

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสามารถและแนวทางพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาล
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. ประวัติโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
2. วิสัยทัศน์ และ พันธกิจโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
3. โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร
5. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล Hospital Accreditation
6. ขอบข่ายมาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณาบูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล
 - 6.1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
 - 6.2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร
 - 6.3 กระบวนการคุณภาพ
 - 6.4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
 - 6.5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
 - 6.6 การดูแลรักษาผู้ป่วย
7. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประวัติโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ดำรง แพทยาคณ (2479) ได้กล่าวถึง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาว่า
กำเนิดขึ้นในปี พุทธศักราช 2445 นับถึงปัจจุบันมีอายุถึง 100 ปี สมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราช
เทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้าพระบรมราชเทวีในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ โปรด
เกล้าฯ ให้ก่อสร้างขึ้นด้วยพระราชประสงค์ จะให้เป็นสถานรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในอำเภอ

ศรีราชาได้พึ่งพาอาศัยยามเจ็บไข้ได้ป่วย ปัจจุบัน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปตั้งอยู่บนเนื้อที่ 71 ไร่ มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยได้ 500 เตียง มีผู้ป่วยมารับบริการ 700 - 1,000 รายต่อวัน มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 1,351 คน จากผลกระทบของโครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออกของรัฐบาลตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทำให้มีประชาชนย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในเขตอุตสาหกรรมของอำเภอศรีราชาและบริเวณใกล้เคียงเป็นจำนวนมากขึ้น จึงมีผลทำให้มีผู้มารับบริการมากขึ้นเป็นลำดับ อีกทั้งโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชามีความพร้อมในการรักษาพยาบาลด้านต่าง ๆ คือ ให้บริการตรวจรักษาโรคได้เกือบทุกสาขาวิชา จะขาดเพียงสาขาจิตเวช นอกจากให้บริการตรวจรักษา โดยทั่วไปแล้ว โรงพยาบาลยังจัดคลินิกพิเศษเพื่อให้บริการผู้ป่วยเฉพาะโรคอีก คือ คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี คลินิกโรคทางเดินปัสสาวะ คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกจักษุ คลินิกหู คอ จมูก คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคภูมิแพ้ คลินิกนิรนาม คลินิกโรคผิวหนัง คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกโรคไทรอยด์ คลินิกโรคหัวใจ และคลินิกฝากครรภ์

วิสัยทัศน์ และ พันธกิจโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

วิสัยทัศน์ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา คือ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีมาตรฐานสากล ในการให้บริการสาธารณสุขแบบองค์รวมครบวงจร แก่ชนทุกชั้น โดยบุคลากรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติที่ดี ยึดหลักเมตตาการุณย์ มีคุณภาพ เน้นความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และความร่วมมือจากสังคมภายนอก เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดี สามารถดูแล ตนเองได้ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี พร้อมทั้งเป็นสถาบันฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นผู้นำทางวิชาการ (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2540)

พันธกิจ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา คือ ให้บริการด้านการแพทย์แบบองค์รวมอย่างครบวงจร (สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ) ตามหลักมนุษยธรรม แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดอัตราการเจ็บป่วย ให้การบรรเทาทุกข์แก่ผู้ประสบภัยพิบัติ ให้ความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย และแพทย์สภาในการเสริมทักษะด้านการแพทย์ การพยาบาล ด้านอื่น ๆ แก่นักศึกษาทั้งก่อนและหลังปริญญา โดยจัดบุคลากรทางการแพทย์และสายงานบริการอื่น ไปฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น ทำให้ คุณภาพของบุคลากรในด้านการบริการสูง โดยภาพรวมโรงพยาบาลมีบุคลากรที่มีคุณภาพ และ ศักยภาพสูง การพัฒนาบุคลากรโดยส่งเสริมให้มีการพัฒนาด้วย ตนเอง ให้รู้จริง กว้างขวางเพื่อนำไปปฏิบัติงานให้

ประสบความสำเร็จแล้ว ยังจะนำมาซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองและสนุกกับการทำงาน โรงพยาบาลและผู้ป่วยยังได้ชิ้นงานที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นอีก ด้านการฝึกอบรมแพทย์ใช้ทุน จะใช้การฝึกอบรมแพทย์ใช้ทุนเป็นยุทธศาสตร์การปรับปรุงงานบริการของโรงพยาบาล เพราะการปฏิบัติงานของแพทย์ใช้ทุนจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับงานบริการทั่วโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้การปรับปรุงงานฝึกอบรมแพทย์ใช้ทุนและงานบริการเป็นเรื่องเดียวกัน ตลอดจนรวบรวมงานที่เกี่ยวกับการฝึกอบรมแพทย์ใช้ทุนซึ่งยังกระจายอยู่หลายหน่วยงาน เช่น งานที่ฝ่ายผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ งานแพทย์ฝ่ายต่าง ๆ งานที่คลินิกนอกเวลา เข้าเป็นหนึ่งเดียวกันและจะร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่ออบรมแพทยศาสตรศึกษาให้แก่แพทย์ของโรงพยาบาล สนับสนุนให้มีการบริจาคโลหิต ดวงตา อวัยวะ แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบของสภาอากาศไทย อากาศอากาศ และบรรเทาทุกข์แก่ผู้ประสบภัยพิบัติในเขตจังหวัดชลบุรีและจังหวัดใกล้เคียง ตลอดจน ให้ความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นในด้านสุขภาพ (โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2540)

โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

โครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (ดังแสดงในภาพที่ 2) ปัจจุบันการบริหารงานของโรงพยาบาลได้แบ่งส่วนงานต่าง ๆ ออกเป็นฝ่าย (สภาอากาศไทย, 2538) ดังนี้

1. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
2. ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์
3. ฝ่ายการพยาบาล
4. ฝ่ายการเงินและบัญชี
5. ฝ่ายผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ
6. ฝ่ายอายุรกรรม
7. ฝ่ายศัลยกรรม
8. ฝ่ายสูติ-นรีเวชกรรม
9. ฝ่ายกุมารเวชกรรม
10. ฝ่ายศัลยกรรมกระดูกและข้อ
11. ฝ่ายจักษุ โสต นาสิก ลาริงซ์
12. ฝ่ายวิสัญญีวิทยา

13. ฝ่ายรังสีวิทยา
14. ฝ่ายทันตกรรม
15. ฝ่ายเวชศาสตร์ชั้นสูง
16. ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู
17. ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ
18. ฝ่ายโภชนาการ
19. ฝ่ายพยาธิวิทยากายวิภาค
20. ฝ่ายวิชาการ

วัตถุประสงค์ในการบริหารงาน (อนันต์ อาระเวช, 2535) มีดังนี้ คือ พัฒนาคุณภาพการให้บริการ ให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย และประทับใจ เป็นที่เชื่อถือศรัทธาของประชาชน พัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนนิสิตแพทย์ พยาบาล พัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้บริการแก่สังคมท้องถิ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พัฒนาคณาจารย์ทุกระดับให้มีความรู้ ความสามารถ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของวิทยาการต่าง ๆ ส่งเสริมการศึกษา วิจัย พัฒนางานด้านการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และ ส่งเสริมการจัดหารายได้ เพื่อบำรุงกิจการและพัฒนางองค์กร โดยไม่ขัดกับปรัชญาและปณิธานของสภาการสาธารณสุขไทย

โดยยึดนโยบายหลัก ดังนี้ พัฒนาคุณภาพการให้การรักษายาบาลให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย ประทับใจ แก่ผู้รับบริการ ส่งเสริมงานด้านวิชาการ ได้แก่ การพัฒนาการเรียน การสอนของนิสิตแพทย์ พยาบาล การส่งเสริมงานด้านการศึกษา ค้นคว้า วิจัย จัดหาโลหิตให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย พัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพเพื่อบริการสังคมในท้องถิ่น ซึ่งกำลังก้าวสู่ความเป็น NICS รวมถึงสังคมชนบทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการสื่อสารการประชาสัมพันธ์ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร อันจะนำมาซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงาน พัฒนาระบบการหารายได้ เพื่อให้มีรายได้บำรุงกิจการและพัฒนาโรงพยาบาลโดยไม่ขัดกับหลักการกาชาด ส่งเสริมสวัสดิการเจ้าหน้าที่ทุกระดับ อันจะเป็นแรงจูงใจและเพิ่มขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอันจะเป็นการป้องกันปัญหาสมองไหล และส่งเสริมการประสานสัมพันธ์กับองค์กรอื่น ๆ

บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

1. พัฒนาบริการและยกระดับขีดความสามารถทางการแพทย์
2. งานสร้างเสริมสุขภาพ และ บริหารเครือข่าย
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์

4. พัฒนาศักยภาพบุคคล

ผู้อำนวยการ				ผู้ช่วยผู้อำนวยการ		
รองผู้อำนวยการ						
ยุทธศาสตร์	- พัฒนาระบบงานต่าง ๆ ให้มีคุณภาพ - มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ - มุ่งสู่การเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ได้รับการยอมรับ	- ร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นอย่างจริงจัง - พัฒนาระบบงานต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ	- มุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ	- คณะกก. บริหาร. พ. - คณะกก. ผลิต และลูกค้าสัมพันธ์ - คณะกก. บริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล - คณะกก. บริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย - คณะกก. ดำเนินกิจกรรม 5 ส - คณะกก. ดูแลและบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ - คณะกก. บริหารงานคอมพิวเตอร์ - คณะกก. Utilization Management - คณะกก. ทบทวนระเบียบ - คณะกก. ปรับปรุงสวัสดิการเจ้าหน้าที่		- คณะกก. Medical Management - คณะกก. PCT med - คณะกก. PCT Surg - คณะกก. PCT OBS - คณะกก. PCT PED - คณะกก. PCT Ortho - คณะกก. พัฒนางาน ICU - คณะกก. ทีมนำผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน - คณะกก. ทีมผู้ป่วยใน - คณะกก. พัฒนาระบบและบริหารผ่าตัด - คณะกก. องค์การแพทย์ - คณะกก. บริหารยาและเวชภัณฑ์ - คณะกก. ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในร.พ. - คณะกก. ป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ - จรรยาบรรณ
คณะกก.	- คณะกก. พัฒนาคุณภาพ - คณะกก. ประสานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ - คณะกก. บริหารความเสี่ยง - คณะผู้ตรวจติดตามคุณภาพภายใน - คณะกก. ส่งเสริมการพัฒนาองค์กร - คณะกก. ผูกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว - คณะกก. หลักประกันสุขภาพ - คณะกก. ประกันสังคม - คณะกก. วิชาการ - คณะกก. การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ - คณะกก. ตรวจสอบภาพนอกสถานที่	- ฝ่ายบริหารงานทั่วไป - งานนโยบายและแผน - งานประชาสัมพันธ์และลูกค้าสัมพันธ์ - ฝ่ายอาชีวกรรม, ศัลยกรรม, สูติ-นรีเวชกรรม, การเวชกรรม, ศัลยกรรมกระดูกและข้อ, รักษุ ใสด ต่อ นาลิก ล้าง - ฝ่ายการพยาบาล - ฝ่ายการเงินและบัญชี - ศูนย์ UM - ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ - งานคอมพิวเตอร์และสารสนเทศ	- ฝ่ายผู้ช่วยนอกและอุบัติเหตุ - ฝ่ายทันตกรรม - ฝ่ายรังสีวิทยา - ฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟู - ฝ่ายพยาธิวิทยาวิทยาการโรค - ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู - ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ - ฝ่ายวิสัญญีวิทยา - ฝ่ายโภชนาการ - งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในร.พ.			
ฝ่าย/ศูนย์/หน่วยงาน	- ฝ่ายเวชกรรมสังคม - ฝ่ายวิชาการ - ศูนย์พัฒนาคุณภาพ - สำนักงานประกันสังคม - สำนักงานหลักประกันสุขภาพ - งานฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว					

ภาพที่ 2 โครงสร้างการบริหารงานโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

