจะรู้ดีที่สุดว่าคุณภาพโรงพยาบาลเป็นอย่างไร เท่ากับผู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลเอง การเป็นระบบการตรวจสอบตนเองเพื่อเป็นหลักประกันว่าจุดอ่อน หรือข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น จะได้รับการพิจารณาปรับปรุง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นในอนาคต เป็นการให้แนวคิดในการดำเนินงานของโรงพยาบาล เกี่ยวกับโรงพยาบาลเพื่อผ่านการรับรองคุณภาพ

5. ทำงานด้วยความสุข

องค์การที่เป็นกรณีศึกษาใช้วิธีการปรับทัศนคติของการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับเรื่องการปรับวิธีการคิดและทัศนคติให้ทุกคนรู้สึกดีกับการพัฒนาคุณภาพ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนว่า “การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนคือความสุขและความสนุกกับการทำงานคุณภาพของพนักงาน” หมายถึงการที่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนได้อยู่ที่ใจของคนทำ ความรู้สึกอยากทำคิดที่อยากทำด้วยตนเอง ทำแล้วสนุกไม่ได้เกิดจากการบังคับ การพัฒนา ก็จะเกิดขึ้นได้เอง โดยการปรับวิธีการคิดและทัศนคติต้องทำอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ให้เวลา โดยอาศัยการพูดคุย โนม่น้าว สื่อสารทำความเข้าใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการคิด และทัศนคติไปในทางที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งถ้าพนักงานทำงานด้วยความสุขจะทำให้เกิดคุณภาพในการทำงานและเป็นคุณภาพที่ยั่งยืน เมื่อเปรียบเทียบความรู้ที่ได้จากผลการศึกษา กับ ทฤษฎีและงานวิจัยที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลระดับสากลกรณีศึกษาสอดคล้องกับ ทฤษฎีที่ กล่าวว่า มีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อการทำงานของพนักงานที่บริหารควบคุมได้แต่ก็มี ปัจจัยที่อยู่เหนือการควบคุมเช่นกัน เนื่องจากแต่ละคนที่เข้ามาสู่องค์การล้วนมีพื้นฐานบุคลิกภาพ ที่แตกต่างกันทั้งสิ้น เช่นบางคนมีทัศนคติบวก (Positive affectivity) มุ่งสร้างสิ่งที่ดีให้กับองค์การ และตนเองแต่บางคนก็อาจจะมีทัศนคติในด้านลบ ซึ่งจะทำให้ผู้ร่วมงานและผู้ปฏิบัติงานเอง เกิดความเครียดและไม่สนุกกับการทำงานคุณภาพ

ความรู้ที่ได้แตกต่างจากงานวิจัย และทฤษฎีที่ผ่านมา จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่มีการกล่าวถึงเรื่องการให้ความสำคัญกับความสุขของคนทำงานในการพัฒนางานคุณภาพ ซึ่งในงานวิจัยนี้ สะท้อนให้เห็นว่า ความสุขในการพัฒนางานคุณภาพเกิดขึ้นกับพนักงานได้เมื่อผู้บริหารเห็นคุณค่าของคนทุกคนในการทำงาน พบปะพูดคุยอย่างใกล้ชิด และสม่ำเสมอ ปรับทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ได้ทำในสิ่งที่ถนัด หรือชอบ มีรางวัล ให้คำชม และมีสวัสดิการที่ดี สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการทำงานด้วยความสุข และส่งผลให้งานมีคุณภาพและเป็นคุณภาพที่ยั่งยืน

ประเด็นที่ 2 กลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิธีการพัฒนา และกลยุทธ์ในการพัฒนาขององค์กรเพื่อให้เกิดความยั่งยืน มีการกำหนดเป้าหมาย กำหนดนโยบายของโรงพยาบาลในการขอรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระดับสากลอย่างชัดเจน มีโครงการและกิจกรรมที่ทำอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 1) การฝึกอบรม 2) ผู้บริหารพบพนักงาน 3) ผู้บริหารพบปะพนักงานอย่างทั่วถึงโดยลงพื้นที่ปฏิบัติงาน 4) กิจกรรมการติดตามคุณภาพการบันทึก 5) การทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 6) กิจกรรมการตรวจคุณภาพภายในองค์กร 7) การประชาสัมพันธ์ 8) การทดสอบระดับความเข้าใจ 9) จัดเวทีให้พบปะพูดคุย ซึ่งผู้บริหารมีแนวคิดและวิสัยทัศน์ที่มุ่งเน้นถึงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ยอมรับระดับนานาชาติ จึงต้องการขอการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลเพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพระดับสากลและเป็นสิ่งยืนยันการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานที่ทั่วโลกให้การยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Newstrom and Davis (1997) ที่กล่าวว่า การปรับปรุงคุณภาพของทุกสิ่งในองค์กรการมีนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจนมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่า หากพนักงานได้รับเป้าหมายที่ชัดเจน เฉพาะเจาะจง จะมีผลให้ได้ข้อมูลย้อนกลับได้ตรงกัน เพราะฉะนั้นถ้าเป้าหมายไม่ชัดเจนจะทำให้การประเมินผลไม่ได้ผลเท่าที่ควร เพื่อรักษามาตรฐานและกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานดำเนินการและปฏิบัติตามมาตรฐานสากลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยใช้เครื่องมือในรูปแบบของการประเมิน และการปฏิบัติงานกลุ่ม ตลอดจนการเสนอนวัตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2544) การปรับปรุงคุณภาพและการเพิ่มผลผลิต (Improving and quality and productivity) ว่าการกระตุ้นนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง คือการกระตุ้นพนักงานขององค์กรมีความสามารถในการคิด