โดยแต่ละฝ่ายมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. ฝ่ายผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ มีลักษณะงาน ดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษาพยาบาล บริการคลินิกต่าง ๆ เช่นคลินิกเด็กดี คลินิกโรคผิวหนัง การรับฝากครรภ์ การวางแผนครอบครัว คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคหัวใจ ฯลฯ ตรวจรักษาผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ และผู้ป่วยคดี พร้อมทั้งส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตามที่แพทย์สั่ง รักษาผู้ป่วยที่ต้องการรักษาระยะสั้น และรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการกรณีที่ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้แน่นอน ตรวจรักษา ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภท และ บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ส่งเสริมโภชนาการ เผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ตลอดจนการป้องกันการรักษา การปฏิบัติตัว
2. ฝ่ายอายุรกรรม มีลักษณะงาน ดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ และ หลอดเลือด โรคทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ โรคไต โรคต่อมไทรอยด์ ดูแลการเรียนการสอนนิสิตแพทย์ เวชปฏิบัติ และ ให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยในด้านสุขภาพและการดูแลรักษาตนเอง
3. ฝ่ายกุมารเวชกรรม มีลักษณะงาน ตรวจและรักษาผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ให้คำแนะนำต่อผู้ปกครองเด็กในการดูแลสุขภาพเด็กขณะป่วย ดูแลการเรียนการสอนของนิสิตแพทย์ เวชปฏิบัติ ให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กตามแผนพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข และ ดูแลรักษาติดตามเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ
4. ฝ่ายจักษุ โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์ มีลักษณะงาน ดูแลและรักษาผู้ป่วย ด้าน หู คอ จมูก ตา ดูแลการเรียนการสอนนิสิตแพทย์เวชปฏิบัติ และให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยในด้าน หู คอ จมูก ตา ตลอดจนการดูแลและรักษาตนเองเบื้องต้น
5. ฝ่ายศัลยกรรม มีลักษณะงาน ตรวจและรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมทุกชนิด พัฒนางานด้านศัลยกรรมของโรงพยาบาล ส่งเสริมงานวิชาการด้านศัลยกรรม อบรมเจ้าหน้าที่ในงานด้าน ศัลยกรรม และงานอื่น ๆ ตามแต่จะได้รับมอบหมาย
6. ฝ่ายศัลยกรรมกระดูกและข้อ มีลักษณะงาน ดูแลและรักษาผู้ป่วยด้านกระดูกและข้อที่ประสบอุบัติเหตุ และ ความผิดปกติของกระดูกจากสาเหตุต่าง ๆ ดูแลการเรียนการสอนนิสิตแพทย์เวชปฏิบัติ และ ให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยในด้านกระดูกและข้อ
7. ฝ่ายสูติ-นรีเวชกรรม มีลักษณะงาน ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ดูแลผู้ป่วยในการคลอดทั้งขณะคลอด หลังคลอด ดูแลผู้ป่วยด้านนรี วางแผนครอบครัว และให้คำปรึกษาผู้มีบุตรยาก

8. ฝ่ายรังสีวิทยา มีลักษณะงาน รับผิดชอบด้านการวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์ตามที่แพทย์สั่ง ถ่ายภาพรังสี แปลผลแผ่นภาพรังสีเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค และแปลผลภาพรังสีเพื่อช่วยวินิจฉัยโรคโดยใช้เอกซเรย์อัลตราซาวด์ และ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์

9. ฝ่ายวิสัญญีวิทยา มีลักษณะงาน ให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มาผ่าตัด ช่วยเหลือแพทย์ในการให้ยาระงับความรู้สึก เตรียมเครื่องมือและยาที่ใช้ในการดมยาสลบผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยหลังดมยาสลบให้ฟื้นคืนสภาพจากยาสลบก่อนส่งกลับตึก และ ดูแลประสานงานร่วมกับแพทย์เจ้าของผู้ป่วย

10. ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ มีลักษณะงาน ลงทะเบียนผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล รับและเก็บรวบรวมประวัติผู้ป่วยทั่วไปและประวัติสูติกรรม บริการค้นหาประวัติแก่แพทย์และเจ้าหน้าที่หน่วยราชการอื่น วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ออกรายงานสถิติ ทำสถิติทั่วไปและงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

11. ฝ่ายทันตกรรม มีลักษณะงาน ดูแลและรักษาผู้ป่วยด้านทันตกรรม เช่น การถอนฟัน การอุดฟัน การรักษาโรคฟัน ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางช่องปาก การส่งเสริมวิชาการด้านทันตกรรม งานการวางแผนโดยประสานงานกับฝ่ายอื่น และงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

12. ฝ่ายพยาบาล มีลักษณะงาน ดังนี้ งานดูแลผู้ป่วยตามที่แพทย์สั่ง งานฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล งานควบคุมมาตรฐานการพยาบาล งานควบคุมคุณภาพปฏิบัติการพยาบาล งานตรวจสอบเอกสารทางการพยาบาล งานควบคุมโรคติดต่อ จัดหาและตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่ปราศจากเชื้อ งานการจัดหาโลหิต งานวางแผนโครงการทางด้านการพยาบาล งานจัดหาเอกสาร คู่มือ ตำรา ทางการพยาบาล งานประชุมวิชาการทางการพยาบาล และงานอื่น ๆ ตามแต่จะได้รับมอบหมาย

13. ฝ่ายยาและเวชภัณฑ์ มีลักษณะงาน ดังนี้คือ ดูแลรับผิดชอบการสั่งซื้อยาตามที่แพทย์สั่ง รับผิดชอบการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยตามตึกต่าง ๆ และผู้ป่วยนอก จัดปรุงยา และจัดเตรียมยา จ่ายยาให้กับเจ้าหน้าที่และครอบครัวเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และ ดูแลรับผิดชอบด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล

14. ฝ่ายเวชศาสตร์ชันสูตร มีลักษณะงาน ทำหน้าที่ตรวจเลือด ปัสสาวะ และสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ ตามที่แพทย์สั่ง บริการจัดเก็บเลือดที่เจาะเพื่อนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยทั้งของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ขอความช่วยเหลือ

รายงานผลสิ่งส่งตรวจต่อแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และงานอื่น ๆ ตามแต่จะได้รับมอบหมาย

15. ฝ่ายการเงินและบัญชี มีลักษณะงาน ออกใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลและเงินบริจาค จัดแยกประเภทบัญชีรายรับ-รายจ่ายของโรงพยาบาล จัดทำบัญชีเงินเดือนเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล จัดทำงบประมาณรายจ่ายของโรงพยาบาล ดูแลบัญชีเงินเชื่อของโรงพยาบาล และงานด้านการเงินทั้งหมดของโรงพยาบาล

16. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป มีลักษณะงาน งานการเจ้าหน้าที่ คือ บพบาทและหน้าที่ลายงานที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบปฏิบัติงานซึ่งรับผิดชอบด้านบุคลากรของโรงพยาบาล เช่น การสรรหาบุคลากร การสอบคัดเลือก การบรรจุ แต่งตั้ง การปฐมนิเทศ การประเมินผลปฏิบัติงาน เลื่อนระดับขั้นเงินเดือน การขอเครื่องราชอิสริยาภรณ์ การขอเหรียญกาชาดสมรสรูปบำเหน็จบำนาญ การลา การลาศึกษา การสอบสวน งานราชพิธีต่าง ๆ ตลอดจนด้านสวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่เจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาล งานสารบรรณ เช่น รับ-ส่งหนังสือ งานพิมพ์หนังสือ งานด้านเอกสารสำคัญต่าง ๆ ของโรงพยาบาล และ งานจัดเก็บเอกสาร งานประชาสัมพันธ์เผยแพร่กิจการของโรงพยาบาล งานวางแผนและพัฒนาโรงพยาบาล งานด้านสังคมสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยรายได้น้อย ยากจน พระภิกษุ ตลอดจนผู้สูงอายุ งานพิธีการของโรงพยาบาล งานกิจกรรมต่าง ๆ งานอาคารสถานที่ งานการรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล และงานอื่น ๆ ตามแต่จะได้รับมอบหมาย

17. ฝ่ายโภชนาการ มีลักษณะงาน ดูแลอาหารคนไข้ประจำตึกทั้งผู้ป่วยสามัญและผู้ป่วยพิเศษ จัดทำอาหารให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ดูแลและรับรองสำหรับผู้มาเยี่ยมชมกิจการของ โรงพยาบาล ดูแลเรื่องงานจัดเลี้ยงต่าง ๆ ของโรงพยาบาล และงานอื่น ๆ ตามแต่จะได้รับมอบหมาย

18. ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู มีลักษณะงาน ดูแลและบำบัดผู้ป่วยในด้านศัลยกรรมต่าง ๆ ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ บำบัดผู้ป่วยตามคำสั่งแพทย์ศัลยกรรม ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่พิการให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยในโรงพยาบาลในด้านสุขภาพของร่างกาย และงานอื่น ๆ ตามแต่จะได้รับมอบหมาย

19. ฝ่ายพยาธิวิทยากายวิภาค มีลักษณะงาน ทำหน้าที่ควบคุม ดูแล รับและลงทะเบียนสิ่งส่งตรวจ (Specimens) การตรวจ จนถึงการทำรายงานผลการตรวจให้แก่แพทย์และเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง

20. ฝ่ายวิชาการ มีลักษณะงาน การพัฒนาบุคลากรภายในโรงพยาบาล งานส่งเสริมและเผยแพร่วิชาการ งานเวชนิทัศน์ และโสตทัศนศึกษา ดูแลรับผิดชอบการผลิต และการใช้สิ่งแสดงทางการแพทย์ทั้งหลาย ทั้งทางภาพและเสียง เพื่อสนองวัตถุประสงค์ในการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ เพื่อการศึกษา งานห้องสมุด ดูแลการจัดการรวบรวม การจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ซึ่งตำรา วารสาร สิ่งพิมพ์ และอื่น ๆ ทางวิชาการ ทั้งทางด้านการแพทย์ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล งานวางแผนและพัฒนา งานวิจัย และ งานธุรการ งานศูนย์พัฒนาคุณภาพดูแลรับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยง งานประกันคุณภาพ และงานพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จากประวัติโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตลอดจนวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ นโยบาย และบทบาทหน้าที่ จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ โดยไม่จำกัดเพศ วัย เศรษฐฐานะ และความคิดเห็นทางการเมือง ตลอดระยะเวลา 100 ปี ที่ผ่านมามีการพัฒนาปรับปรุงทั้ง บุคลากร บุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ อาคารสถานที่ ตลอดจนนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาให้บริการแก่ผู้มารับบริการเสมอมา โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการที่จะดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อการบริการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้มารับบริการจากทางโรงพยาบาล มาตรฐานโรงพยาบาลมาเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการจัดการคุณภาพ/คุณภาพทั้งองค์การ

คุณภาพคือสภาวะที่เป็นพลวัต (Dynamic State) เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ บริการ คน กระบวนการ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งตรงหรือเกินความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Geetsch, 1997)

คุณภาพหมายถึงคุณลักษณะโดยรวมของสิ่ง ๆ หนึ่ง ที่แสดงออกซึ่งความสามารถในการที่จะตอบสนองต่อความต้องการ (ของลูกค้า/ผู้รับบริการทั้งที่ระบุได้ชัดแจ้งหรือที่ควรจะเป็น (ISO 8402)

การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม (Total Quality Improvement / TQM) หรือเรียกว่าการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement / CQI) ในประเทศญี่ปุ่นเรียกว่าการควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์การ (Company – Wide Quality Control / CWQC)

การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ ระบบบริหารจัดการที่มุ่งเน้น การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการปรับปรุงขั้นตอน หรือกระบวนการทำงาน โดยนำเครื่องมือทางสถิติมาประยุกต์ใช้ มีเป้าหมายเพื่อสร้างความพึงพอใจให้เกิดแก่ผู้ใช้บริการอย่างสมบูรณ์

โดยหลักการสำคัญของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมี 3 ประการคือ

1. การให้ความสำคัญแก่ผู้ใช้บริการหรือลูกค้า (Customer Focus)
2. ให้มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง (Process Improvement)
3. การให้บุคลากรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมการบริหารคุณภาพขององค์การ

(Total Involvement)

ได้มีผู้ให้ความหมายของการจัดการคุณภาพทั้งองค์การไว้ดังนี้

ไฟแกนบัม (Feigenbaum, 1986, p. 20) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์การเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ที่รวบรวมความพยายามของกลุ่มต่าง ๆ ในองค์การ เพื่อพัฒนาธำรงรักษาและปรับปรุงคุณภาพการผลิตและการบริการ โดยยังคงรักษาระดับความพึงพอใจของลูกค้าไว้ได้อย่างสมบูรณ์

จอร์ชและเดวิส (Goetsch & Davis, 1994, p. 12) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์การคือวิธีการจัดการธุรกิจ เพื่อให้องค์การสามารถแข่งขันในตลาดได้สูงสุด ด้วยการปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ บริการ บุคลากร กระบวนการและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม

องอาจ วิพุทธศิริและคณะ (2540, หน้า 29) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์การเป็นวิธีการเปลี่ยนสภาพการทำงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์การ มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพงานของแต่ละคนเพื่อการปรับปรุงในสายงานให้มีความเป็นทีม ขยายการเชื่อมโยงตามขบวนการและคร่อมสายงานจนได้ผลผลิตหรือบริการเป็นที่พึงพอใจของลูกค้า

วีระพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540, หน้า 20) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์การคือปรัชญาแห่งชีวิตขององค์การธุรกิจ เป็นระบบบริหารที่ทุกคนทุกแผนกทุกขั้นตอนการผลิตดำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อยโดยใช้วิธีคิดและวิธีการแบบ PDCA วิธีการทางสถิติ ใช้เครื่องมือควบคุมคุณภาพเพื่อปรับปรุงมาตรฐานการทำงานให้มีคุณภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรและเทคโนโลยี โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า บุคลากรและสังคม

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2539, หน้า 15) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์การเป็น การบูรณาการทางการจัดการที่ใช้หลักการ เทคนิควิธี และการปฏิบัติในการสร้าง ปรับปรุงและ พัฒนาคุณภาพในทุกภาวะกิจขององค์การ โดยสมาชิกทุกคนเพื่อยกระดับความสามารถขององค์ การในการตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างเป็นแบบแผนและต่อเนื่อง

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539, หน้า 9) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์การเป็น กระบวนการอย่างมีระบบ และมีโครงสร้างในการสร้างความร่วมมือของทั้งองค์การ ในการวางแผนและลงมือปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สิทธิศักดิ์ พฤษชัยพิติกุล (2544, หน้า 10) กล่าวว่าคุณภาพหมายถึง การตอบสนอง ความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการเคารพสิทธิและ ศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ และยังกล่าวว่า หัวใจสำคัญที่สุดที่ทุกคนควรเข้าใจก็คือ การพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลตามกระบวนการ Hospital Accreditation เป็นการพัฒนาคุณภาพตาม ปรัชญา TQM นั้นเอง แต่เป็น TQM ที่มีแปลความให้สอดคล้องกับกิจกรรมของโรงพยาบาลในรูป แบบของมาตรฐานโรงพยาบาล

สำหรับมาตรฐาน Hospital Accreditation กำหนดให้ คุณภาพ หมายถึงการตอบสนอง ความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการเคารพสิทธิของ ศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ โดยมีมิติแห่งคุณภาพดังนี้

1. ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถ (Competency)
 2. บริการเป็นที่ยอมรับ ตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ (Acceptability)
 3. บริการมีความเหมาะสมได้ตามมาตรฐานที่กำหนดและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชา ชีพ (Appropriateness)
 4. บริการมีประสิทธิภาพ ได้ผลการบริการหรือผลการรักษาที่ดี (Effectiveness)
 5. บริการมีประสิทธิภาพ มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Efficiency)
 6. บริการมีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายหรือผลแทรกซ้อน (Safety)
 7. สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีให้บริการเมื่อจำเป็น (Accessibility)
 8. ความเท่าเทียมกันในการรับบริการ (Equity)
 9. ความต่อเนื่องในการให้บริการ หรือดูแล รักษาพยาบาล (Continuity)
- ระบบคุณภาพมีวิวัฒนาการมาเป็นลำดับ ในแต่ละยุคมีจุดเน้นที่แตกต่างกันดังนี้ (Lim,

1. ยุคของการตรวจสอบ

ยุคแรก ๆ ของการพัฒนาคุณภาพ เริ่มต้นประมาณสงครามโลกครั้งที่สอง มีการพยายามหาวิธีการตรวจและทดสอบดูว่ากระสุนปืนที่ผลิตได้มีคุณภาพหรือไม่ ต่อมาได้มีการพัฒนาจนกระทั่งเกิดเป็นมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจและทดสอบที่เรียกว่า Military Standard จำนวนมากมายหลายฉบับ เป็นที่นิยมใช้กันจนกระทั่งปัจจุบัน วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบ เพื่อดันหาว่าสินค้าหรือบริการที่ได้ตรงตามมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ หากไม่ผ่านเกณฑ์หรือไม่ผ่านการตรวจสอบแสดงว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีปัญหาห้ามนำไปใช้ในการผลิตหรือให้บริการในขั้นตอนต่อไป

ตัวอย่างการตรวจสอบ ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล อาทิ

การตรวจรับยา ก่อนเก็บเข้าคลังยา

การตรวจสอบเวชภัณฑ์ที่ผ่านการนั่งฆ่าเชื้อแล้ว

การตรวจสอบความถูกต้องก่อนการให้เลือด

การตรวจสอบคุณภาพและความถูกต้องของฟิล์มเอกซเรย์

การตรวจสอบความถูกต้องของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจสอบความครบถ้วนของผ้าก๊อชซับเลือดและเครื่องมือหลังการผ่าตัดเป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพแม้จะเป็นกิจกรรมคุณภาพเบื้องต้นที่จำเป็น อย่างไรก็ตามเป็นสิ่งที่มีต้นทุน การจัดระบบตรวจสอบจึงจำเป็นจะต้องพิจารณาผลได้และต้นทุนที่เกิดขึ้น และต้องพิจารณาปริมาณของการตรวจสอบว่าจะทำทุกรายหรือจะสุ่มตัวอย่างทำบางรายจึงจะคุ้มค่า สำหรับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล การตรวจสอบควรเน้นไปที่การป้องกันความเสี่ยงต่อการให้บริการที่ผิดพลาดแก่ผู้ป่วยและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีหน้าที่ตรวจสอบตลอดจนเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบให้ชัดเจน

2. ยุคของการควบคุมคุณภาพ

การควบคุมคุณภาพหมายถึง กิจกรรมคุณภาพเชิงเทคนิคที่ใช้เฝ้าระวังกระบวนการและมุ่งขจัดสาเหตุของสิ่งที่ไม่พึงประสงค์เพื่อป้องกันข้อบกพร่อง นั่นหมายความว่าจะต้องมีการเฝ้าระวังกระบวนการให้บริการ และเมื่อพบข้อบกพร่องใด ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการ ก็พยายามหาสาเหตุ แก้ไขปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก

ตัวอย่างกิจกรรมการควบคุมคุณภาพที่มีในโรงพยาบาล อาทิ

การกำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพของกระบวนการให้บริการต่าง ๆ และทำการเฝ้าระวังดัชนีชี้วัดดังกล่าวด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม เช่น Control Chart หากผลการให้บริการไม่ได้ตาม

เป้าหมายที่กำหนด ก็จัดให้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา หาทางแก้ไขปัญหา และปรับปรุงกระบวนการเสียใหม่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก

การทดสอบสมรรถนะของเครื่องมือตรวจในห้องปฏิบัติการโดยใช้สิ่งส่งตรวจควบคุมที่ทราบค่าแน่นอนแล้ว (Control Specimen)

เมื่อมีข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ มีการจัดระบบเพื่อค้นหาสาเหตุ หาทางจัดปัญหา และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

เมื่อพบมีข้อผิดพลาดในการให้บริการ มีการประชุมหรือจัดตั้งทีมเพื่อค้นหาสาเหตุ หาทางแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เป็นต้น

กิจกรรมควบคุมคุณภาพดังกล่าวข้างต้น จัดเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับโรงพยาบาล เพื่อพยายามอ้างไว้ซึ่งระดับคุณภาพที่ต้องการ โรงพยาบาล จึงควรจะต้องให้มีกิจกรรมเหล่านี้ อย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม

3. ยุทธศาสตร์การประกันคุณภาพ

การประกันคุณภาพเป็นปฏิบัติการทั้งหมดที่ได้รับการวางแผนและจัดทำอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มั่นใจว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการสามารถตอบสนองความต้องการด้านคุณภาพที่กำหนด หมายความว่า แทนที่จะรอให้มีปัญหาเกิดขึ้นก่อน แล้วจึงค่อยมีกิจกรรมควบคุมคุณภาพ ระบบประกันคุณภาพจะมุ่งเน้นการวางแผนล่วงหน้า เพื่อป้องกันปัญหาเป็นสำคัญ โดยจะคำนึงถึงปัจจัยทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่วัตถุดิบ เครื่องมือ อุปกรณ์บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน กระบวนการให้บริการ ความเสี่ยงหรือโอกาสผิดพลาดทั้งหมดที่อาจมี รวมทั้งหาทางควบคุมกระบวนการเพื่อป้องกันความเสี่ยงและข้อผิดพลาดทั้งหมดไม่ให้เกิดขึ้น

ตัวอย่างกิจกรรมคุณภาพที่แสดงการประกันคุณภาพ อาทิ

การค้นหาความต้องการของลูกค้าและจัดตั้งเป้าหมายคุณภาพ

การวางแผนหรือวางแผนการให้บริการ

การจัดทำแผนคุณภาพ ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ Clinical Practice Guideline ตลอดจนคู่มือปฏิบัติงานต่าง ๆ

การวางแผนเรื่องทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการ

การวิเคราะห์ความเสี่ยง และการป้องกันความเสี่ยง

การควบคุมกระบวนการให้บริการให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่วางไว้

การตรวจสอบหรือประเมินคุณภาพภายใน

การควบคุมดัชนีชี้วัดให้ได้ตามที่กำหนด

โปรดระลึกเสมอว่า การประกันคุณภาพถือเป็นระดับคุณภาพขั้นต่ำสุดที่มาตรฐาน HA คาดหวังจากโรงพยาบาล

4. ยุทธศาสตร์ของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) เป็นแนวทางการบริหารแบบหนึ่งซึ่งพยายามทำให้องค์กรเกิดศักยภาพในการแข่งขันสูงสุดโดยผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพของทั้งผลิตภัณฑ์ บริการ คน กระบวนการ และสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง

หัวใจหลักของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรประกอบด้วย

ใช้หลักการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ องค์กรจะต้องมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขึ้น ซึ่งประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และกิจกรรมที่ต้องกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ลูกค้าหรือผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง องค์กรจะต้องถือลูกค้าหรือผู้รับบริการ (ทั้งภายในและภายนอก) เป็นศูนย์กลางเสมอ โดยที่ลูกค้าภายนอกจะเป็นผู้กำหนดคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการขององค์กร ขณะที่ลูกค้าภายในจะเป็นผู้ช่วยกำหนดคุณภาพของคน คุณภาพของกระบวนการ ตลอดจนสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงควรมีการสำรวจความต้องการของลูกค้า และจัดผลิตภัณฑ์/บริการ ระบบงาน กระบวนการ คนและสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องหรือเกินกว่าความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้า

ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ องค์กรจะต้องมีความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้าที่จะพัฒนาหรือปรับปรุงคุณภาพโดยจะต้องเป็นความมุ่งมั่นที่ถาวร (ไม่ใช่เห่อตามกันเป็นแฟชั่นหรือตามนโยบายของหน่วยเหนือ) และบุคคลที่ควรมีความมุ่งมั่นมากที่สุดคือ ผู้นำสูงสุดขององค์กร

คิดเรื่องคุณภาพตลอดเวลา องค์กรต้องสร้างวัฒนธรรมให้พนักงานทุกระดับมีจิตสำนึกและตระหนักเรื่องคุณภาพตลอดเวลา มีการกำหนดความหมายของคุณภาพขององค์กร พนักงานทุกระดับจะต้องคิดใคร่ครวญในเรื่องคุณภาพตลอดเวลา และหมั่นถามตนเองอยู่เสมอว่า "เราจะทำให้ดีขึ้นกว่านี้ได้อย่างไร"

มีการทำงานเป็นทีม องค์กรต้องสร้างบรรยากาศให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม มีการร่วมกันรับผิดชอบ ร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันแก้ไขและปรับปรุงคุณภาพโดยใช้กลไกกลุ่ม รวมทั้งมีการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