เกี่ยวกับนวัตกรรม และการนำเครื่องมือต่างต่างในการบริหารงานขององค์กรเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จึงเป็นความท้าทายของผู้จัดการที่จะต้องกระตุ้นพนักงานให้มีความคิดสร้างสรรค์เพื่อการเปลี่ยนแปลงและรู้จักนำเครื่องมือในการบริหารจัดการมากระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน และทำให้เกิดความคิดเกี่ยวกับเทคนิคที่จะทำให้งานบรรลุเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่จะทำอย่างทอ่งแท้โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานให้เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี ฉิมฉลอง (2551) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน ดังนั้นการจัดเวทีให้พนักงานมาพบกันมาแสดงความคิดเห็นร่วมกัน จะทำให้เห็นมุมมองที่กว้างขึ้น เวลามีปัญหาแล้วจับประเด็นปัญหาขึ้นมาวาง จะได้แง่คิดในการแก้ปัญหามากมายจากคนหลายกลุ่มคน การจัดเวทีให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวและความกระตือรือร้นที่จะพัฒนางานของตนหน่วยงานอื่นและโรงพยาบาล ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ มากมายก็สามารถเป็นเวทีแห่งการเรียนรู้ได้เช่นกันส่วนสิ่งที่แตกต่างคือ งานวิจัยฉบับนี้บอกเทคนิคการการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนว่าการให้พนักงานได้พูดสื่อสารสิ่งที่ได้รับหรือพูดสิ่งที่คิดว่าจะนำไปปฏิบัติภายหลังจากพบปะพูดคุย เทคนิคดังกล่าวจะเป็นการสะท้อนคิดและกระตุ้นให้นำไปปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานเกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป และสอดคล้องกับ Robbins (1996) ที่กล่าวว่าการมีเวทีสำหรับการพบปะพูดคุยเพื่อให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วม (Participation) ยังเป็นวิธีการจะเอาชนะการต่อต้าน โดยการเอาบุคคลที่ได้รับผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลง ได้มีส่วนร่วมในการแก้ไข ถึงแม้การมีส่วนร่วมจะใช้เวลามาก แต่ก็จะทำให้พนักงานทั่วไปยอมรับ สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงเมื่อความคิดของเขาได้ถูกรวมเข้าไปด้วยกัน มากกว่านั้นถ้าความคิดของพนักงานได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน และมีส่วนรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงก็จะทำให้พนักงานเกิดกำลังใจในการปฏิบัติงานและยอมรับการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาคุณภาพอย่างทอ่งแท้ มีความคิดเชิงบวก มองปัญหานั้นเป็นโอกาสในการพัฒนา ให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับองค์กร และสามารถโน้มน้าวให้คนในองค์กรคล้อยตามได้ ซึ่งมีหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง เป็นครูที่ช่วยสร้างผู้รู้ในการพัฒนาคุณภาพ แต่สิ่งที่แตกต่างคือ งานฉบับนี้บอกถึง การสร้างทีม (Team building) การสร้างทีมในการพัฒนา วิธีนี้เน้นความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม ความชำนาญในการตัดสินใจหรือการทำกิจกรรม สิ่งนี้จะช่วยให้การทำงานเป็นกลุ่มได้ปรับปรุงวิธีการติดต่อสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการเพิ่มประสิทธิภาพทีมในการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน

ประเด็นที่ 3 ปัจจัย เงื่อนไข ที่ทำให้เกิดความสำเร็จ

1. ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและทีมงาน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้บริหารมีบทบาทที่สำคัญที่จะนำองค์การไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือผู้นำและทีมงานในระยะเวลาเตรียมการมีการคัดสรรบุคคลที่มีความเข้าใจในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพ มีการโน้มน้าวจิตใจของบุคคลกร สร้างทีมให้แข็งแกร่งให้พร้อมลงหน่วยต่างๆ เพื่อเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องผู้นำมีความสำคัญต่อกลุ่ม และองค์การ เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จขององค์การ และควบคุมให้บุคลากรขององค์การปฏิบัติงานต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และมีผลต่อความสำเร็จของงานและองค์การสอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2544) การพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพผู้บริหารระดับสูงศึกษาแนวคิดเรื่องคุณภาพอย่างถูกต้องแล้วจึงจัดการค้นหาผู้ประสานงานคุณภาพและเป็นผู้กำหนดคุณสมบัติของผู้ประสานงานโดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้ความสามารถในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นอย่างดี และดำเนินการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ความมุ่งมั่นของบุคลากร

การศึกษาพบว่าปัจจัยด้านบุคลากร บุคลากรทุกคนในองค์การต้องมีความพร้อมในการทำงาน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพ สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ความสามารถ ที่มีและนำมาใช้ในงานที่รับผิดชอบ มีการศึกษาหาความรู้ และมีความเข้าใจในเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากการศึกษาเพิ่มเติม การอบรม การสัมมนาต่างๆ อีกทั้งบุคลากรทุกคนต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีความผูกพันกันในกลุ่มและในการตัดสินใจแก้ปัญหาใช้ระบบการตัดสินใจแบบมติของกลุ่มเป็นสำคัญ สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2544) บุคลากรทุกระดับ ร่วมกันระดมสมองการจัดกลุ่มความคิด และเกิดความเข้าใจในงานคุณภาพที่เป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและต้องกำหนดแนวทางการพัฒนาอย่างกว้างและต่อเนื่อง

3. แนวนโยบายการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านนโยบายมีการกำหนดนโยบายอย่างชัดเจน เป้าหมายคือความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการจัดการคุณภาพรวม (Total Quality Management (TQM) ที่กล่าวว่าปรัชญาของการปรับปรุงคุณภาพอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง นั้นเกี่ยวข้องกับการบรรลุถึงความพึงพอใจของลูกค้า โดยมุ่งความสำคัญของลูกค้า (Intense focus on the customer) และมีความเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Concern for continual improvement) การจัดการคุณภาพรวมเป็นเงื่อนไขที่จะตอบสนองความพึงพอใจและจะต้องมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นตลอดเวลาด้วยแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

การพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน ภายหลังจากได้รับรองมาตรฐานเป็นโรงพยาบาลระดับสากลนั้นโรงพยาบาลต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ซึ่ง JCI จะดำเนินการเยี่ยมสำรวจซ้ำๆ ทุกๆ 3 ปี และ JCI จะมีการพัฒนามาตรฐานขององค์การอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นนอกจากความต่อเนื่องต้องมีความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพด้วย จะเห็นได้ว่าการปรับปรุงมาตรฐานทั้ง 3 ฉบับ เมื่อมาตรฐานการมีเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไป องค์การที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานระดับสากลของ JCI ก็ต้องพัฒนาตามไปด้วย การรับรองคุณภาพมาตรฐานระดับสากล เป็นเพียงการกระตุ้นในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยสิ่งที่สำคัญคือการพัฒนาตนเองของบุคลากรในหน่วยงานทุกคนที่ต้องพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอด้วยเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพระดับสากลอย่างแท้จริง

4. วัฒนธรรมองค์การ

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรมี ค่านิยม ทักษะคติที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและกล้าแสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์ กล้าที่จะเปลี่ยนแปลงคุณภาพงาน ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การไม่กล่าวโทษซึ่งกันและกัน การทำงานเป็นทีม และมีความสม่ำเสมอในการทำงาน วัฒนธรรมองค์การจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นตัวชี้นำความสำคัญของบุคลากรที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ มอร์แกน (Morgan, 1997) วัฒนธรรมองค์การจะเป็นเสมือนจิตวิญญาณขององค์การที่จะชี้นำองค์การในการดำเนินการ องค์การคุณภาพจำเป็นต้องมีวัฒนธรรมรองรับ ต้องการความคิด หรือ ความเชื่อร่วมกันของทุกคนในองค์การเพื่อจะชี้นำพาองค์การไปสู่จุดมุ่งหมายได้ วัฒนธรรมองค์การที่สำคัญสำหรับองค์การคุณภาพก็คือ

ความคิดและความเชื่อที่สอดคล้องกับนโยบาย วัฒนธรรมที่สำคัญที่สอดคล้องได้แก่ การทำงานเป็นทีม การมุ่งพัฒนาและปรับปรุงในระยะยาว การมุ่งที่การแก้ปัญหา การมีส่วนร่วมทั่วทั้งองค์การ การยึดมั่นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

5. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน มีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงและมีการสื่อสารระหว่างกันตลอดเวลา เพื่อให้ทุกคนเข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน สามารถลดปัญหาช่องว่างของการสื่อสารและการนำนโยบายไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นก่อให้เกิดการพัฒนายั่งยืน ช่วยขจัดปัญหาความไม่เข้าใจต่าง ๆ ได้ และสื่อสารเพื่อให้คนทำงานเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดขึ้นในองค์การ โดยเน้นว่าการสื่อสารกันต้องทั่วทั้งองค์การ เหตุผลเพราะเป็นองค์การขนาดใหญ่ ถ้าสื่อสารไม่ทั่วถึง พนักงานอาจจะไม่เข้าใจและไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาได้ ในองค์การกรณีศึกษาที่ใช้การสื่อสารเพื่อปรับวิธี ปรับทัศนคติของพนักงาน สร้างความเข้าใจระหว่างกัน เปิดโอกาสให้การสื่อสารเป็นการสื่อสารเพื่อให้ทุกคนมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นเพื่อการพัฒนา โดยมีเวทีให้พบปะพูดคุยกันเพื่อให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น โรงพยาบาลกรณีศึกษาขนาดใหญ่มีการสื่อสารหลายช่องทาง เทคโนโลยี สื่อสิ่งพิมพ์จึงเข้ามามีส่วนช่วย ผู้บริหารทุกระดับใช้การสื่อสารในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและผู้บริหารได้ใช้การสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจระหว่างทีมผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหารด้วย โดยมีการจัดให้มีการสื่อสารในหลายช่องทาง มีเวทีให้พบปะพูดคุยระหว่างกัน ทำให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการพัฒนา ทำให้องค์การประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพระดับสากลอย่างยั่งยืนซึ่งสอดคล้องกับ ราตรี ฉิมฉลอง (2551) ที่พบว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ การสื่อสารอย่างทั่วถึง สามารถขจัดปัญหาความไม่เข้าใจเรื่องมาตรฐาน อีกทั้งช่วยลดช่องว่างของการสื่อสารในเรื่องการนำนโยบายไปปฏิบัติของพนักงาน อีกทั้งการสื่อสารที่ทั่วถึงทำให้พนักงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน มีการรับข้อมูลข่าวสารการพัฒนาคุณภาพ ช่วยให้เกิดการพัฒนายั่งยืน และยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืนของโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองระดับสากลภายหลังการได้รับรองมาตรฐานเป็นโรงพยาบาลระดับสากล ดังนี้

ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารต้องสร้างความเข้าใจพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อการพัฒนาคุณภาพต่อพนักงาน และทำอย่างสม่ำเสมอในทุกๆวันเพื่อให้เกิดความรู้สึกอยากทำจริงๆของบุคลากรเองจึงจะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน
2. ผู้บริหารต้องส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลาให้กับพนักงาน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และเกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานและนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในการพัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่ให้ดีขึ้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
3. ผู้บริหารต้องสนับสนุนให้พนักงานให้มีการอบรมอย่างต่อเนื่องและมีการประเมินผลภายในอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้พนักงานทำงานด้วยความเข้าใจและมีคามตื่นตัวเสมอในการทำงาน
4. ผู้บริหารต้องสร้างวัฒนธรรมองค์กร และวัฒนธรรมคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กรโดยกระตุ้นให้บุคลากรคิดบวกในการพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รับผิดชอบต่อหน้าที่ พัฒนาสิ่งดีๆ ต่อการพัฒนางานคุณภาพมีความสม่ำเสมอต่อการปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนายั่งยืน
5. ผู้บริหารต้องสร้างพลังอำนาจและแรงจูงใจให้กับบุคลากร โดยตกแต่งเตือนด้วยความหวังดี ชื่นชมเพื่อให้ทุกคนมีกำลังใจในการทำงานและมีความสุขในการทำงาน

ด้านผู้ปฏิบัติงาน

1. บุคลากรต้องมีการประเมินตนเองตลอดเวลาในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้งานที่ทำอยู่ได้รับการพัฒนา มีคุณภาพและเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้
2. บุคลากรต้องมีการศึกษา ฝึกอบรม ทบทวนความรู้ ในเรื่องของมาตรฐาน การพัฒนาคุณภาพ จึงจะเกิดการทำงานด้วยความเข้าใจ และมีความสุขในการทำงาน ทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน

3. บุคลากรต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้กันภายในองค์กร จึงจะเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนของคุณภาพ
4. บุคลากรต้องมีความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน ทำงานเป็นทีม จึงจะประสบผลสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน
5. บุคลากรต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน ทำงานด้วยความสุข มุ่งประโยชน์เพื่อส่วนรวม จึงจะเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผลการศึกษาได้ค้นพบว่า การทำงานคุณภาพให้เกิดความยั่งยืนจะต้องทำให้นักงงานทำงานด้วยความสุข จึงควรทำการศึกษา กระบวนการสร้างความสุขในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน
2. บุคลากรพยาบาลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนั้นจึงควรศึกษาทัศนของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพเพื่อความยั่งยืน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลเนตร ฉิมแก้ว. 2544. **ความสำเร็จการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติชัย รัตน์. 2549. **การบริหารคุณภาพ**. เอกสารประกอบการบรรยาย สาขานโยบายและการจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกริก.
- ชัตติยา ภัทรพรพันธ์. 2551. **การศึกษากระบวนการควบคุมคุณภาพภายในตามมาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามความคิดเห็นของผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนจังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- คงขวัญ บุญรักษ์. 2551. **ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คูเมะ ฮิโตชิ . 2540. **Management by Quality**. กรุงเทพฯ ฯ: ส.เอเชีย เพรส จำกัด.
- จิตกิตมณี อัครชาติศรี. 2548. **กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรัฐม ศิริรัตน์บัลล์. 2549. **ประสบการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในต่างประเทศ**. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรัฐม ศิริรัตน์บัลล์. 2543. **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- เฉลิม หาญณรงค์. 2551. **ความเหมือนและความต่างของ HA และ JCI**. วารสารสุขภาพและความปลอดภัย, 2(5), 50-51.
- เฉลิมศรี นนทนาคร. 2549. **วัฒนธรรมองค์กรพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชาย โพธิ์ลีตา. 2547. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช. 2548. **แนวคิดในการพัฒนา (Concept of Quality Improvement)**. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการพัฒนาคุณภาพ 25 มี.ค.2548 โรงพยาบาล สงขลา.
- ณิชนก มะลิทอง. 2542. **การให้บริการบุคลากรในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงจันทร์ วงษ์สุวรรณ. 2547. **ผลการฝึกปฏิบัติการแสดงออกอย่างเหมาะสมต่อการทำงานเป็นทีมของบุคลากรการพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนาศ นุญทอง. 2542. **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. 2550. **การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS**. กรุงเทพฯ: วี. อินเตอร์ พริ้นท์.
- ธนากรไทยพาณิชย์. 2553. **ธุรกิจจะก้าวอย่างไรในยุค AEC**. Economic Intelligence Center .2(1).13-15
- นิชนันท์ ฟุ่งลัดดา. 2548. **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่คงอยู่ในงานโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. 2545. **การบริหารการพยาบาล**. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- นิภาวรรณ ศิริประเสริฐ. 2543. **ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตา ชูโต. 2540. **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พี เอ็น การพิมพ์.
- แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2550. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

- นภดล นพคุณ. 2555. **หนังสือครบรอบ 33 ปี สมาคมโรงพยาบาลเอกชน: ผลกระทบ**
 สถานการณ์สาธารณสุขไทยกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน AEC: สมาคมโรงพยาบาล
 เอกชน
- บริษัท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์จำกัด มหาชน. 2554. **รายงานประจำปี 2553.** กรุงเทพฯ:
 บริษัทโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์จำกัด (มหาชน).
- ปภณวิเศษ พานูรัตน์. 2554. **การพัฒนาแบบประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาล**
วิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
 การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมผู้ส่งออก. 2550. **โรงพยาบาลเอกชนไทยเสริมศักยภาพรองรับการแข่งขัน มุ่งเน้น**
ตลาดเอเชีย. ผู้ส่งออก. (มกราคม). 39-46.
- ภัทรชนก ถิ่นะกาญจน์. 2548. **ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการ**
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราตรี ฉิมฉลอง. 2551. **การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผ่าน**
การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ อัมชาศัย. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงของ**
ผู้บริหารการพยาบาลกับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการ
โรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- รัชดา ประครองสาย. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะองค์กร ความรู้เรื่องส่วนประสม**
การตลาดบริการสมรรถนะด้านการจัดการ กับการจัดการบริหารการบริการ
พยาบาลตามแนวคิดส่วนประสมการตลาดบริการของพยาบาลหัวหน้าหอ
ผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะ
 พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา แพร์ภาษา. 2551. **การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ**
โรงพยาบาลระดับสากล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
 พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิฑูรย์ สิมะโชคดี. 2541. **คุณภาพคือความอยู่รอด**. กรุงเทพฯ : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. 2545. **ทฤษฎีองค์การ**. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- ศิริพร แสงศรีจันทร์. 2552. **คุณภาพองค์การพยาบาลตามคุณลักษณะโรงพยาบาลดังดูดีใจ โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย. 2550. **กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์** นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- โสภณา อรัญวัฒน์. 2549. **หลักการจัดการ**. กรุงเทพฯ : แมคกรอ-ฮิล.
- สุชานันท์ บำรุงวงศ์. 2550. **ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาลเอกชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2543. **คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ จำกัด.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2542. **คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2 : นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2545. **คู่มือการวางแผนพัฒนามาตรฐาน HA การประเมินตนเองในขั้นตอนการวางแผน**. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. 2554. **จดหมายข่าว: เดินหน้าพัฒนาคนตามมาตรฐานJCI ขยายผล กลุ่ม คลินิก.12 (6).1-2**
- สมพร คำผิง. 2555. **หนังสือครบรอบ 33 ปี สมาคมโรงพยาบาลเอกชน: ปลดปล่อยศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชน กับกระแสประชาคมอาเซียน: สมาคมโรงพยาบาลเอกชน**
- สมสมัย สุธีรกันต์. 2549. **การพัฒนาและทดสอบรูปแบบการวัดการคงอยู่ของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การตามการรับรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริภัทร วงศ์ธีรุตม์. 2546. **การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเลิศ**. นครปฐม : สายสีการพิมพ์.
- สุนันทา เลานันท์. 2544. **การพัฒนาองค์การ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ดี ดี บุ๊คส์ไตร์.