ใช้หลักคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์ องค์กรจะต้องใช้แนวทางการบริหาร การตัดสินใจ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา โดยใช้หลักคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์ นั่นหมายความว่า องค์กรควรจัดให้มีการทำงานที่เป็นระบบ มีการเปรียบเทียบข้อมูล (Benchmark) มีการเฝ้าระวังผลงานขององค์กรหรือ

ดัชนีชี้วัดต่าง ๆ มีการตัดสินใจโดยใช้สถิติหรือข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์ และพยายามปรับปรุงให้ดีขึ้น

ปรับปรุงระบบงานและกระบวนการอย่างต่อเนื่อง องค์การจะต้องมีการทบทวนระบบงานและกระบวนการที่ทำอยู่ และหาทางปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง องค์การไม่ควรพอใจแต่เพียงการไม่มีปัญหา แต่ควรหมั่นถามตนเองว่า “จะปรับปรุงระบบงานหรือกระบวนการให้ได้ผลดีขึ้น มีผลผลิตสูงขึ้น และผู้รับบริการพอใจมากขึ้นได้อย่างไร” ประเด็นนี้เป็นจุดต่างที่สำคัญระหว่างระบบประกันคุณภาพกับระบบจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร องค์การใดที่ยึดติดกับระบบประกันคุณภาพมากเกินไปมักคิดว่าไม่จำเป็นต้องมีกิจกรรมคุณภาพใด ๆ เกิดขึ้น ตราบเท่าที่ดัชนีชี้วัดคุณภาพหรือชี้วัดผลงานยังคงบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด แต่ในขณะที่องค์กรซึ่งใช้ปรัชญาการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร จะยังคงดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้นตลอดเวลา โดยจะไม่พอใจเพียงแค่การควบคุมคุณภาพให้ได้ตามเป้า ด้วยปรัชญาการทำงานเช่นนี้ จะช่วยให้องค์กรบรรลุความเป็นเลิศได้ ในขณะที่การประกันคุณภาพจะเป็นเพียงการคงไว้ซึ่งระดับคุณภาพตามที่กำหนดเท่านั้น

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล Hospital Accreditation

Hospital Accreditation (HA) เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภสฤตกุล และคณะ 2542)

ถ้าพิจารณาตามคำจำกัดความที่ให้ไว้ข้างต้นจะพบว่า

1. Hospital Accreditation (HA) เป็นกลไกอันหนึ่ง (Mechanism) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้องค์กรเกิดการพัฒนากระบวนการ
2. การพัฒนาระบบงานจะต้องเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ และทั่วถึงทั้งองค์กร
3. Hospital Accreditation (HA) จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ การแก้ไขปัญหาและเรื่องอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารคุณภาพของโรงพยาบาล
4. Hospital Accreditation (HA) คาดหวังที่จะให้โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองและพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยั้ง โดยใช้แนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล

Hospital Accreditation (HA) กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาได้อย่างไร ?

กลไกของ Hospital Accreditation (HA) ที่จะช่วยกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาระบบงานมีได้หลายมิติ

มิติที่ 1 ในฐานะที่ Hospital Accreditation (HA) เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจาก Hospital Accreditation (HA) เป็นมาตรฐานคุณภาพระบบหนึ่ง มีแนวคิดพื้นฐานเช่นเดียวกับระบบ (Total Quality Management) TQM ซึ่งมุ่งเน้น

1. ความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั่วทั้งองค์กร (Total Commitment/Total Involvement)
2. ความต้องการของลูกค้าหรือผู้ป่วยเป็นหลัก (Customer / Patient Focus)
3. การมีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง (Strong Leadership Support)
4. การทำงานร่วมกันเป็นทีม (Team Approach)
5. การเสริมพลังแก่บุคลากรทุกระดับ (Empowerment)
6. การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในองค์กร (Interdependency)
7. การคิดอย่างเป็นระบบ (System Thinking) โดยมุ่งกระบวนการและระบบงานเป็นหลัก (Process Based) และ
8. การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Continual Improvement)

มิติที่ 2 ในฐานะที่ Hospital Accreditation (HA) เป็นมาตรฐานโรงพยาบาล

เนื่องจาก HA ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งในมาตรฐานโรงพยาบาลจะมีข้อกำหนดต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลพึงมี หากโรงพยาบาลนั้นตรวจสอบตนเองกับมาตรฐานดังกล่าว และเร่งปรับปรุงระบบงานที่ยังไม่สอดคล้องกับมาตรฐานจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องได้

มิติที่ 3 ในฐานะที่ Hospital Accreditation (HA) เป็นกระบวนการรับรองคุณภาพ

เนื่องจาก Hospital Accreditation (HA) เป็นกระบวนการรับรองคุณภาพ หากโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพจะส่งผลในด้านบวกต่อโรงพยาบาลหลายประการ ทั้งในด้านการเสริมสร้างภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นให้แก่สังคมและผู้รับบริการ การส่งเสริมศักยภาพในการแข่งขัน การเสริมสร้างระบบบริหารจัดการที่ดีขององค์กร (Good Governance) ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ สำหรับโรงพยาบาลซึ่งยังไม่ผ่านการรับรอง ก็อาจได้รับผลกระทบในเชิงลบทั้งจากสังคมและองค์กรซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ดังนั้น การที่โรงพยาบาล

จะได้รับการรับรองคุณภาพหรือไม่ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง

หากศึกษาประเทศที่มีโปรแกรม Hospital Accreditation (HA) มานาน จะพบว่ายังมีปัจจัยทางกฎหมายและปัจจัยด้านนโยบายของรัฐมาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา หากโรงพยาบาลใดไม่ผ่านการรับรองคุณภาพจากรัฐ จะไม่ได้ต่อไปอนุญาตประกอบการของรัฐนั้น ซึ่งหมายถึงการปิดทำการของโรงพยาบาล ในประเทศแคนาดา หากโรงพยาบาลใดไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA จะไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลเป็นต้น

เส้นทางสู่มาตรฐานโรงพยาบาล (HOSPITAL ACCREDITATION)

โรงพยาบาลสามารถมองภาพรวม (Overview) ให้ออกว่าเมื่อทำการพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการ HA เสร็จแล้วจะเป็นเช่นไร แต่ยังมีหนทางมากมายเป็นร้อยเป็นพันวิธีที่สามารถบรรลุมาตรฐาน HA ได้เช่นกัน แนวทางง่าย ๆ แนวทางหนึ่งที่ขอนำเสนอ เริ่มตั้งแต่

1. ผู้นำองค์กรและผู้บริหารองค์กรต้องมีความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้าในการพัฒนาโรงพยาบาลเข้าสู่มาตรฐาน HA ข้อนี้สำคัญที่สุด และถือเป็นปัจจัยที่วิกฤตที่สุด หากองค์กรใดปราศจากความมุ่งมั่นและการสนับสนุนจากผู้นำองค์กรและผู้บริหารองค์กรแล้ว ยากที่องค์กรเหล่านั้นจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ

2. ผู้นำองค์กรและผู้บริหารองค์กร ทำการค้นหาตัวแทนขององค์กรผู้ซึ่งมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาคุณภาพ มีความมุ่งมั่น หุ่มเหและพร้อมที่จะทำงานหนักเพื่อองค์กรจำนวนหนึ่ง โดยทั่วไปประมาณ 5-10 คน ตัวแทนองค์กรเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลเสมอไป การได้มาซึ่งบุคคลผู้มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างแท้จริง มีความสำคัญมากกว่าการได้มาเพราะเขาเหล่านั้นมีตำแหน่งใหญ่โตหรือแต่งตั้งเพราะเกรงใจ สุดท้ายได้แกนนำคุณภาพที่อ่อนแอ ไม่หุ่มเห

3. ผู้นำองค์กรทำการแต่งตั้งคณะทำงานชุดดังกล่าวให้เป็นแกนนำด้านคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการ พร้อมมอบหมายอำนาจ หน้าที่และความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ

4. คณะกรรมการประสานงานคุณภาพทำการรวบรวมองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ ความรู้พื้นฐานด้านคุณภาพ หัวใจและปรัชญาของกระบวนการ TQM/HA มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเษก กระบวนการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐาน สิ่งที HA คาดหวัง เป็นต้น

5. คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ ทำการวิเคราะห์องค์การโดยเปรียบเทียบกับข้อกำหนดของมาตรฐาน เพื่อทราบจุดอ่อนจุดแข็งของโรงพยาบาลตนเอง

6. คณะกรรมการประสานงานคุณภาพทำการวางแผนงานทั้งหมด เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้บรรลุตามเจตนารมณ์ของกระบวนการมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) และสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนนิกเชก นำเสนอผู้นำองค์กรและคณะผู้บริหารพิจารณา

7. ผู้นำองค์กรและคณะผู้บริหาร พิจารณออนุมัติแผนงาน และให้การสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ และบุคลากรอย่างเพียงพอ

8. คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ จัดอบรมให้ความรู้เรื่องจิตสำนึกเรื่องคุณภาพ การประกันคุณภาพ และพัฒนาคุณภาพหัวใจของมาตรฐานโรงพยาบาลและกระบวนการ Hospital Accreditation ทักะการทำงานเป็นทีม เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ (CQI Tools) การบริหารความเสี่ยง และความรู้อื่น ๆ ที่จำเป็น ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล

9. ผู้นำองค์กร คณะผู้บริหาร คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ และตัวแทนหน่วยงานร่วมกัน

9.1 สำรวจความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับบริการ

9.2 วิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อน จุดแข็งขององค์กร

9.3 กำหนดเป้าหมายร่วมขององค์กร (Goals)

9.4 กำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) และแนวทางการปฏิบัติ (Guiding Principle)

9.5 กำหนดกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ที่โรงพยาบาลจะใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

9.6 จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

9.7 จัดทำแผนปฏิบัติการหรือแผนพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

9.8 กำหนดวัตถุประสงค์หลัก (Broad Objectives) และดัชนีชี้วัดผลงาน (Performance Indicators)

9.9 กำหนดวิธีการติดตามผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์

9.10 กำหนดความถี่ในการทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์

10. ผู้นำองค์กร คณะผู้บริหารและ/หรือ คณะกรรมการประสานงานคุณภาพกำหนดโครงสร้างการบริหารคุณภาพของโรงพยาบาลขึ้น โดยจัดให้มีคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ตามความ

เหมาะสม เพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาระบบงานระดับโรงพยาบาลในด้านต่าง ๆ ตามที่มาตรฐานโรงพยาบาลกำหนด เช่นอาจจัดให้มี

10.1 คณะกรรมการจริยธรรมและความเสี่ยง รับผิดชอบเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์กร และความเสี่ยงด้านกฎหมาย

10.2 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย รับผิดชอบเกี่ยวกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะ ระบบบำบัดน้ำเสีย การป้องกันอัคคีภัยและระบบรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล

10.3 คณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ รับผิดชอบเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากร

10.4 คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อ รับผิดชอบพัฒนางานเกี่ยวกับระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

10.5 คณะกรรมการสารสนเทศและเวชระเบียนรับผิดชอบเรื่องการพัฒนาระบบสารสนเทศและระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล

10.6 องค์กรแพทย์รับผิดชอบเรื่องการทำก้าบดูแลมาตรฐานเวชปฏิบัติ จริยธรรมจรรยาบรรณของแพทย์ และการพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถของแพทย์ ตลอดจนการพัฒนาแนวทางการรักษาพยาบาล และกิจกรรมการทบทวนผลการรักษา

10.7 ฝ่ายการพยาบาล รับผิดชอบเรื่องการทำก้าบดูแลมาตรฐานการพยาบาล จริยธรรม จรรยาบรรณของพยาบาลและพัฒนาทักษะความรู้ความสามารถของพยาบาล

คณะกรรมการชุดต่าง ๆ เหล่านี้ ต้องทำการศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลในหมวดที่ตนเองรับผิดชอบ และจัดทำพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขตการให้บริการ เป้าหมาย (Goals) และวัตถุประสงค์ (Objectives) ของตนเอง (จะต้องสอดคล้องกับเป้าหมายรวมของโรงพยาบาล) รวมทั้งแผนงานที่จะให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ส่งให้ผู้นำองค์กร คณะผู้บริหาร หรือคณะกรรมการประสานงานคุณภาพ เพื่อที่จะได้ติดตามความก้าวหน้าต่อไป

11. ผู้นำองค์กร คณะผู้บริหารและ/หรือคณะกรรมการประสานงานคุณภาพ กำหนดโครงสร้างของทีมพัฒนาคุณภาพอื่น ๆ ตามปรัชญาการทำงานร่วมกันแบบสหสาขา (Cross Function / Multidisciplinary Team) อาทิ

11.1 คณะกรรมการพัฒนาผู้ป่วยนอก

11.2 คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม

11.3 คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูตินารีเวชกรรม

11.4 คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

11.5 คณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

การแต่งตั้งคณะกรรมการชุดต่าง ๆ เหล่านี้ ควรพิจารณาตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล อย่าให้มีจำนวนมากเกินไป จนเสียหรือควบคุมไม่ได้ และควรกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบรวมทั้งการประสานกับคณะกรรมการชุดอื่น ๆ ให้ชัดเจน

คณะกรรมการชุดต่าง ๆ เหล่านี้ ต้องทำการศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลในหมวดที่ตนเองรับผิดชอบ และจัดทำพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของตนเอง (จะต้องสอดคล้องกับเป้าหมายรวมของโรงพยาบาล) รวมทั้งแผนงานที่จะให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ส่งให้ผู้อำนวยการ คณะผู้บริหาร หรือคณะกรรมการประสานงานคุณภาพ เพื่อที่จะได้ติดตามความก้าวหน้าต่อไป

12. คณะกรรมการประสานงานคุณภาพวิเคราะห์มาตรฐานโรงพยาบาลอย่างละเอียด และพิจารณา กำหนดกรอบหรือรูปแบบมาตรฐานของการพัฒนาคุณภาพในเรื่องต่าง ๆ ที่อาจมีความซ้ำซ้อน มีช่องว่าง หรือมีความหลากหลายเกิดขึ้น หากปล่อยให้แต่ละหน่วยงานพัฒนาไปตามธรรมชาติ อาทิ

12.1 รูปแบบของเอกสารคุณภาพที่จะเกิดขึ้นในองค์กร เช่น ธรรมนูญ แผนคุณภาพ คู่มือ ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ แนวทางการรักษา เป็นต้น

12.2 ระบบการควบคุม การอนุมัติ การแจกจ่าย และการแก้ไขเอกสาร

12.3 ระบบการจัดเก็บบันทึกคุณภาพ

12.4 ระบบการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร

12.5 ระบบการบำรุงรักษาเครื่องมือ

12.6 ระบบการสำรองเครื่องมือ

12.7 ระบบการจัดซื้อและประเมินผลงานผู้ขาย

12.8 ระบบการแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ

12.9 ระบบการคัดสรรบุคลากร

12.10 ระบบการประเมินบุคลากร

12.11 ระบบการสื่อสารภายในองค์กร

12.12 รูปแบบของเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ เช่น แบบฟอร์มการระดมสมอง แบบฟอร์มผังก้างปลา แบบฟอร์มการจัดหมวดหมู่ หรือรูปแบบของแผนพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น

13. ผู้อำนวยการ คณะผู้บริหาร และ/หรือคณะกรรมการประสานงานคุณภาพ บริหารงานโดยใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อสร้างบรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กรที่ดีซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ

- 13.1 จัดให้มีระบบข้อเสนอแนะ
- 13.2 ส่งเสริมให้มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจ
- 13.3 มุ่งเน้นการเสริมพลังเจ้าหน้าที่
- 13.4 ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม
- 13.5 การไม่กล่าวโทษบุคคล แต่โทษระบบ
- 13.6 จัดให้มีระบบให้รางวัลและเชิดชูเกียรติ
- 13.7 การเยี่ยมหน่วยปฏิบัติโดยทีมบริหารเพื่อรับทราบปัญหาและความก้าวหน้า

(Management By Walk Around)

- 13.8 จัดให้มีกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพเช่น กิจกรรมพัฒนาองค์กร (Organization Development) เป็นต้น

14. ทุกหน่วยงาน (โดยหัวหน้าหน่วยงานเป็นแกนนำ) วิเคราะห์ตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาแบ่งงานกันทำเพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบงานของตนให้ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและสอดคล้องกับเป้าหมายรวมของโรงพยาบาล

15. ผู้นำองค์กร คณะผู้บริหาร และ/หรือคณะกรรมการประสานงานคุณภาพ ค้นหาผู้ที่สมัครใจและมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำหน้าที่เป็นทีมพี่เลี้ยง (Facilitators) เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือทีมพัฒนาชุดต่าง ๆ ให้สามารถพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางครั้ง อาจให้ตัวแทนของแต่ละทีมมาเข้ารับการอบรมทักษะการเป็นพี่เลี้ยงและกลับไปทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้ทีมตนเองก็ได้

16. ทีมพัฒนาในหน่วยงานควรกำหนดและจัดทำกิจกรรมต่อไปนี้

16.1 กำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขตการบริการ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจและเป้าหมายรวมของโรงพยาบาล รวมทั้งการทำการวางแผนการพัฒนาของหน่วยงานตนเอง

16.2 กำหนดโครงสร้างการบริหารในหน่วยงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบ

16.3 จัดระบบบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน โดยอ้างอิงตามกรอบหรือระบบที่โรงพยาบาลกำหนด

16.4 ทำการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน โดยอ้างอิงตามกรอบหรือระบบที่โรงพยาบาลกำหนด

16.5 ทำการปรับปรุงระบบงานโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพและเครื่องมือพัฒนาคุณภาพตามความเหมาะสม ให้ได้ระบบงานที่มีมาตรฐานตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ

สามารถป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

16.6 ทำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ ระบบการจัดการเรื่องความปลอดภัย ระบบการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความปลอดภัยและได้รับความสะดวกสบาย

16.7 ทำการบำรุงรักษา ดูแลเครื่องมือให้มีจำนวนเพียงพอ มีความเที่ยงตรงและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอดเวลา โดยอ้างอิงตามกรอบหรือระบบที่โรงพยาบาลกำหนด

16.8 ถ่ายทอดระบบงานที่จัดตั้งขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษร โดยให้รูปแบบที่โรงพยาบาลกำหนด เช่น จัดทำแผนคุณภาพ ระเบียบปฏิบัติ คู่มือ วิธีปฏิบัติงาน หรือแนวทางการรักษา เป็นต้น และทำการฝึกอบรมบุคลากรให้ถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

16.9 กำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพ และทำการเฝ้าระวังดัชนีชี้วัดดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ กรณีที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดจะต้องมีกลไกการแก้ไข ในกรณีที่บรรลุตามเป้าหมาย ควรมีการทบทวนเพื่อพิจารณาว่าสามารถทำให้ดีกว่าเดิมได้หรือไม่ และหาทางพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการ กลุ่มและเครื่องมือพัฒนาคุณภาพตามความเหมาะสม

17. ผู้นำองค์กร คณะผู้บริหาร และ/หรือ คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ ทำการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำทุกเดือนให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตลอดจนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมด

18. ทุกหน่วยงาน ทุกทีมพัฒนา ทำการประเมินตนเอง (Self Assessment) เปรียบเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อค้นหาจุดอ่อน และการปรับปรุงแก้ไข

19. ผู้นำองค์กร คณะผู้บริหาร และ/หรือ คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ คัดเลือกบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และจัดอบรมให้ความรู้เรื่องทักษะการเป็นผู้ประเมินภายใน จากนั้น ร่วมกันกำหนดระบบที่จะใช้ในการประเมินคุณภาพภายในของโรงพยาบาลขึ้น (Internal Survey System) และทำการประเมินคุณภาพภายในตามแผนที่กำหนด

20. คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ และ/หรือ ผู้นำองค์กร ติดต่อสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อขอรับการการเยี่ยมสำรวจเบื้องต้น (Pre-survey)

21. ทุกหน่วยงาน ทุกทีมพัฒนาทำการแก้ไข ปรับปรุงตามคำแนะนำที่ได้รับจากการ Pre-survey

22. ขอรับการประเมินจริงเพื่อรับรองมาตรฐาน Hospital Accreditation

23. จัดงานเฉลิมฉลองชัยชนะและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อความยั่งยืน

ขอบข่ายมาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณาบูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล

มาตรฐาน Hospital Accreditation (HA) และเกณฑ์พิจารณา บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย

หัวใจสำคัญของการพัฒนาตามข้อกำหนดในมาตรฐานคือการวิเคราะห์หาจุดอ่อนในระบบที่เป็นอยู่ และดำเนินการปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง วิธีการง่าย ๆ ในการใช้มาตรฐานนี้ได้แก่

1. วิเคราะห์หาจุดอ่อนในระบบที่เป็นอยู่ คือการที่ทีม หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานแต่ละบทมาร่วมพิจารณามาตรฐานและเกณฑ์พิจารณา ว่าประเด็นใดคือสิ่งที่โรงพยาบาลทำได้ดีแล้ว ประเด็นใดยังเป็นจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้น แยกแยะออกเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย และประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก กำหนดแนวทางดำเนินการเพื่อปรับปรุงและทีมงานหรือบุคคลผู้รับผิดชอบ ในช่วงนี้เป็นช่วงเวลาของการทำความเข้าใจกับความมุ่งหมาย หรือประโยชน์ของข้อกำหนดในมาตรฐานด้วย มีข้อเตือนใจว่าไม่ควรจะทำไปโดยปราศจากความเข้าใจในความมุ่งหมายหรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
2. ดำเนินการปรับปรุงหรือจัดวางระบบใหม่ โดยเลือกจากประเด็นที่สามารถทำได้ง่าย มาดำเนินการก่อน
3. ทบทวนมาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาเป็นระยะ เพื่อดูความก้าวหน้าในการปรับปรุง และหาโอกาสที่จะทำให้อีกขึ้น เป็นระบบมากขึ้น เชื่อมโยงประสานกันได้ดีขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น ใช้นวัตกรรมหรือความคิดสร้างสรรค์ให้มากขึ้น มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนขึ้น การทบทวนในช่วงแรกอาจจะทุก 2-3 เดือน เมื่อเกิดความเข้าใจและมีแผนการปรับปรุงที่ชัดเจนแล้วก็จะเป็นการทบทวนตามแผนต่อไป
4. จัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร อย่างสั้น ๆ และง่ายต่อการนำไปใช้เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะดำรงระบบงานที่ปรับปรุงหรือจัดวางขึ้นใหม่นั้นได้ตลอดไป

เกณฑ์พิจารณาเป็นเพียงแนวทางเพื่อให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น โรงพยาบาลควรจะต้องเลือกและปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยยึดหลักสำคัญคือ (1) ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล รวมทั้งได้รับการพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี (2) การที่สมาชิกของทีมทำงานด้วยใจ ร่วมใจกันทำ ทำด้วยใจที่มุ่งมั่น ทำด้วยความเข้าใจ (3) การมุ่งออกแบบระบบงานหรือกระบวนการทำงานเพื่อป้องกันปัญหา เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามนโยบายหรือจุดยืนของโรงพยาบาลในแต่ละเรื่อง หากปราศจากหลัก 3 ประการนี้แล้ว การนำมาตราฐานไปสู่การปฏิบัติจะเป็นการปฏิบัติอย่างแกน ๆ ไม่มีชีวิตชีวา และไม่เกิดประโยชน์ เพื่อทำการศึกษาความสามารถและแนวทางพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลจึงสนใจศึกษามาตราฐาน และเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ คือการที่องค์กรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพจากการนำองค์กร และมีทิศทางนโยบายที่ชัดเจน มีองค์การบริหารสูงสุดทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงานมีการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า ผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีพันธกิจ วิสัยทัศน์ และปรัชญา ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล มีธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย เป็นเครื่องกำหนดทิศทางและวิธีการทำงาน แต่ละหน่วยงานมีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วยตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดการหรือของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนโดยมีแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้ มีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหารวางแผน ติดตามผล องค์กรบริหารสูงสุดมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีกลไกเพื่อให้มีการดูแลด้านนโยบายและการอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล รับผิดชอบต่อการจัดการที่มีคุณภาพ รับผิดชอบด้านการจัดการทรัพยากร ผู้นำผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีกระบวนการในการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล ผู้นำของโรงพยาบาลร่วมกิจกรรมเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ ผู้นำของโรงพยาบาลสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โครงสร้างองค์กรชัดเจนและเหมาะสม หัวหน้าหน่วยงานมีคุณสมบัติเหมาะสม กำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งชัดเจน กลไกการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหามีประสิทธิภาพ มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการ

วางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลในภาพรวม มีเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล วิธีการกำหนดเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล ความมุ่งหมาย/เจตจำนง ขอบเขตบริการของหน่วยงาน สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล แผนยุทธศาสตร์/แผนพัฒนาโรงพยาบาลสอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ หน่วยงานมีเป้าหมาย และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน แผนงาน สอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล การถ่ายทอด สื่อความหมาย สร้างความเข้าใจเรื่องเป้าหมาย/แผน มีธรรมนูญโรงพยาบาล มีกฎระเบียบ ข้อตกลง หรือนโยบาย เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของตนเองและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนกลไกเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง หรือนโยบายที่กำหนดไว้

2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากรมีกระบวนการในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม สารสนเทศ ทรัพยากรบุคคล ตลอดจนเครื่องมือต่าง มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย มีการวางแผนทรัพยากรให้สอดคล้องกับพันธกิจแผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล การจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลนั้นต้องมีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพมีการเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานที่ได้อย่างมีคุณภาพมีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล มีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วย จะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่พึงพอใจ สำหรับการบริการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมนั้นควรมีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ การก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยมีคุณภาพ และประสิทธิภาพมีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ

3. กระบวนการคุณภาพ มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยการวางระบบงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การวัดผลและการวิเคราะห์ การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุงการบริหารความเสี่ยง

มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence-Based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพสำหรับกระบวนการคุณภาพนั้นมีการปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับกระบวนการคุณภาพทั่วไป กระบวนการคุณภาพทางคลินิกและ กระบวนการคุณภาพทางด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้งในทุกหน่วยงาน โดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการ มีการจัดทำดัชนีชี้วัดคุณภาพ มีการติดตามเฝ้าระวังดัชนีชี้วัดคุณภาพทางทางแก้ไขปัญหา และปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งมีการจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วย และ ทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น

4. การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ โรงพยาบาลมีการกำหนดพันธกิจ ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการทางการแพทย์ และการพยาบาลของโรงพยาบาล และของหน่วยให้บริการทางการแพทย์แต่ละสาขาอย่างชัดเจน เพื่อให้การให้บริการหรือการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการเหล่านั้น เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน รวมทั้งจะต้องมีการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ เข้าใจ และตระหนักในบทบาทของตนเองเพื่อให้บรรลุพันธกิจและเป้าหมายร่วมกัน โดยการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจของบริการทางการแพทย์ และบริการทางการแพทย์/การพยาบาล ที่เกี่ยวข้อง และทุกคนยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเช่นการจัดทำธรรมนูญองค์กรแพทย์ และการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมการทำงานโดยกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันเอง เนื้อหาของนโยบายและวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ และพยาบาลมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การบริหารจัดการ ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม ความปลอดภัย การพัฒนากำลังคน บันเทิงและการจัดทำเอกสาร มีการจัดองค์กรและการบริหารบริการแพทย์และพยาบาล ซึ่งเอื้ออำนวยต่อพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีกิจกรรมติดตามประเมินผลและพัฒนาคุณภาพของบริการทางการแพทย์และบริการทางการแพทย์ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ มีการจัดองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาลในระดับโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพแพทย์และวิชาชีพพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพ ระหว่างแพทย์ พยาบาล กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์ พยาบาลกับผู้รับบริการมีกลไกให้แพทย์และพยาบาลมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ และบริการทางการแพทย์ มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนา

คุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ และพยาบาลโดยการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับ
ทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร คือการที่โรงพยาบาลมีความปรารถนาที่จะปกป้อง
และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ผู้ป่วยต้องการการดูแลเฉพาะได้
รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยโรงพยาบาลจะต้องมีกลไก
ที่ทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักและเคารพในสิทธิผู้ป่วย มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ มี
ระบบงานที่ช่วยพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีกลไกที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่าง
เท่าเทียมกันมีนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย
ขนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้มีหลักฐานว่า
โรงพยาบาลตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเอง มีการให้ข้อมูลที่
จำเป็นแก่ผู้ป่วย มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษาคือการตอบสนองความ
ต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัว มีจริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพและการ
ยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและความเชื่อของสังคมและจริยธรรมใน
เรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับค่าบริการ การประชาสัมพันธ์ การรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย การจัดหาอวัยวะ
และเนื้อเยื่อทดแทน

6. การดูแลรักษาผู้ป่วย โรงพยาบาลมีการเตรียมการด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมี
การทำงานเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย
และครอบครัว ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะเพื่อ
ตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วย
เป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดย
บุคคลที่เหมาะสม มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล
โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา
การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและ
เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการ
บันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติ
กับครอบครัวได้เร็วที่สุด โดยมีแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่การ
ประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การปรึกษา การให้ข้อมูล การสื่อสาร ประสานงาน และการ
แก้ปัญหา จัดทำแผนการดูแลรักษา การดูแลทางด้านอารมณ์จิตใจ สังคม ไม่เฉพาะกับผู้ป่วย

เท่านั้น แต่ยังคงรวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

เลริมัคคี วิศาลาภรณ์ (2522) กล่าวว่า ความสามารถของมนุษย์เป็นผลมาจากความสามารถทางสมอง อายุ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ การศึกษา และการฝึกอบรม

รัศศรี ดันอนุชิตติกุล (2543) กล่าวว่าองค์การต้องพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อต้องการให้บุคคล มีความพึงพอใจในการทำงานและมีความผูกพันต่อองค์กร ดังนั้นปัจจัยส่วนบุคคล จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาบุคลากรเช่นกัน ตัวแปรที่นักวิจัยหลายท่านนำมาใช้เป็นตัวแปรในการศึกษาได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และโครงสร้างลักษณะงานที่รับผิดชอบ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลดังต่อไปนี้กับบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

เพศ เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย เพราะเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล สิริพร สุโข (2546) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน พบว่า ปัจจัยด้านชีวิตสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และภาระความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อรรธณ นกน้อย (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า เพศชายมีส่วนร่วมในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลน้อยกว่าเพศหญิง อริคสัน (Erickson, 1984) ได้ศึกษา การแก้ปัญหาความขัดแย้งของผู้บริหารหญิงในรัฐมอนทานา โดยใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้บริหารหญิงจะประสบปัญหาความยุ่งยากมากกว่าผู้บริหารชาย ในการสร้างเอกภาพในการบริหาร ไรสัน (Raison, 1981) ได้ศึกษาความท้อแท้และความเครียดของครู ผลการศึกษาพบว่า ครูชาย จะมีความท้อแท้ด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมากกว่าครูหญิง แอนเดอร์สัน และอิวานิกกี (Anderson and Iwanicki, 1984) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของ

แรงจูงใจและความท้อแท้ของครูประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ในสหรัฐอเมริกา พบว่า เพศแตกต่างกัน มีความท้อแท้แตกต่างกันและเพศชายมีความท้อแท้มากกว่าเพศหญิง

จากเอกสารและวิจัยดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า เพศ มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งหากบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในการดำเนินการตามมาตรฐานโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ย่อมจะทำให้เกิดประสบการณ์ ทักษะ และความสามารถในการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรเพศมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

สถานภาพสมรส สถานภาพสมรส โดยทั่วไปมีการปฏิบัติในเรื่องการแบ่งงานระหว่างเพศหญิงและชาย อย่างค่อนข้างชัดเจน โดยกำหนดให้ผู้หญิงทำหน้าที่เป็นแม่ และเป็นภรรยา ซึ่งเป็นความรับผิดชอบหลักของผู้หญิง ในขณะเดียวกันยังต้องรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจหาเงินจุนเจือครอบครัว ผู้ที่สมรสแล้วมักประสบปัญหาเรื่อง การปฏิบัติงาน โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานในช่วงกลางคืน ทำให้ไม่ได้ดูแลครอบครัว การเดินทางไปและกลับจากที่ทำงานในเวลากลางคืนเสี่ยงอันตราย มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตสมรสมาก ในขณะที่บุคลากรโสดมีภาระดูแลครอบครัวน้อยกว่า ดังนั้นจึงไม่มีปัญหาด้านการทำงาน ดังนั้น คนโสดน่าจะมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากกว่าคนที่สมรสแล้ว จากการศึกษาของ ทวีศรี กรทอง (2530) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ นั้น เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตในการทำงานสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ลดภาวะเครียดและได้รับความรักจากสมาชิกครอบครัว จึงทำให้ปฏิบัติงานด้วยความเชื่อมั่นและมีความมั่นคงมากขึ้น มีวุฒิทางอารมณ์สูง การที่บุคคลมีวุฒิภาวะสูงจะทำให้คนมีเหตุผล ไม่หวั่นไหวง่าย มักทำงานด้วยสติและปัญญาที่สุขุมรอบคอบ ละออ หุตางกูร (2535) ไพโรจน์ กลิ่นกุหลาบ (2533) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความท้อแท้ในการปฏิบัติงานของครูประถมศึกษาในภาคกลาง พบว่า ครูประถมศึกษาที่เป็นโสด มีความท้อแท้ด้านการสูญเสียความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมากกว่าครูประถมศึกษาที่สมรสแล้ว สิริพร สุโข (2546) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน พบว่า ปัจจัยด้านชีวิตสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และการะความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ไรสัน (Raison, 1981) ได้ศึกษาความท้อแท้และความเครียดของครู ผลการศึกษาพบว่า ครูโสด จะมีความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่าครูที่สมรสแล้ว โกลด์ (Gold, 1985) ได้ศึกษาปัจจัยชีวิตสังคมกับความท้อแท้

ของครู ผลการศึกษาพบว่า ครูโสด มีความท้อแท้มากกว่าครูที่สมรสแล้ว จากการวิเคราะห์งานวิจัยแบบเมตต้ากับความท้อแท้ของครูของจาวิส (Jarvis , 1989) เรื่อง พบว่า สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่ทำให้ความท้อแท้ในการทำงานของครูแตกต่างกัน

จากเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาล เนื่องจากทุกโรงพยาบาลจะต้องมีการดำเนินการให้ได้รับการรับรอง ซึ่งบุคลากรทุกคนต้องให้ความสำคัญ และทุ่มเท กำลังกาย อย่างสุดความสามารถทำให้บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสแล้ว ไม่มีความพร้อมในเรื่องการอุทิศเวลาในการดำเนินงานเพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองอย่างจริงจัง ด้วยผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรสถานภาพสมรสมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานหรือประสบการณ์การทำงานจัดเป็นปัจจัยสำคัญที่บุคลากรในหน่วยงานจะปฏิบัติงานได้สำเร็จลุล่วงไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เพราะยิ่งปฏิบัติงานมานานเท่าไร ประสบการณ์ในการทำงานก็จะยิ่งมากขึ้นไปด้วย ทำให้สามารถนำประสบการณ์มาช่วยในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ส่งผลให้เกิดผลดีต่อองค์กร และหน่วยงานมากเท่านั้น (สุจิตรา จรจิตร, 2532) ประสบการณ์การทำงาน เป็นจำนวนของปริมาณประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงาน ประเมินโดยจำนวนและความหลากหลายของตำแหน่ง การบริหารดูแลรับผิดชอบและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เพื่อที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยหรือตัวแปรที่น่าสนใจและสำคัญยิ่ง เนื่องจากประสบการณ์เป็นผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลในองค์กร (ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์, 2526) ประสบการณ์ทำให้บุคคลได้มีโอกาส ได้เรียนรู้ ทำความเข้าใจ มองเห็นปัญหาได้ชัดเจน ถูกต้องตามหลักความเป็นจริง ทำให้เกิดทักษะ และเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงาน ยังมีประสบการณ์การทำงานมากขึ้นเท่าใด ยิ่งส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานมากขึ้นเท่านั้น เพราะว่าประสบการณ์การทำงานเป็นการสะสมทักษะในการทำงานที่ดี ยิ่งปฏิบัติงานเป็นระยะนานหรือมีความอาวุโสมากขึ้นเท่าใดก็จะพบว่า มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการบริหารงานมากขึ้นเท่านั้น สิริพร สุขใจ (2546) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน พบว่า ปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และภาระความรับผิดชอบต่อครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Kirk, 1981) ประสบการณ์ทำให้คนเกิดการเรียนรู้ในการ

พัฒนาความคิดต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ช่วยสร้างความมั่นใจในการพิจารณาไตร่ตรองเหตุผลต่าง ๆ ด้วยความรอบคอบ (Nigro & Nigro, 1984) คนที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งสูงมีโอกาสในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้มากย่อมมีความรู้ความเข้าใจในการตัดสินใจสั่งการปฏิบัติงานและสามารถคาดการณ์ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้เป็นอย่างดี

จากเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีผลต่อความสามารถในการดำเนินการตามมาตรฐานโรงพยาบาล เนื่องด้วยโรงพยาบาลได้เริ่มโครงการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 (ศิริลักษณ์ วิทยานคร, 2543) ดังนั้นจะมีบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนที่ได้มีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ในการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นอย่างดี ดังนั้นระยะเวลาการปฏิบัติงานจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรระยะเวลาการปฏิบัติงานมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยภายในประเทศ

ดาบทิพย์ รัฐิพงษ์พานิช (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพ โดยรวมของเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารคุณภาพโดยรวมระดับปานกลาง มีเจตคติระดับสูง และยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมในระดับสูง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมระดับปานกลาง มีเจตคติระดับสูง และการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมในระดับสูง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม พบว่าอายุราชการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และเจตคติอยู่ในระดับต่ำ และปัจจัยจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารคุณภาพโดยรวมมีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมมากที่สุด และเจตคติเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับ การบริหารคุณภาพโดยรวมมากที่สุด ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือ ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงานการอบรมไม่ทั่วถึง และขาดปัจจัยสนับสนุน

มณี รักผกาวงศ์ (2540) ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลด้านสิทธิผู้ป่วย สำหรับแนวทางการตรวจรับรองโรงพยาบาลในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า มาตรฐานโรงพยาบาลด้านสิทธิ

ผู้ป่วยที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 มาตรฐานแต่ละมาตรฐานมี 26 และ 22 เกณฑ์ประเมินตามลำดับ ผู้เชี่ยวชาญประเมินระดับความสำคัญเป็น A จำนวน 22 เกณฑ์ (ร้อยละ 45.83) ส่วนใหญ่เป็น สิทธิเกี่ยวกับ การได้รับคำอธิบาย การขอดูแลระยะเบี่ยง การเข้าร่วมในการวิจัย การเคารพศักดิ์ศรี การปกป้องสิทธิส่วนบุคคล การรักษาความลับ ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว และผู้ป่วยที่ จำเป็นต้องแยก ผูกมัด และให้ยาฉุกเฉิน ระดับ B จำนวน 21 เกณฑ์ (ร้อยละ 43.75) เป็นเรื่องของ สิทธิที่เกี่ยวกับการขอคำปรึกษาจากแพทย์ท่านอื่น การร้องเรียน การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และผู้ป่วยเด็ก ระดับ C จำนวน 5 เกณฑ์ (ร้อยละ 10.42) เป็นเรื่องของการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการทำ พิธีทางศาสนา และการดูแลด้านจิตวิญญาณ และมีแผนกลำของโรงพยาบาล ไม่มีเกณฑ์ ประเมินใดที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับ X เลย

สุระ เสนาเทพ (2540) ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลของแผนกจ่ายกลาง สำหรับการ ตรวจรับรองโรงพยาบาลในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า มาตรฐานแผนกจ่ายกลาง ที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย มาตรฐานหลัก 9 มาตรฐาน 34 เกณฑ์ประเมินและ 21 เกณฑ์ประเมินย่อย ซึ่งมาตร ฐานหลักทั้ง 9 ประกอบด้วย เป้าหมาย/วัตถุประสงค์การจัดองค์การและการบริหาร การจัดกำลัง คน การพัฒนากำลังคน นโยบายและวิธีปฏิบัติ สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือและอุปกรณ์ ระบบงาน/กระบวนการทำงาน และกิจกรรมคุณภาพ ใน 9 มาตร ฐานหลักผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ให้ความสำคัญในระดับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องบรรลุ ร้อยละ 76.47 ของเกณฑ์ประเมิน 34 ข้อ และทุกข้อของเกณฑ์ประเมินย่อย ผู้เชี่ยวชาญ ให้ความสำคัญในระดับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลจะต้องบรรลุ ไม่มีเกณฑ์ประเมินข้อใด ที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับที่เป็นสิ่งที่ดี แต่ทำได้เพียงบางโรงพยาบาล หรือเป็นสิ่งที่ไม่ สอดคล้องกับสังคมไทย ไม่ควรกำหนดไว้

องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ (2540) ศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM เพื่อศึกษาบทวนรูปแบบโครงการนำร่องฯ ประยุกต์ เกณฑ์มัลคอล์มบอริดจ์ ประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขมาทดลองใช้ และ ศึกษาความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวคิด TQM/CQI ของผู้นำระดับสูง ผู้นำระดับกลางและผู้ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ เข้าร่วมโครงการ สํารวจความคิดเห็นของผู้นำ ผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ทั้งหมดในโรงพยาบาล ในโครงการนำร่องฯ สํารวจความเข้าใจทัศนคติเกี่ยวกับนโยบายและการดำเนินงานและการปฏิบัติ การในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการดำเนินการในภาพรวม ปัจจัยนำเข้าเริ่มด้วยการมุ่งสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางทุกคน ด้วยการฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแนวคิด TQM/CQI 2) ปัจจัยนำเข้าของแต่ละโรงพยาบาล เริ่มด้วยการมุ่งสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานแก่บุคลากรทุกคน 3) การสร้างเสริมสู่พฤติกรรมบริการที่ดี ด้วยการฝึกอบรม TQM/CQI และ ESB แก่นำทีมพัฒนาคุณภาพ 4) การสร้างเสริมวิสัยทัศน์ผู้นำแก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลาง ด้วยการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ (Appreciation Influence Control : AIC) 5) การเลือกกิจกรรมพัฒนากระบวนการนำร่องเริ่มจากการเลือกกิจกรรมที่สำเร็จได้ง่าย 6) การเน้นความพึงพอใจของลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก มีการวัดความพึงพอใจบริการในภาพรวมจากผู้ป่วยนอก ส่วนความพึงพอใจของลูกค้าภายในมีเพียงการประเมินบรรยากาศการทำงานก่อนและหลังนำแนวคิด TQM มาใช้ในบางโรงพยาบาล

ความคิดเห็นส่วนใหญ่ของบุคลากร พบว่า ปัจจัยที่น่าจะส่งผลให้ TQM ประสบผลสำเร็จใน 3 อันดับแรก ได้แก่ การที่มีเจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมการมีผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนจริงจัง และการฝึกอบรม TQM/CQI ส่วนปัจจัยที่อาจส่งผลให้ประสบความสำเร็จได้แก่ 3 ประการดังกล่าวแต่ทิศทางการกลับกัน

สัจจภรณ์ ชันรุปฏิ (2541) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร พบว่าความรู้ของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง และได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ความเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมพบว่าผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นด้วยปานกลาง และรายด้านพบว่าความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นด้วยมาในประเด็นขั้นตอนการดำเนินโครงการและเป้าหมาย เห็นด้วยปานกลางในเรื่องการประเมินตนเอง การจัดคู่มือปฏิบัติงาน การจัดทำมาตรฐานและผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อผู้ปฏิบัติงาน แต่ตำแหน่งหน้าที่ตามคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นผู้มีหน้าที่คณะทำงานและผู้ประสานงาน และการรับข้อมูลข่าวสารมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ

สุลัดดา พงษ์รัตนามาน (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับสูง และหัวหน้าที่มีภาวะผู้นำการ

เปลี่ยนแปลงจะมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ศิริลักษณ์ วิทยานคร (2543) ศึกษาความสามารถในการจัดการคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน ด้านการจัดระบบงาน การอำนวยความสะดวกและการควบคุมงาน อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการวางแผน อยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการจัดการคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับประสบการณ์ในตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เคยได้รับการอบรมทางการบริหารมีความสามารถในการจัดการคุณภาพบริการพยาบาลมากกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการอบรมทางการบริหาร

สมนึก อินทรีใจเชื้อ (2543) ศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลด้านการบริหารและภาวะผู้นำสำหรับการตรวจรับรองโรงพยาบาลในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า มาตรฐานโรงพยาบาลโรงพยาบาลด้านการบริหารและภาวะผู้นำของแคนาดา แบ่งเป็น 5 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 26 มาตรฐาน และ 36 เกณฑ์ประเมิน ของสหรัฐอเมริกา แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 26 มาตรฐานใหญ่ และ 42 มาตรฐานย่อย ของอังกฤษประกอบด้วย 7 มาตรฐาน และ 97 เกณฑ์ประเมิน และของออสเตรเลีย ประกอบด้วย 7 มาตรฐาน และ 69 เกณฑ์ประเมิน ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อมาตรฐานสำหรับตรวจรับรองโรงพยาบาล ด้านการบริหารและภาวะผู้นำที่สร้างขึ้นพบว่า ใน 7 มาตรฐาน 25 เกณฑ์ประเมินใหญ่ และ 50 เกณฑ์ประเมินย่อย ผู้เชี่ยวชาญประเมินว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลจะต้องมี 51 เกณฑ์ประเมินและเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีที่โรงพยาบาลควรทำให้ได้ 24 เกณฑ์ประเมิน

จินดากร ศรีพระราม (2544) ศึกษาความรู้ความเข้าใจของบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในภาพรวมมากถึงร้อยละ 86.7 ในรายด้านพบว่ามีความรู้ความเข้าใจด้านแนวคิดพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.4 ด้านมาตรฐานโรงพยาบาลร้อยละ 88.5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามสมมติฐานที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ความเข้าใจของบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่ง เป็นคนทำงาน เกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลข่าวสารและการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อรวรรณ นกน้อย (2545) การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีส่วนร่วมในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประเภทของบุคลากร และหน่วยงานที่สังกัด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ความพึงพอใจในการทำงาน การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ความพึงพอใจในการทำงาน ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี การรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคล ระดับการศึกษาปริญญาโท และปริญญาเอกหน่วยงานทางห้องปฏิบัติการ ความพึงพอใจในการทำงานด้านสภาพการทำงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานเพศชาย และสถานภาพสมรส

สิริพร สุขโข (2546) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลตากสิน พบว่า

1. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตากสิน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง
2. ปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และการระบอบการรับผิดชอบต่อครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ปัจจัยนำเข้า ซึ่งได้แก่ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เจตคติต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ปัจจัยเชื้อ ซึ่งได้แก่การฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สื่อและช่องทางการได้รับข่าวสารการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และบรรยากาศภายในองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. ปัจจัยเสริม ซึ่งได้แก่แรงสนับสนุนจากผู้บริหาร และความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุธิมา สงวนศักดิ์ (2546) อุปสรรคในการนำระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล : ศึกษากรณีโรงพยาบาลเจ้าคุณโพนบูลย์พนมทวน กาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคในการนำระบบเอชเอมาใช้ที่สำคัญ ได้แก่ การวางแผนและจัดทำแผน ที่ยังไม่สามารถนำแผนมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน ได้ขาดความเชื่อมโยงของแผนระดับองค์กรกับหน่วยงาน การจัดรูปงานที่มีลักษณะผสมของโครงสร้างที่ยึดเป้าหมายกับกระบวนการเกิดปัญหา ความเข้าใจในบทบาทอำนาจหน้าที่การจัดคนเข้าทำงาน หน่วยงานขาดการวิเคราะห์งานอย่างเป็นระบบ อัตรากำลังไม่เหมาะสมขนาดภาวะผู้นำในผู้บริหารระดับสูง ความชัดเจนในนโยบายบุคคลากรขาดความตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบทัศนคติต่อการพัฒนาต่ำ การไม่ยอมรับผู้นำในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพและอุปสรรคในการทำหน้าที่ของผู้ประสาน ดังนั้นแนวทางการใช้ระบบคุณภาพเอชเอ เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ผู้บริหารระดับสูงควรมีการวางแผนงานที่ดี มีนโยบายในการพัฒนางานที่ชัดเจน มีขอบเขตของเป้าหมายในการดำเนินงาน แผนสามารถสื่อสารให้เข้าใจง่าย เพื่อกระตุ้นให้คนทำงานตื่นตัว และเกิดความรู้สึกร่วม รวมทั้งการให้เอกภาพในการบังคับบัญชา เพื่อให้เกิดการ

งานวิจัยต่างประเทศ เทคแลนด์ (Teigland, 1993) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การศึกษาความเชื่อวัฒนธรรมการบริหารคุณภาพทั้งองค์การของศึกษาธิการ กรรมการบริหาร และครูผู้สอน ความมุ่งหมายคือต้องการศึกษาความคิดเห็นความเชื่อของศึกษาธิการ กรรมการบริหารและครูผู้สอน ที่มีต่อการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม ตามความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมการทำงานแบบการบริหารคุณภาพทั้งองค์การ สร้างจากหลักการของเดมมิ่ง 14 ประการเรียกว่า Educator Beliefs Survey ผลการวิจัยพบว่าความคิดเห็นของศึกษาธิการ กรรมการบริหาร และครูผู้สอนไม่แตกต่างกัน และได้ข้อเสนอแนะว่า หากโรงเรียนนำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั่วทั้งองค์การมาใช้มีข้อควรตระหนักดังต่อไปนี้คือ 1) หากต้องการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง 2) ต้องตั้งเป้าหมายและคำขวัญในการพัฒนา 3) มีการประเมินและให้อันดับคุณภาพ 4) ใช้สถิติเป็นตัวแสดงคุณภาพ 5) มีการประเมินคุณภาพงานของผู้ปฏิบัติงานและให้ความเป็นธรรมในการปูนบำเหน็จรางวัล

แครอล (Carroll, 1994) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคในการใช้การบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การในสถาบันอุดมศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ คณบดีและ

รองคณบดีที่นำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การไปใช้ในการบริหารงาน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่าและคำถามปลายเปิด ผลการวิจัยสรุปปัญหาได้ว่า แรงกดดันจากภายนอกสถาบันทำให้ต้องริเริ่มพัฒนาคุณภาพงาน อุปสรรคสำคัญคือคณาจารย์ไม่เข้าใจว่าการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การคืออะไร และมีปฏิกิริยาต่อต้าน ผู้บริหารระดับสูงยังไม่ให้ความสนใจอย่างจริงจัง พฤติกรรมการบริหารของผู้บริหารยังไม่สนับสนุนการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ คณะวิชาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์การนับแต่ได้นำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การมาใช้มีน้อย การดำเนินงานตามปรัชญาการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การพบว่าได้จัดกิจกรรมหลายอย่างเพื่อพัฒนาคุณภาพ และมีความต้องการทรัพยากรเพิ่มเติม รวมทั้งมีความต้องการฝึกอบรมบุคลากรต่างกัน

ชิเพนโกรเวอร์ (Shipengrover, 1994) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การกับการปรับปรุงโรงเรียนที่ได้รับรางวัล New York State Excelsior Award ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวกับเกณฑ์การให้รางวัล ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อในปรัชญาการปรับปรุงคุณภาพแบบการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ ปรากฏในเกณฑ์การให้รางวัล ได้แก่ การวางแผนยุทธศาสตร์ การใช้ภาวะผู้นำในการปรับปรุงคุณภาพ การเสริมแรงบุคลากร และการให้ความสนใจกับผู้รับบริการ กำหนดกิจกรรมสำคัญไว้ 6 กิจกรรม คือ ยอมรับกิจกรรมที่นักเรียนจัดขึ้น คุณภาพงานที่จัดกระทำ อุปสรรคในการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ ปรัชญาในการบริหารงาน ใช้วิธีการทางสถิติประเมินคุณภาพงาน และการเก็บรวบรวมข้อมูลทรัพยากรที่ใช้

โบรคาโด (Brocado, 1994) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การนำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ มาใช้สอนวิชาการปรับปรุงคุณภาพทั้งองค์การ : กรณีศึกษาในศูนย์การเรียนภาคค่ำของมหาวิทยาลัยจอนห์ฮอปกิน จุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้าคือ ตรวจสอบวิธีที่ดีในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน การบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั่วทั้งองค์การในห้องเรียนของนิสิตปริญญาโท กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์ 2 กลุ่มที่ทำการสอนวิชานี้ และนิสิตปริญญาโท 19 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสังเกตการสอนจำนวน 14 ครั้ง สังเกตการประชุม 14 ครั้ง รวมทั้งการวางแผนก่อนสอน นอกจากนี้ยังใช้วิธีสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถามประกอบสาระสำคัญที่อาจารย์สอนวิชา การบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ คือการให้ความสนใจต่อผู้รับบริการ บทบาทของนิสิต การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การประเมินกระบวนการปฏิบัติงานและภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า นิสิตมีค่านิยมที่ดีต่อวิธีการสอนของอาจารย์ที่พยายามสร้างความพึงพอใจให้นิสิต การสร้างความพึงพอใจคือให้นิสิตได้แสดงความคิดเห็นการ

ประเมินการสอนของอาจารย์ และการประเมินการสอนของมหาวิทยาลัย ผลการประเมินพบว่ามีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าประสบผลสำเร็จ ในการทำเทคนิคการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ มาใช้สอนกับนิสิตกลุ่มนี้

คาร์ (Carr, 1994) ได้ทำการวิจัยกรณีศึกษาเรื่อง การนำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ ไปใช้ใน Memorial Student Center ในมหาวิทยาลัยเท็กซัส ผลกระทบต่อโครงสร้างองค์การ เป็นการวิจัยแบบ Naturalistic Methodology โดยใช้ทีมบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ ที่ประกอบด้วยนิสิต 4 คน อาจารย์ 4 คน ศึกษาปัญหาที่เกิดจากการจัดโครงสร้างองค์การ เครื่องมือที่ทีมนี้ใช้วิเคราะห์ปัญหาคือ แผนภูมิแกงปลา และแผนภูมิแสดงการกระจาย รวมทั้งใช้การสัมภาษณ์ (วิเคราะห์ปัญหาพบปะและความสอดคล้อง) ระยะเวลาการทดลอง 9 เดือน ผลการวิจัยพบว่า 1) ทีมการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การทำให้เกิดการปรับปรุงงานในองค์การนี้ 2) การมีบทบาทร่วมของนักเรียนทำให้นักเรียนได้เรียนรู้และพัฒนาได้ในระดับมาก 3) ทีมงานได้ช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงองค์การหลายด้าน คือ ชว่งชั้นการบังคับบัญชา การบริหารตามรูปแบบ จารีตการปฏิบัติงาน และ 4) บทบาทของทีมงานได้แสดงให้เห็นว่าสามารถนำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ มาใช้ได้หลากหลายวิธี

แกริตี้ (Garrity, p. 1995) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ผลกระทบของวัฒนธรรมองค์การกับรูปแบบความคิดในการที่จะยอมรับเทคนิคการฝึกอบรม ในหน่วยงานธุรกิจและอุตสาหกรรม มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การกับวิธีการฝึกอบรมรายละเอียดของจุดมุ่งหมายนี้คือสร้างคำอธิบายทางทฤษฎีเป็นกระบวนการ โดยศึกษาวัฒนธรรมองค์การด้านต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อกระบวนการฝึกอบรม และเทคโนโลยีการฝึกอบรมแบบต่าง ๆ ผลการวิจัยพบว่า

1. วัฒนธรรมองค์การมีผลกระทบต่อความคิดในการที่จะยอมรับเทคนิคการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ค่านิยมการดำเนินชีวิต อายุ และประสบการณ์ที่เข้ารับการฝึกอบรมไม่มีผลกระทบต่อกรยอมรับเทคโนโลยี

ลาร์ส (Lares, 1995) ได้ศึกษาวิจัยเป็นกรณีศึกษาเรื่อง การปรับปรุงวินัยนักเรียนโดยใช้เทคนิคการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ จุดมุ่งหมายของการวิจัย คือ ศึกษาความต้องการของนักเรียน ศึกษากระบวนการรักษาวินัยของนักเรียน สร้างระบบปรับปรุงคุณภาพเพื่อแก้ปัญหาวินัยนักเรียน ประยุกต์ใช้เครื่องมือการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การมาวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปปัญหาวินัยนักเรียน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แผนภูมิพาเรโต แผนภูมิอิชิกาวา แผนภูมิควบคุมการ

ปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเพศชายจำนวน 2 คน ซึ่งไม่เชื่อฟัง บิดามารดาและชอบเสกพัญชา ผลการวิจัยพบว่า การบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ สามารถ ทำให้นักเรียนมีวินัยดีขึ้น การบริหารมุ่งคุณภาพทั้งองค์การก่อให้เกิดบรรยากาศความมั่นใจแก่นักเรียน จะได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดาและครูอาจารย์ ทำให้อยอมรับวินัยมาปฏิบัติด้วยตนเอง

บราวน์ (Brown, 1995) ได้ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อการนำการบริหารงานแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การมาใช้ในมหาวิทยาลัยของรัฐ สมมติฐานของการวิจัยคือ มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของกลุ่มบุคลากรกับระดับของการยอมรับหรือปฏิเสธการนำการบริหารคุณภาพแบบมุ่งทั้งองค์การมาใช้ในองค์การ คำถามการวิจัยคือ ความคิดเห็นของบุคลากรในหน่วยงานของรัฐ จำแนกตามวุฒิการศึกษา อายุ เชื้อชาติ เพศ จำนวนปีที่ทำงานในองค์การ และฝ่ายงาน แตกต่างกันหรือไม่ กลุ่มประชากรที่ศึกษาได้แก่บุคลากรในสำนักงานบริหารการศึกษารัฐจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติต่อปรัชญาการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ จำแนกตามระดับการศึกษา อายุ เชื้อชาติ และฝ่ายงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยยังพบว่า มีสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะของบุคลากรกับทัศนคติการยอมรับหรือปฏิเสธการนำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การมาใช้ในองค์การ

บราโว (Bravo, 1995) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การนำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การมาใช้ในโรงเรียนมัธยมศึกษา จุดมุ่งหมายคือ การเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรครูในโรงเรียนที่นำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การมาใช้ในโรงเรียนกับครูที่ไม่ได้นำมาใช้ ลักษณะเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรที่ศึกษาเป็นครูโรงเรียนมัธยมที่นำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การมาใช้ จำนวน 2 โรงเรียน และครูที่ไม่ได้นำการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การมาใช้ จำนวน 5 โรงเรียน สถิติที่ใช้เป็นค่าร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า เวลาที่ใช้ในการวางแผนงาน ได้รับความขัดข้องต่อการสอน และการพัฒนาบุคลากร เป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มคุณภาพงานอย่างชัดเจน ในโรงเรียนที่ใช้การบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ ส่วนโรงเรียนที่ไม่ได้ใช้การบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การนั้น พบว่า กิจกรรมที่กระทำอย่างชัดเจนคือ การสอน การร่วมกันตัดสินใจและทักษะการคิด ผู้วิจัยสรุปว่า ครูโรงเรียนมัธยมยอมรับปรัชญาการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ เมื่อมีการนำเอาการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การไปใช้ในโรงเรียน

กราลเซอร์ (Galzer, 1995) ได้ทำการวิจัยกรณีศึกษาเรื่องการบริหารแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ ไปใช้ในวิทยากรกิจ กลุ่มตัวอย่างคือวิทยาลัยธุรกิจขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ริมฝั่งทะเลตะวันตก ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพวิธีการสังเกต ผลการวิจัยพบว่า ทีมงานปรับ

ปรับปรุงภาพดำเนินงานได้อย่างมีคุณภาพ เกิดความพึงพอใจ ในเป้าหมายของงานหลายประการ
เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกที่ร่วมงานและสร้างบรรยากาศที่ดี