- สุภาวงศ์ จันทวานิช. 2543. **วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุเมธา เฮงประเสริฐ. 2548. **ตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยในกลุ่มการ
พยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2551. **“การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล”** สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม
2554, จาก <http://www.ha.or.th/whatiaha.html> (February 2008).
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2541. **ก้าวแรกของ TOM CQI ในโรงพยาบาล**. รายงานการศึกษา
โครงการวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2543. **แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ**. กรุงเทพฯ : ฟาร์มมา เทคโนโลยี
การพิมพ์.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2544. **Roadmap to HA**. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล (พรพ.).
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2549. **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรรัตน์ อยู่เย็น. 2549. **กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล กรณีศึกษา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แฮมบริค, ดี. ซี., แนนเดอร์, ดี. เอ. และ ทซแมน, เอ็ม.แอล. 2543. **นำการเปลี่ยนแปลงแบบมือ
อาชีพ**. แปลจาก Navigating Change. แปลโดย สายฟ้า พลวายุ. กรุงเทพมหานคร:
พิมพ์ดีจำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Apinya Apichotiwong. 2008. **The Value and Benefit of Joint Commission International
(JCI) Accreditation for Thai Hospital : A Case Study of Bumrungrad Hospital**. An
independent Study Master of Business Administration Degree(International
Program) Naresuan University.

- Argyris, & D.A. Schon.. 1978. **Organizational Learning: A Theory of Action Perspective**
Reading, MA: Addison - Wesley.
- Baker, L.D. and Heaton, J.B. Managing Time : Delegation. **Effective Management in Nursing**. Sullivan, E.J. + Decker, P. editors. New York : Addison Wesley Publishing Co, 1988.
- Banard, Chester I. **The Fucntion of the Exceutive**. Cambridge Mass : Harward University Preas, 1972.
- Barney G. Glaser & Anselm L. 1967. **The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research**. Hawthorn, N.Y' : Aldine de Gruyter.
- Benner. P. 1985. **Quality of life: A phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science**. *Advances in Nursing Science*. 8(1): 1-14
- Beirut Medical Center. 2007. **Accreditation Activity/Joint Commission International**. Nursing Services. American university of Beirut medical center. (142-150).
- Burn, N. 1989. **Standards for qualitative research**. *Nursing Science Quarterly*. 2(1) : 444-452.
- Buytendijk, Frank. 2010. **Performance Leadership: the Next Practices to Motivate Your Peoples Align Stakeholders, and Lead Your Industry**. New York: McGraw-Hill.
- Crosby, P.B.. 1979. **Quality is Free: The Art of Making Quality Certain** New American Library.
- Deming. W.E.. 1986. **Out of the Crisis**. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Deming, W.E. 1986. **Out of crisis**. Boston : The Massachusetts Institute of Technology Center for Advance Engineering Study.
- Donahue K.T. and Vanostenberg P. 2000. Joint Commission International : Relationship to four models of evaluation. *International Society for Quality in Health care and Oxford University. International Journal for Quality Health care*.12(3),243-246.
- Donovan, Helen M. **Nursing Service Administration the enterprise**. C.V. Mosby, 1995.

- Dougiass, L.M. & Bevis. E.O. 1979. **Nursing management and leadership in action.**
3rd ed. Saint Louis : C.V.Mosby
- Feng-Ching Isai. 2007. Emergency nurses' Knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing.** 16(11),2088-2095.
- Florence S.D. 1992. Research in research methodology 2^{ed}. **Nursing Research collected works.** Philadelphia. Lippincott.
- Garvin, D.A.. 1988. **Managing Quality.** New York: Free Press.
- Gerald Suarez. 1992. **Tree experts on quality management Total quality leadership.**
Published for the Department of the Navy. Arlington, VA.
- Hall, R.. 1993. **The Soul of the Enterprise.** New York: Harper Business.
- Holloway, I., & Wheeler, S. 1996. **Qualitative research for nurse.** London : Blackwell Science.
- Joint Commission International (JCI). 2011. **Why-Become-Accredited.** Retrieved 28 March 2011, from <http://www.jointcommissioninternational.org/Why-Become-Accredited/>
- Holly S.W. & Sinlly A. H. 2004. Methadologic mistakes in grounded theory. **QualitativeTechniques.** Upper Saddle River, N.J Pearson/Merrill/Prentice Hall.
- Huges, L. Assessing Organizational Culture : Strategies for the external consultant. **Nursing Forum,** 1990.
- Joint Commission on the Accreditation of of health Care Organization. (online).2008.
Available form : <http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/> (2013, Mar 1)
- Lagothetis, N.. 1992. **Management for Total Quality: From Deming to Taguchi and SPC Hertfordshire.** U.K.: Prentice Hall International.
- Maurice L.M. 2005. Strategic opportunities in the oversight of the U.S. hospital accreditation system. **Health Policy.** 75(1), 109-115.
- Mehnyk, S.A. & D.R. Denzler. 1996. **Operations Management: A Value Driven Approach**
Boston MASS: Irwin McGraw-Hill.
- Morgan, G.. 1997. **Images of Organization.** CA: Sage.

- Morse, J.M. (Ed.). 1991. **Qualitative nursing research : A contemporary dialogue.** Newbury Park, CA : Sage.
- Norman K.D. & Yvonna S.L. 1998. **Grounded theory methodology an overview. Strategies of qualitative inquiry.** Thousand Oaks, CA. : Sage.
- Pamela G. R. & Jennifer J. R. 2007. Reformulation of a methodological concept in grounded theory. **Research Issues Quality Science Quality.** 20(2), 118-122.
- Parse, R. R. (1996). The human becoming theory : Challenges in practice and research. **Nursing Science Quarterly,** 9, 55-60.
- Parse, R., Coyne, A.B., & Smith, M.J. 1985. **Nursing research : Qualitative methods.** Bowie, MD ; Brady Communications.
- Patient Safety Solution. **Joint Commission International Center for Patient in focus .** Retrieved 11 March 2011, From <http://www.jcipatientsafety.org/>.
- Patricia K. 2006. Periodic performance review in the accreditation process. **Journal of Radiology Nursing,** 25(1), 13-15.
- Peplau, H. 1988. The art and science of nursing : Similarities, differences, and relation. **Nursing Science Quarterly,** 1, 8-15.
- Phillips, N. F. 2004. **Berry & Kohn's operating room technique.** St. Louis: Mosby.
- Reed, P. G. 1997. Nursing : The ontology of the discipline. **Nursing Science Quarterly,** 10, 76 -79.
- Syed, J.H , Bimal K. M. and Manju, B. 2010. **Perception of Accreditation on Human Resource Development and Management in Hospitals Accredited by CCHSA, JCI and NABH: A Comparative Study.** Retrieved 11 March 2011, From <http://www.medwelljournals.com/abstract/?doi=jeth.2010.20.24>
- USA Today. 2006. **Gallop Poll 2006 Nursing seen as most ethical occupation.** USA Today. Tuesday December 12 2006. p. 8A.
- Wolf, G.A., Bradle, J., and Greenhouse, P. 2006. **Investment in the future: a 3-Level approach for developing health care leaders for tomorrow.** *Journal of Nursing Administration.* 36(6) 331-336.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน
ใบตอบรับให้นิติเก็บข้อมูลการวิจัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูคดีที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถานัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 051/2555

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 143.1/54 : การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนุชจริย ศรีวิเศษ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักตนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 29 มีนาคม 2555

วันหมดอายุ : 28 มีนาคม 2556

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 143.1/54
วันที่รับรอง 29 มี.ค. 2555
วันหมดอายุ 28 มี.ค. 2556

เงื่อนไข

1. ผู้ที่เข้ารับทราบว่าเป็นการพิจารณาจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าในค่ากว่า 1 เดือน หรือส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมรับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และแบบคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ที่ สท. 243/2554

2 พฤศจิกายน 2554

เรื่อง ตอบรับการให้หนังสือเกี่ยวกับข้อมูลการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์
รองคณบดี ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ท่านมีหนังสือที่ ศท.0512.11/1748 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2554 ขอให้ นส.นุชจรีย์ ศรีวิเศษ นักศึกษาปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินการวิจัยประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน" นั้น โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท มีความยินดีให้ นส.นุชจรีย์ ศรีวิเศษ เข้ามาสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นายแพทย์อุดม ถิลาทวีวุฒิ)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการ

สำนักกรรมการผู้จัดการ

โทร.0-2711-8623

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยป

ชุดที่ 1 คำชี้แจงและคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย)	การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวนุชจรี ศรีวิเศษ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	อยู่ 45/1 ซ.ตรงข้ามซอยอยู่เย็น ถ.สุทธิสารวินิจฉัย ห้วยขวาง กทม. 10310 ที่ติดต่อ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิชัยยุทธ สามเสนใน พญาไท กทม. 10300 โทรศัพท์
โทรศัพท์	(มือถือ) 089-2232295 ตลอด 24 ชั่วโมง
E-mail	nucharee.sri@hotmail.com

เรียน ท่านผู้ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านกำลังได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน” ซึ่งโครงการวิจัยนี้เป็นวิทยานิพนธ์ของข้าพเจ้า นางสาวนุชจรี ศรีวิเศษ นักศึกษาระดับชั้นปริญญาโท ภาคปกติ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2552 เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การรับผู้เข้าร่วมการวิจัย เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยฉบับนี้จะเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาและตัดสินใจ

เข้าร่วมโครงการวิจัยให้กับท่าน

ผู้ประสานงานโครงการวิจัยจะส่งมอบชุดเอกสารโครงการวิจัยให้กับท่าน ซึ่งชุดเอกสารโครงการวิจัยที่ท่านได้รับจะประกอบไปด้วย เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แบบสัมภาษณ์ และซองเปล่าจำนวน 2 ซองที่ไม่มีชื่อที่อยู่หรือหมายเลขอ้างอิงใดๆ ปรากฏอยู่ เมื่อท่านได้รับเอกสารแล้วขอให้ท่านใช้เวลาในการอ่านและทบทวนข้อมูลอย่างละเอียดรอบคอบก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ในกรณีหากท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถสอบถามมายังข้าพเจ้าได้โดยตรงและตลอดเวลาที่ท่านสะดวกตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้

(ผู้ประสานงานโครงการวิจัย หมายถึง พยาบาลประจำการที่ทำหน้าที่และรับผิดชอบเกี่ยวกับงานวิจัยของฝ่ายการพยาบาล ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการสายงานพยาบาลให้ทำหน้าที่ดูแลงานวิจัยของฝ่ายการพยาบาล)

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และได้รับการรับรองทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล เป็นมาตรฐานหนึ่งที่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยให้ความสนใจเป็นอย่างมาก ซึ่งหลังจากที่ได้รับการรับรองคุณภาพและมาตรฐานแล้ว โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง องค์กรที่ผ่านการรับรองจาก JCAHO จะต้องแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นขององค์กรที่จะพัฒนาคุณภาพให้มั่นใจว่าปลอดภัยต่อสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่, ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ได้รับการรับรองเป็นการประเมินคุณภาพที่มีประสิทธิภาพและมีเครื่องมือในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันการพัฒนารูปแบบการรับรองคุณภาพจะเน้นที่ผลการปฏิบัติงาน (Performance) ที่มีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากล JCI จำนวน 14 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน เมื่อเทียบกับคู่แข่งทางด้านสุขภาพที่สำคัญในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ส่งผลให้มีผู้มารับบริการที่เป็นชาวต่างประเทศ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก เพราะค่าใช้จ่ายต่ำกว่ามีทางเลือกการดูแลสุขภาพที่มากกว่า (Apinya Apichotiwong, 2008; Joint Commission International (JCI), 2011) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ของ จูราน Juran (1988) และ Crosby (1979) มาใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานสร้างแนวคำถาม

ขอบเขตและวิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืนกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ใช้รูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) และใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) การสังเกต บันทึกภาคสนาม และการบันทึกภาพนิ่งตามที่ได้รับอนุญาตเป็นวิธีหลักในการเก็บข้อมูล

2. ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposeful sampling) สำหรับตัวอย่างคนแรก และวิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ บอกต่อ (Snowball sampling) สำหรับตัวอย่างต่อไปโดยผู้วิจัยจะอาศัยข้อมูลจากตัวอย่างคนแรกให้ช่วยแนะนำผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่ได้รับการรับรองครั้งแรกจนถึงปัจจุบันและเห็นว่าสมควรจะเป็นตัวอย่างคนต่อไป จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัวและเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย (ธานีรินทร์ ศิลป์จารุ, 2550)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพภายหลังจากผ่านการรับรองคุณภาพระดับสากลและได้ดำเนินการต่อเนื่องมาจนกระทั่งปัจจุบัน โดยงานวิจัยนี้มีผู้ร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา 4 กลุ่มดังนี้ได้แก่

1. กลุ่มผู้บริหารระดับสูง

1.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	จำนวน 1 คน
1.2 หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	จำนวน 1 คน
1.3 หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล	จำนวน 1 คน
1.4 หัวหน้าฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์	จำนวน 2 คน

2. ผู้บริหารการพยาบาล

2.1 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล	จำนวน 1 คน
2.2 หัวหน้าหอผู้ป่วย	จำนวน 6 คน
2.3 ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายด้านพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	จำนวน 1 คน

3. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงาน

3.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน	จำนวน 3 คน
3.3 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยนอก	จำนวน 2 คน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้าพเจ้าส่งหนังสือขอเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการสายงานพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลภายในโรงพยาบาล และเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยประจำสถาบันของโรงพยาบาลเพื่อขอรับการพิจารณาและรับรองทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ภายหลังจากที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ข้าพเจ้าจะติดต่อไปยังผู้ประสานงานของโครงการวิจัยเพื่อขอให้ผู้ประสานงานวิจัยส่งมอบชุดเอกสารโครงการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ให้กับท่าน

3. เมื่อท่านได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว ขอให้ท่านอ่านและทบทวนข้อมูลในเอกสารที่ได้รับอย่างละเอียดและรอบคอบ หากท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อมายังข้าพเจ้าได้โดยตรงและตลอดเวลาที่ท่านต้องการ ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้

4. ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยท่านไม่ต้องบอกเหตุผลใดๆ ทั้งสิ้นถึงแม้ว่าท่านจะได้ให้ความยินยอมไปแล้วก็ตาม ซึ่งการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือการถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่ทำให้ท่านได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

5. หากท่านตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ขอให้ท่านลงนามและวันที่อย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ท่านให้สัมภาษณ์ หากท่านรู้สึกอึดอัดหรือไม่สะดวกใจที่จะตอบคำถามไม่ว่าขณะใดก็ตาม ท่านสามารถยุติการตอบคำถามได้ทันที ซึ่งการยุติการตอบคำถามของท่านจะไม่ทำให้ท่านได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นเช่นกัน

6. ภายหลังจากการสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ขอให้ท่านส่งคืนเอกสารแสดงความยินยอมที่ท่านได้ลงนามและวันที่เรียบร้อยแล้วให้กับข้าพเจ้า โดยนำเอกสารดังกล่าวนี้ใส่ลงในซองเปล่าที่ข้าพเจ้าได้เตรียมไว้ให้ ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะป้องกันการเชื่อมโยงและรหัสไหลของข้อมูล และรักษาความลับของท่านไม่ให้ทราบว่าใครคือผู้ให้สัมภาษณ์

การถอนตัวออกจากการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านเป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือขอถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลแม้ว่าจะได้ให้คำยินยอมไปแล้วก็ตาม ซึ่งการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือการถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่ทำให้ท่านได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นเพียงการสัมภาษณ์จึงไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตราย แต่อาจทำให้ท่านต้องเสียเวลาหรือเกิดรู้สึกเบื่อหน่ายหรือวิตกกังวลกับเนื้อหาที่ตอบ ซึ่งท่านสามารถไม่ตอบหรือยุติการตอบได้ทันที การตอบคำถามนี้จะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การรักษาข้อมูลความลับของท่านเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยจะพึงระมัดระวังเป็นอย่างดีที่สุด เอกสารแสดงความยินยอมที่ท่านได้ลงนามและวันที่เรียบร้อยแล้ว และการสัมภาษณ์ของท่านจะถูกเก็บแยกจากกันเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลถึงกันได้ ทุกข้อมูลของท่านจะได้รับการปกปิดและเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเต็มที่ตลอดกาล และจะทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุด การนำเสนอผลงานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น และจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลรายบุคคลเป็นอันขาด

ประโยชน์ที่อาจได้รับจากการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ แต่ข้าพเจ้ามีความคาดหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำมาพัฒนาองค์การให้มีความยั่งยืน

ค่าตอบแทน ค่าชดเชย

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาจึงไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยในกรณีใดๆ มอบให้แก่ท่าน

หากท่านมีคำถามหรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนุชจรี ศรีวิเศษ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย อยู่ 45/1 ซ.ตรงข้ามซอยอยู่เย็น ถ.สุทธิสารวินิจฉัย ห้วยขวาง กทม. 10310
ที่ติดต่อ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิชัยยุทธ สามเสนใน พญาไท กทม. 10300

โทรศัพท์ (มือถือ) 089-2232295 ตลอด 24 ชั่วโมง

E-mail nucharee.sri@hotmail.com

ขอขอบคุณที่อ่านโครงการวิจัยและโปรดพิจารณาตามความสมัครใจ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) เรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ระดับสากลอย่างยั่งยืน

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ชุดนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน
 - ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - ตอนที่ 2 ข้อคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
ระดับสากลอย่างยั่งยืน
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้ จะสรุปเป็นภาพรวมมิได้เจาะจงเป็นของบุคคลใด
3. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพของการ
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน
4. สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามและ
ยุติการให้ข้อมูลทันที

ตอนที่ 1

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. วัน เดือน ปีที่สัมภาษณ์.....
2. อายุ.....ปี
3. เพศ.....
4. ระดับการศึกษา
 - ()ปริญญาตรีสาขา.....
 - ()ปริญญาโทสาขา.....
 - ()ปริญญาเอกสาขา.....
5. อายุการปฏิบัติงาน..... ปี
6. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน.....
7. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนี้.....ปี
8. หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน.....
9. เกียรติประวัติ/รางวัลที่เคยได้รับ.....

ตอนที่ 2 ข้อคำถามในการสัมภาษณ์

ตอนที่ 2.1 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview)

เวลาที่จะใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที

แนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจะเป็นคำถามที่ใช้เป็นแนวทางในการซักถาม พูดคุย สนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยข้อคำถามที่สร้างขึ้นจะเป็นแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งในงานวิจัยนี้มีผู้ร่วมวิจัยที่สามารถให้ข้อมูลได้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย จำนวน 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารระดับสูง

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| 1.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล | จำนวน 1 คน |
| 1.2 หัวหน้าฝ่ายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล | จำนวน 1 คน |
| 1.3 หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล | จำนวน 1 คน |
| 1.4 หัวหน้าฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ | จำนวน 2 คน |

2. ผู้บริหารการพยาบาล

- | | |
|--|------------|
| 2.1 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล | จำนวน 1 คน |
| 2.2 หัวหน้าหอผู้ป่วย | จำนวน 6 คน |
| 2.3 ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายด้านพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล | จำนวน 1 คน |

3. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ

- | | |
|--|------------|
| 3.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย | จำนวน 2 คน |
| 3.2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยนอก | จำนวน 3 คน |

ตอนที่ 2.1.1 แนวคำถามสำหรับผู้ให้ข้อมูลผู้บริหารระดับสูง / หัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. ท่านเริ่มต้นมีแนวคิดที่จะทำให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐานระดับสากล JCI ในฐานะผู้นำองค์กรระดับสูงอย่างไร
2. ท่านวางแผนเพื่อกำหนดผลงานของหน่วยงานเพื่อการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพระดับสากลอย่างไร
3. แนวนโยบายด้านมาตรฐานในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสู่ระดับสากลคืออะไร
4. หลังจากที่โรงพยาบาลผ่านการรับรองแล้ว ท่านมีแนวคิดและแผนการพัฒนาคุณภาพอย่างไร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องอย่างยั่งยืน
5. กลยุทธ์และกิจกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลของท่าน เป็นอย่างไรกรุณายกตัวอย่าง
6. สิ่งสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืนคืออะไร
7. ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองซ้ำมีหรือไม่ เป็นอย่างไร
8. บทเรียนของการพัฒนาคุณภาพระดับสากลคืออะไร เป็นอย่างไร

ตอนที่ 2.1.2 แนวคำถามสำหรับผู้ให้ข้อมูล ผู้บริหารการพยาบาล

1. หลังจากที่โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพแล้ว ได้มีแนวคิดที่จะพัฒนาอะไรต่อบ้าง เป็นอย่างไร
2. ท่านมีวิธีการนำแนวคิดการพัฒนามาดำเนินการต่อทำอย่างไรบ้าง
3. กลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องคืออะไร เป็นอย่างไร
4. มีปัญหา อุปสรรคหรือไม่ เป็นอย่างไร
5. การพัฒนาคุณภาพระดับสากลคืออะไร เป็นอย่างไร

ตอนที่ 2.1.3 แนวคำถามสำหรับผู้ให้ข้อมูลพยาบาลระดับปฏิบัติการ

1. ท่านได้รับข้อมูลเรื่องการดำเนินงานตามแนวคิดของโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพระดับสากลอย่างไร
2. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรในการปฏิบัติงานตามแนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐานสากล
3. ท่านได้รับการอบรมการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างไร
4. ท่านคิดว่าคุณภาพบริการตามมาตรฐานระดับสากลคืออะไร

5. ท่านให้การดูแลผู้รับบริการ (ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ญาติ) ตามแนวทางของโรงพยาบาล ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานอย่างไร
6. ท่านมีวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ หรือกับเพื่อนร่วมงานอย่างไร
7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างยั่งยืนเป็นอย่างไร
8. ท่านมีส่วนร่วมในการรับรู้หรือเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล อย่างไร
9. ในบทบาทหน้าที่ของท่าน ท่านได้ดำเนินการ/ทำกิจกรรมอะไรบ้าง ที่จะช่วยให้การพัฒนามีความต่อเนื่องและยั่งยืน
10. สิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง เป็นระบบ คืออะไร เป็นอย่างไร

ชุดที่ 3 ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับสากลอย่างยั่งยืน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนุชจรี ศรีวิเศษ ที่อยู่ 45/1 ซ.ตรงข้ามซอยอยู่เย็น ถ.สุทธิสารวินิจฉัย ห้วยขวาง กทม. 10310

ที่ติดต่อ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิชัยยุทธ สามเสนใน พญาไท กทม. 10300 โทรศัพท์ 089-2232295

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ให้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ และบันทึกเสียงจนบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** และผู้วิจัยจะลบทำลายเทปจากการสัมภาษณ์หลังสิ้นสุดการวิจัย โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุถึงตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวนุชจรี ศรีวิเศษ)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว นุจรีย์ ศรีวิเศษ เกิดเมื่อวันที่ 15 เดือน ตุลาคม พศ 2526 สำเร็จการศึกษาพยาบาล
ศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ปี พ.ศ.2549 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา
2552 ปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวิชัยยุทธ