

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

“ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลสอยดาว อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี” มีแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ
5. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2554, หน้า 91) ได้มีแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ ดังนี้ เหตุผลหลักที่ทำให้คุณภาพมีความสำคัญมากขึ้นเป็นเพราะการแข่งขัน การแข่งขันมีมาก อำนาจในการเลือกซื้อสินค้าจึงอยู่ที่ลูกค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ได้ทำลายการกีดกันการค้าและเปิดพรมแดนจนประเทศต่าง ๆ กลายเป็นโลกเดียวกันหรือเกิดสถานะไร้พรมแดนด้วยเหตุนี้ลูกค้าจึงมีความต้องการและความคาดหวังใหม่ ๆ ลูกค้ากลายเป็นฝ่ายได้เปรียบ เพราะมีโอกาสในการเลือกซื้อสินค้าและบริการจำนวนมาก ฉะนั้นแนวทางที่องค์กรจะรักษา ส่วนแบ่งการตลาดเอาไว้จึงมีเพียงการเร่งพัฒนาคุณภาพของสินค้าและบริการ สินค้าและบริการที่ไม่มีคุณภาพจะไม่สามารถอยู่ได้ในระยะยาว เนื่องจากไม่สามารถดึงดูดและสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าได้

ในปัจจุบันจึงมองคุณภาพโดยการคิดถึงลูกค้า ส่วนใหญ่มักนิยามว่า คุณภาพ หมายถึง การให้ในรูปของสินค้าหรือบริการที่ตรงตามความต้องการหรือให้มากกว่าที่ลูกค้าต้องการ ฉะนั้นจึงสามารถทำความเข้าใจเบื้องต้นได้ว่า “การจัดการคุณภาพ (Quality Management)” หมายถึง การจัดการกระบวนการต่าง ๆ ให้มีคุณภาพ เริ่มตั้งแต่การออกแบบไปจนถึงการผลิตและการส่งมอบสินค้าที่มีคุณภาพให้แก่ลูกค้าหัวใจสำคัญของการจัดการคุณภาพอยู่ที่การจัดการกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนคำว่า “การจัดการคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Management)” เป็นคำที่ขยายการจัดการคุณภาพออกไปให้ครอบคลุมกิจกรรมทุกอย่างขององค์การ โดยการกระตุ้น สนับสนุนและทำให้การจัดการคุณภาพสามารถดำเนินการทั้งองค์การ แต่การนำเอาการจัดการคุณภาพทั้งองค์การไปใช้นั้น ต้องนำไปใช้อย่างจริงจังจนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์การ การจัดการคุณภาพทั้งองค์การจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อคนส่วนใหญ่ในองค์การแสดงความผูกพันด้วยการนำเอาหลักการของการจัดการคุณภาพทั้งองค์การไปใช้ในชีวิตประจำวัน การที่ผู้บริหารพูดถึงการจัดการคุณภาพทั้งองค์การไม่ใช่การจัดการคุณภาพทั้งองค์การและการจัดการคุณภาพไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมากับองค์การแต่เป็นพื้นฐานที่องค์การจะต้องสร้างขึ้นให้ได้ ความแตกต่างระหว่าง การเน้นคุณภาพ (Emphasis on Quality) กับการจัดการคุณภาพทั้งองค์การอยู่ที่ว่าปรัชญาการจัดการคุณภาพทั้งองค์การสามารถผนวกเข้ากับชีวิตของคนในองค์การมากน้อยแค่ไหน เพราะการเน้นคุณภาพเป็นแค่ความสนใจชั่วคราว แต่การจัดการคุณภาพทั้งองค์การเป็นเรื่องระยะยาว

การจัดการคุณภาพหรือการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ มีแนวคิดหลัก (Core Concepts) อยู่ 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนแรกซึ่งสำคัญที่สุด คือ ตัวแบบลูกค้าและผู้ป้อนวัตถุดิบ (Customer/ Supplier Model) ตัวแบบนี้มองการทำงานเป็นกระบวนการและกระบวนการทุกอย่างต้องมุ่งไปที่ลูกค้าและต้องเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดมูลค่าเพิ่ม (Value - Adding Process)

ส่วนที่สอง คือ ความสามารถในการควบคุมกระบวนการและมีสมรรถนะสูง ถ้ากระบวนการอยู่ภายใต้การควบคุมก็จะทำให้ผลผลิตออกมาสม่ำเสมอ ถ้ากระบวนการมีสมรรถนะสูงผลผลิตที่ออกมาจะเป็นไปตามความต้องการของลูกค้าและทำให้ลูกค้าพึงพอใจ

ส่วนที่สาม คือ การจัดการโดยข้อเท็จจริง (Management by Facts) หมายถึง การดำเนินงานทุกอย่างในกระบวนการอาศัยข้อมูล (Data) ไม่ใช่อาศัยประสบการณ์หรือการตั้งข้อสมมติไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์ การปรับปรุงกระบวนการ การปรับปรุงสินค้าและบริการ หรือการหาทางเพิ่มความพึงพอใจให้กับลูกค้า

ส่วนที่สี่ คือ การแก้ปัญหา (Problem Solving) ขั้นตอนของกระบวนการแก้ปัญหา ได้แก่ การระบุถึงช่องว่างระหว่างความจริงกับสิ่งที่ควรจะเป็นการวิเคราะห์สาเหตุ การพัฒนาและประเมิน

ทางเลือกที่เป็นไปได้ การลงมือเปลี่ยนแปลง การติดตามดูผลกระทบ และการแก้ไขปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ห้า คือ เศรษฐศาสตร์คุณภาพ (Quality Economics) หมายถึง การวัดผลประโยชน์ที่เป็นตัวเงินจากการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ โดยดูจากสัดส่วนของต้นทุนการทำตามและต้นทุนการไม่ทำตาม

ส่วนที่หก คือ การมีส่วนร่วมของและทีมงาน (Involvement and Teamwork) พลังอำนาจของการจัดการคุณภาพทั้งองค์การจะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมของและทีมงานเพราะการปรับปรุงคุณภาพเป็นงานของทุกคน

ลำดับขั้นของการจัดการคุณภาพ

การจัดการคุณภาพมีหลายชั้น แต่ละชั้นก่อให้เกิดแนวทางคุณภาพที่แตกต่างกันการจัดการคุณภาพขั้นแรก คือ การตรวจคุณภาพ (Inspection) หมายถึงการตรวจตรา วัด ทดสอบและเปรียบเทียบกับคุณสมบัติที่กำหนดไว้ กระทำในระหว่างการผลิต เมื่อพบว่าสินค้าไม่เป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนดก็จะคัดออกเป็นสินค้าบกพร่อง ต่อมาการตรวจนี้ได้พัฒนาไปเป็นการควบคุมคุณภาพ (Quality Control) เป็นวิธีการที่อาศัยเทคนิคและมั่งแก่ที่สาเหตุเพื่อการผลิตให้มีคุณภาพมากขึ้น ลำดับถัดมาการควบคุมคุณภาพได้ขยายไปสู่การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) มีการวางแผนและกำหนดนโยบายเอาไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสินค้าและบริการที่ผลิตเป็นไปตามมาตรฐานที่ต้องการ การประกันคุณภาพจะเพิ่มเทคนิคและกิจกรรมอื่น ๆ เข้าไปในการควบคุมคุณภาพ เช่น การจัดทำคู่มือคุณภาพ (Quality Manual) การกำหนดต้นทุนคุณภาพ (Quality Costs) การควบคุมกระบวนการทางสถิติ (Statistical Process Control) หรือ SPC และการตรวจสอบคุณภาพ (Auditing of Quality System) สรุปได้ว่า หัวใจสำคัญของการประกันคุณภาพคือการมุ่งป้องกันปัญหาล่วงหน้า เป็นการเปลี่ยนวิธีจากเชิงรับเป็นเชิงรุกในที่สุดกระบวนการจัดการคุณภาพก็พัฒนามาเป็นการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Management) ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดของการประกันคุณภาพในเรื่องระดับและความพร้อมทางด้านวัฒนธรรม ความเต็มใจการทำงานเป็นทีม การจัดการคุณภาพทั้งองค์การจะเน้นปรัชญาที่แสวงหาวิธีการที่ดีกว่าอยู่เสมอจนกลายเป็นวิถีชีวิตของทุกคนในองค์การ โดยใช้เครื่องมือการจัดการคุณภาพเป็นอาวุธในการแก้ไขปัญห

แนวทางการจัดการคุณภาพ

แนวทางการจัดการคุณภาพมี 3 แนวทาง คือ การควบคุมคุณภาพ การประกันคุณภาพ และการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ แนวทางเหล่านี้ยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติจริงในปัจจุบัน องค์การแต่ละแห่งใช้แนวทางต่างกัน ตามความเหมาะสมและตามขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพของตน

พร้อมกับใช้คุณภาพเป็นกลยุทธ์ในเชิงรุกเพื่อเอาชนะคู่แข่งและมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

ชื่อที่นิยมเรียกกันในการจัดการคุณภาพ มี 3 ชื่อ ได้แก่

1. การจัดการคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Management) หรือ TQM
2. การจัดการคุณภาพ (Quality Management) หรือ QM
3. คุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality) หรือ TQ

ชื่อที่นิยมเรียกกันมากที่สุดในปัจจุบัน คือ การจัดการคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Management) หรือ TQM คำว่า “TQM” เริ่มใช้ครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ. 1985 ในสหรัฐอเมริกาเพื่อนำแนวทางการจัดการสโตร์ญี่ปุ่นมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพ แต่เป็นที่เข้าใจว่า คำว่า การจัดการคุณภาพทั้งองค์การ หรือ TQM คงมาจากคำว่า “การควบคุมคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Control) หรือ TQC ที่ญี่ปุ่นใช้เพราะสหรัฐอเมริกาต้องการเปลี่ยนความหมายจากคำว่า “การควบคุม (Control)” มาเป็น “การจัดการ (Management)” เนื่องจากเห็นว่า คุณภาพไม่ใช่เรื่องของการควบคุม แต่เป็นการจัดการมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ วิลเลียม เอ็ดเวิร์ดส์ เดมมิง (William Edwards Deming)

ความหมายของการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ

ประการแรก มองว่าการจัดการคุณภาพทั้งองค์การเป็นแนวทางในการจัดการที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและการแข่งขัน ประการที่สอง มองว่าการจัดการคุณภาพทั้งองค์การเป็นกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า ประการที่สาม มองว่าการจัดการคุณภาพมุ่งเน้นให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ ประการที่สี่ มองว่าการจัดการคุณภาพมีขอบเขตครอบคลุมองค์การทุกส่วนและทุกระดับ ประการที่ห้า มองว่าการจัดการคุณภาพเป็นการมุ่งเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์การ ประการที่หก มองว่าการจัดการคุณภาพเป็นปรัชญาการบริหารและเป็นระบบการจัดการในสมัยใหม่ ประการสุดท้าย มองว่าการจัดการคุณภาพต้องอาศัยเครื่องมือและเทคนิคต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพ

จึงสรุปได้ว่า การจัดการคุณภาพเป็นปรัชญาและแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร โดยมุ่งเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์การ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า และมุ่งทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ โดยการใช้เทคนิคและเครื่องมือในการจัดการคุณภาพต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามนักวิชาการด้านสุขภาพหลายคนยังมีความเห็นไม่ตรงกัน ในประเด็นความหมายการจัดการคุณภาพทั้งองค์การและวิธีการนำการจัดการคุณภาพทั้งองค์การไปปฏิบัติทั้งนี้เนื่องมาจากสาเหตุสำคัญ คือ ประการแรก การจัดการคุณภาพทั้งองค์การเป็นแนวคิดที่กำลังพัฒนาจึงมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและวิธีการตลอด ประการที่สอง องค์การที่แตกต่างกันอาจใช้ขั้นตอนในการจัดการคุณภาพที่แตกต่างกัน ประการที่สาม องค์การที่ต่างประเภทกันอาจมี

ความต้องการในการจัดการคุณภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน

ส่วนประกอบที่สำคัญของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

บี. จี. เดล (B. G. Dale) อาร์. จี. โบอาเดน (R. J. Boaden) และ ดี. เอ็ม. ลาสเซลเลส (D. M. Lascelles) จำแนกส่วนประกอบที่สำคัญของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร เป็น 8 ส่วน ได้แก่ (Dale, Boaden & Lascelles, 1994, pp. 10 - 13 อ้างถึงใน เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2554, หน้า 16)

1. ความผูกพันและความเป็นผู้นำของผู้บริหารระดับสูง (Commitment and Leadership of chief executive officer)
2. การวางแผนและการจัดองค์การ (Planning and Organizing)
3. การใช้เครื่องมือและเทคนิคต่าง ๆ (Using tools and Techniques)
4. การให้การศึกษาและการฝึกอบรม (Education and Training)
5. ความเกี่ยวข้อง (Involvement)
6. ทีมงาน (Teamwork)
7. การวัดและการสะท้อนกลับ (Measurement and feedback)
8. การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม (Culture change)

กรอบแนวคิดของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

เนื่องจากการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรเป็นแนวคิดที่กว้าง และมีลักษณะผสมผสาน นักวิชาการจึงพยายามสร้างกรอบแนวคิด (Conceptual Framework) เพื่อชี้ให้เห็นจุดสำคัญการจัดการคุณภาพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

1. การเน้นที่ความเป็นระบบ
2. การเน้นที่หลักความจริงในการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร
3. การเน้นที่กระบวนการทัศน์ใหม่
4. การเน้นที่การเปลี่ยนแปลงองค์การ

การจัดการคุณภาพทั้งองค์กรอาจมองได้หลายแง่มุม เพราะการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรเป็นแนวคิดที่มุ่งเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับองค์การทุกส่วน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม เพื่อสร้างทัศนคติและพฤติกรรมที่เน้นคุณภาพในการทำงานในทุก ๆ ระดับ

ปรัชญาของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

หากมองว่าปรัชญา คือ หลักในการดำเนินชีวิตแล้วจะพบว่า มีปรัชญาอยู่เบื้องหลังการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรหลายปรัชญา สำหรับปรัชญาที่เด่น ๆ มี 3 ปรัชญา คือ

1. ปรัชญาการให้ความสำคัญกับลูกค้า (Customer - Driver)

2. ปรัชญาการให้ความสำคัญกับพนักงาน (Employee - Driver)
3. ปรัชญาไคเซ็น (Kaizen) หรือการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ความสำคัญในการจัดการคุณภาพ

คุณภาพมีบทบาทสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ทุกคน หลายคนอาจมองไม่เห็นความสำคัญของการจัดการคุณภาพจนกระทั่งประสบกับปัญหาคุณภาพ เช่น รถเมล์มาช้า ยางกันน้ำฝนประตูรถยนต์รั่ว หลอดไฟเสียเร็วคุณภาพยังรวมถึง การประสบอุปสรรคในการใช้สินค้า ในช่วงก่อนที่สินค้าจะชำรุด

สำหรับองค์กรธุรกิจ การขายสินค้าและบริการที่ขาดคุณภาพ ย่อมนำความเสื่อมเสียมาสู่กิจการ การบริการไม่ดี การส่งของช้า ผลลัพธ์ไม่น่าเชื่อถือปัญหาเหล่านี้ทำให้องค์กรจำนวนมากต้องล้มเลิกกิจการและออกจากธุรกิจ องค์กรหลายแห่งในโลกเริ่มให้ความสำคัญกับการแข่งขันโดยการปรับปรุงคุณภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ แม้แต่องค์กรสาธารณะในปัจจุบันก็ให้บริการที่แตกต่างจากเมื่อ 10 - 15 ปี ก่อนเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพกลายเป็นมาตรฐานที่แน่นอน กิจการทางด้านการศึกษาและสาธารณสุขทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน มุ่งเน้นไปที่ด้านคุณภาพเห็นได้จากการจัดลำดับและการให้รางวัลต่าง ๆ ทางด้านคุณภาพ ซึ่งเป็นเกณฑ์สำคัญที่ลูกค้าจะเลือกใช้บริการ

ความสำคัญของคุณภาพอีกด้านหนึ่ง อาจมองได้จากผลการปรับปรุงคุณภาพ ซึ่งเดมมิงอธิบายไว้ว่า การปรับปรุงคุณภาพจะเกิดปฏิกิริยาเป็นลูกโซ่ขึ้นภายในองค์กร เริ่มจากการปรับปรุงคุณภาพทำให้เกิดการลดค่าใช้จ่าย เนื่องจากของเสียลดลง ผลผลิตเพิ่มขึ้น ลดการเสียเวลาทำงานในขั้นตอนตรวจคุณภาพ ประสิทธิภาพการผลิตจึงสูง องค์กรได้รับการยอมรับจากตลาดเพราะการผลิตสินค้าและบริการมีคุณภาพและราคาไม่แพง องค์กรในทุกวันนี้จึงพยายามให้แน่ใจว่าสินค้าและบริการของตนบรรลุตามมาตรฐานคุณภาพสูงสุดจึงรับเอาแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรมาเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญซึ่งเป็นกระบวนการที่มุ่งศึกษาคุณค่าของลูกค้าต้องการ และเน้นการตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ของการจัดการคุณภาพ

การจัดการคุณภาพที่ประสบความสำเร็จ ย่อมทำให้สินค้าและบริการมีคุณภาพ เซอร์โตเห็นว่า การจัดการคุณภาพเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ต่อองค์กร 3 ประการ คือ

1. ทำให้องค์กรมีภาพลักษณ์ดี
2. ลดค่าใช้จ่ายและลดส่วนแบ่งการตลาด
3. ลดค่าใช้จ่ายจากการผลิตสินค้าที่ผิดพลาด

นักคิดในการจัดการคุณภาพ

นักคิดในการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Main school of Total Quality Management) ที่สำคัญมีเพียง 5 คน คือ (Kruger, 2001, pp. 146 - 154 อ้างถึงใน เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2554, หน้า 88 - 119)

1. วิลเลียม เอดเวิร์ดส์ เดมมิง (William Edwards Deming)
2. โจเซฟ โมเสส จูราน (Joseph Moses Juran)
3. คาโอรุ อิชิกาวา (Kaoru Ishikawa)
4. ฟิลลิป เบยาร์ด ครอสบี (Phillip Bayard Crosby)
5. อาร์มันด์ วาลลิน เฟแกนบาม (Armand Vallin Fegenbaum)

วิลเลียม เอดเวิร์ดส์ เดมมิง (William Edwards Deming)

แนวคิดในการจัดการคุณภาพที่เด่นมากของเดมมิง ได้แก่

1. ประเด็นสำหรับการจัดการ 14 ประเด็น (14 Points for Management)
2. ทฤษฎีความแปรปรวน (Theory of Variance)
3. โรคและบาปที่ร้ายแรง (Deadly Diseases and Sins)
4. บทบาทของผู้บริหาร (Roles of Management)

ในที่นี้จะขอกล่าวถึงรายละเอียดของวงล้อเดมมิง (Deming Wheel)

บทบาทของผู้บริหาร (Roles of Management)

เดมมิงเห็นว่า การจัดการคุณภาพที่ประสบความสำเร็จนั้น ผู้บริหารระดับสูงต้องมีบทบาทหลายด้าน ประการแรกสุดต้องยอมรับและผูกพันตามประเด็นสำคัญ 14 ประเด็นตามที่เดมมิงเสนอไว้ นั่นก่อน ต่อมาจึงเริ่มลงมือปฏิบัติโดยใช้ “วงล้อเดมมิง (Deming Wheel)” หรือวงจรของเดมมิง (Deming Cycle) ซึ่งเดมมิงเป็นผู้นำความคิดนี้มาเผยแพร่จนเป็นที่รู้จักกัน แต่เดมมิงนำมาจากความคิดของชูเวิร์ตอีกต่อหนึ่ง สำหรับวงล้อนี้แบ่งออกเป็น 4 ชั้น ได้แก่

1. การวางแผน (Plan) หมายถึง วางแผนโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่หรืออาจเก็บรวบรวมขึ้นมาใหม่ นอกนั้นอาจทดสอบเพื่อเป็นการนำร่องก่อนก็ได้
2. การทำ (Do) หรือลงมือทำ หมายถึง ลงมือเอาแผนไปทำ ซึ่งอาจทำในขอบข่ายเล็ก ๆ เพื่อทดลองดูก่อน
3. การตรวจสอบ (Check) หมายถึง การตรวจสอบ หรือสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามี การเปลี่ยนแปลงมากน้อยเพียงใดหรือเป็นไปในทางใด
4. การแก้ไข (Act) หรือลงมือแก้ไข (Corrective Action) หมายถึง หลังจากที่ได้ศึกษา ผลลัพธ์แล้ว อาจไม่เป็นไปตามที่ต้องการหรือมีปัญหาที่ต้องแก้ไข ก็ต้องดำเนินการแก้ไขตามที่

จำเป็น สรุปเป็นบทเรียนและพยากรณ์เพื่อเป็นพื้นฐานในการคิดหาวิธีการใหม่ ๆ ต่อไป

การทำตามวงล้อเดมมิงต้องทำซ้ำไปเรื่อย ๆ เพื่อสรุปเป็นบทเรียนอยู่ตลอด การจัดการคุณภาพจะประสบความสำเร็จได้ ต้องเป็นการกระทำทั่วทั้งองค์กรเพราะการจัดการคุณภาพเป็นปรัชญาสำหรับองค์กรและคนทุกคนในนั้น สรุปว่า หลักการจัดการคุณภาพของเดมมิง คือ การให้องค์กรมีเป้าหมายที่แน่นอนในการปรับปรุงคุณภาพและการใช้เทคนิคการควบคุมทางสถิติ โดยมีผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้นำและต้องมีการจัดการศึกษาและการฝึกอบรมอย่างจริงจัง

โจเซฟ โมเสส จูราน (Joseph Moses Juran)

แนวคิดหลักของจูรานมีอยู่ 4 เรื่องใหญ่ ๆ คือ

1. คุณภาพและต้นทุนคุณภาพ (Quality and Cost of Quality)
2. นิสัยคุณภาพ (Quality Habit)
3. ไตรยางค์คุณภาพ (Quality Trilogy)
4. ลำดับขั้นความสำเร็จที่เป็นสากล (Universal Breakthrough Sequence)

สรุปว่า แนวคิดของจูรานเน้นไปที่การจัดทำโครงการปรับปรุงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไขตามลำดับก่อนหลัง ถ้าแก้ที่สาเหตุหลัก ๆ ได้ก็จะเกิดการปรับปรุงคุณภาพไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งปัญหาหมดไปและเกิดประสิทธิภาพขึ้น แนวคิดของจูรานกับเดมมิงมีส่วนที่คล้ายกันและแตกต่างกันในส่วนที่คล้ายกันทั้งสองเห็นความสำคัญของบทบาทของผู้บริหารระดับสูงในการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรและตระหนัก ถึงปัญหาคุณภาพในการผลิตทั้งสองยังเห็นความสำคัญของลูกค้าภายในและภายนอกองค์กรเห็นความสำคัญของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องและความจำเป็นในการฝึกอบรม รวมทั้งเทคนิคและเครื่องมือในการปรับปรุงคุณภาพต่าง ๆ ส่วนความแตกต่างนั้น ประเด็นใหญ่อยู่ที่เดมมิงเน้นกระบวนการ (Process) มากกว่าในขณะที่จูรานสนใจที่ผลผลิต (Output) อาจแยกได้เป็น 4 ประเด็นย่อย คือ

ประการแรก เดมมิงเชื่อว่าคนทุกคนในองค์กรรวมไปถึงพนักงานระดับปฏิบัติจะมีส่วนช่วยให้การจัดการคุณภาพทั้งองค์กรประสบความสำเร็จ แต่จูรานเน้นว่าผู้บริหารระดับกลางเป็นตัวแสดงที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลง

ประการที่สอง เดมมิงตั้งเป้าหมายคุณภาพไว้ในระดับที่สมบูรณ์แบบ (Perfect Quality) แต่จูรานสนับสนุนให้ตั้งเป้าหมายคุณภาพในระดับที่ต่ำกว่าได้ ถ้าหากว่าการบรรลุเป้าหมายที่สมบูรณ์แบบนั้นไม่คุ้มค่าใช้จ่าย

ประการที่สาม จูรานเน้นต้นทุนคุณภาพในเชิงปริมาณมากกว่าเดมมิงเพราะเดมมิงจะเน้นที่ตัวชี้วัดคุณภาพที่เป็นนามธรรมมากกว่า

ประการที่สี่ เดมมิงระบุว่า ความแปรปรวนเป็นเป้าหมายของการจัดการคุณภาพที่ต้องกำจัดออกไปให้หมดเท่ากับเดมมิงไม่ยอมให้มีการมีความแปรปรวนเลย ขณะที่จูรานยอมให้มีการมีความแปรปรวนได้มากกว่า

นอกจากนี้ยังมีหลายกรณีที่จูรานสนับสนุนให้ใช้แนวคิดการตรวจคุณภาพและการควบคุม ซึ่งเป็นแนวคิดแบบดั้งเดิม แต่เดมมิงคัดค้านและสนับสนุนให้หันมาใช้ในการจัดการคุณภาพแนวใหม่ ที่ใช้การควบคุมน้อยลง แต่เน้นความสมัครใจและการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรในระยะยาว

คาโอรุ อิชิกาวา (Kaoru Ishikawa)

อิชิกาวา อาศัยความคิดคุณภาพมาจากจูรานและเดมมิงเป็นคนคิดแผนผังก้างปลา (Fishbone Diagram) เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ เพื่อให้กลุ่มคุณภาพใช้ในการปรับปรุงคุณภาพ แผนผังนี้บางทีก็เรียกว่า “แผนผังอิชิกาวา” เพื่อเป็นเกียรติแก่เขา

ฟิลลิป เบยาร์ด ครอสบี (Phillip Bayard Crosby)

แนวคิดของครอสบีที่ทำให้เขาเป็นที่รู้จัก ได้แก่ แนวคิดเรื่อง ของเสียเป็นศูนย์ (Zero Defects) และแนวคิด ทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก (Do it right the first time) ครอสบีได้ให้ความหมายคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ

1. คุณภาพหมายถึงการทำตามมาตรฐาน (Conformance to Standard) พนักงานต้องรู้ว่า มาตรฐานของผลงานที่แท้จริงอยู่ตรงไหนและต้องคาดหวังว่าเขาให้ได้ตามนั้น
2. คุณภาพมาจากการป้องกันของเสีย (Defect Prevention) ไม่ใช่แก้ไขของเสีย (Not Defect Correction) การเป็นผู้นำ การฝึกอบรมและการมีวินัย เป็นสิ่งที่ป้องกันของเสีย
3. คุณภาพในฐานะมาตรฐานการทำงานนั้นต้องปราศจากของเสีย (Defect - Free) มีเพียงการปราศจากของเสียเท่านั้นที่จะเป็นมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับกัน
4. คุณภาพประหยัดเงิน (Saves Money) การทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก ทำให้ประหยัดต้นทุนในการแก้ไขการทำงานที่ไม่ดี

อามันต์ วาลลิน เฟเกนบาม (Armand Vallin Fegenbaum)

เฟเกนบาม มองว่า เป้าหมายของการจัดการคุณภาพ ก็คือ การลดต้นทุนคุณภาพทั้งหมด ซึ่งปกติมีมากถึงร้อยละ 25.00 - 30.00 ของยอดขายหรือต้นทุนดำเนินการ เฟเกนบาม ได้กล่าวถึง ลักษณะสำคัญของกรจัดการคุณภาพ 2 ประการคือ ประการแรก ถือว่าคุณภาพเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในองค์กรประการที่สองที่ เฟเกนบามเป็นคนแรกที่เห็นความสำคัญของต้นทุนการไม่มีคุณภาพ (Costs of Non Quality) จึงต้องจัดโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพขึ้นเพื่อลดต้นทุนการควบคุมและต้นทุนความล้มเหลวให้เหลือน้อยที่สุด

ผู้วิจัยสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพ ประกอบด้วย 3 แนวทาง คือ การควบคุมคุณภาพ การประกันคุณภาพและการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร แนวทางเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติจริงในปัจจุบัน องค์กรแต่ละแห่งไม่ว่าภาครัฐหรือเอกชนใช้แนวทางต่างกันตามความเหมาะสมและตามขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพขององค์กรตนพร้อมกับใช้คุณภาพเป็นกลยุทธ์ในเชิงรุกเพื่อเอาชนะคู่แข่งและมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2541, หน้า 60) ได้ลำดับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้ เริ่มจากชาวอียิปต์ เชื่อว่า คุณภาพมาจากกระบวนการทำงาน การสร้างปิรามิดของชาวอียิปต์ได้สำเร็จเป็นผลมาจากการพัฒนามาตรฐานการทำงานในกระบวนการต่าง ๆ (Uniform Method and Procedures) การควบคุมคุณภาพ (Quality Control) ของชาวจีนโบราณเกิดจากการควบคุมการผลิตงานศิลปหัตถกรรมส่งผลให้เกิดหน่วยวัดที่เป็นมาตรฐาน (Standardized Unit of Measures) ชาวโรมันได้พัฒนาระบบควบคุมคุณภาพแบบ 2 ชั้น ประกอบด้วยการนิเทศกำกับ (Supervise) และการตรวจสอบ (Inspection) Florence Nightingel เป็นผู้ริเริ่มนำเอาสถิติแผนภาพมาใช้ในการป้องกันโรคและการเสียชีวิตที่ไม่ควรเกิดขึ้น W. Edwards Deming ใช้แนวทาง Deming's 14 Point ดังนี้ 1) สร้างเจตจำนงอันแน่วแน่ที่จะปรับปรุงผลผลิต/ บริการ 2) รับปรัชญาใหม่ในการทำงาน 3) ลดการตรวจสอบ 4) หยุดการพิจารณาตัดสินโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว 5) ปรับปรุงระบบการผลิต/ บริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป 6) การฝึกอบรม 7) สร้างภาวะการณ์นำ 8) จัดความหวาดกลัว 9) จัดกำแพงระหว่างหน่วยงาน 10) จัดคำขวัญ/ คำปลุกใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน 11) จัดเป้าตัวเลขสำหรับผู้ปฏิบัติและผู้บริหาร 12) จัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความภาคภูมิใจในผลงานของผู้ปฏิบัติงาน 13) กระตุ้นให้ทุกคนศึกษาและปรับปรุงตนเอง 14) นำทุกคนมาร่วมกันลงมือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โจเซฟ เอ็ม จูรัน (Joseph M. Juran) ใช้แนวคิด Juran Trilogy 1) การวางแผนคุณภาพ 2) การควบคุมคุณภาพ 3) การปรับปรุงคุณภาพ คาโอรุ อิชิกาวา (Kaoru Ishikawa) เป็นผู้นำคำว่า Total Quality Control (TQC) มาใช้เพื่อชี้ให้เห็นว่า คุณภาพไม่ใช่เรื่องเฉพาะในระดับปฏิบัติการเท่านั้น แต่ต้องเป็นความมุ่งมั่นร่วมกันทั้งองค์กร ซึ่งคำว่า TQC ได้พัฒนามาเป็น TQM (Total Quality Management) ฟิลิป บี ครอซ (Philip B. Crosby) มีหลักการพื้นฐาน คือ 1) คุณภาพ คือ ความสอดคล้องกับความต้องการใช้ของลูกค้า 2) ระบบคุณภาพที่ดีคือการป้องกัน ทำอย่างถูกต้องเสียแต่เริ่มแรก 3) มาตรฐานการทำงาน คือ ผิดพลาดเป็นศูนย์ (Zero Defect) 4) เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีคือ ต้นทุนที่เกิดจากคุณภาพที่ไม่ดีในวงการสุขภาพมักใช้คำว่า TQM และ CQI (Continuous Quality Improvement) ทดแทนกัน ผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพจะจำกัด CQI ไว้

ส่วนของการจัดการงานประจำวันของหน่วยเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง TQM จะเกิดขึ้น ต้องอาศัยการจัดแถวหรือประสานทั้งในแนวนอนและแนวตั้งเพื่อให้เกิดพลังในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

วิวัฒนาการในเรื่องการทำให้โรงพยาบาลมีคุณภาพแบ่งได้เป็น 3 ยุค ดังนี้

1. ยุคเริ่มต้น Nightingale, Codman และวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา

1.1 Nightingale สังเกตเห็นความแตกต่างของผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ ในกรุงลอนดอน เมื่อปี ค.ศ. 1863 เธอเรียกร้องให้มีการตรวจสอบอย่างเป็นระบบว่า มีกระบวนการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างนี้อย่างไร แต่ไม่ได้ส่งผลอย่างไร

1.2 Codman ได้สร้างระบบ End - Result มาใช้ทบทวนการทำงานของตน คือ เก็บบันทึกการผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายและผลลัพธ์จากการผ่าตัดมาทบทวนหลังผ่าตัดไปแล้ว 1 ปี และเรียกร้องให้มีกระบวนการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ

1.3 วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา รับเอาระบบ End - Result เข้าไปเป็นข้อบังคับสำหรับการสมัครเข้าเป็นสมาชิก วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกาได้รวมตัวกับแพทยสมาคมอเมริกา, วิทยาลัยอายุรแพทย์อเมริกา, สมาคมโรงพยาบาลอเมริกาและสมาคมโรงพยาบาลแคนาดา จัดตั้ง Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)

2. ยุคที่สอง การติดตามประเมินผล (Monitoring & Evaluation) ของ JCAHO

3. ยุคที่สาม การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement)

ความท้าทายต่อการนำ TQM/ CQI มาใช้ในบริการสุขภาพ

การนำ TQM/ CQI ไปใช้ในกิจการต่างๆมักมุ่งเน้นที่กระบวนการหลักของกิจการนั้น ๆ แต่การใช้ในบริการสุขภาพยังเน้นอยู่ที่การบริหารเพื่อสนับสนุนบริการมากกว่าตัวกระบวนการทางคลินิกโดยตรง ทั้งนี้เนื่องจากความซับซ้อนขององค์กรและในตัวกระบวนการให้บริการเองเป็นเรื่องที่ยากที่จะวัดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยสรุปแนวคิดหลักของการพัฒนาคุณภาพในปัจจุบัน การนำ TQM/ CQI ไปใช้ในกิจการต่าง ๆ มักมุ่งเน้นที่กระบวนการหลักของกิจการนั้น ๆ แต่ในบริการสุขภาพเน้นอยู่ที่การบริหารเพื่อสนับสนุนบริการมากกว่าตัวกระบวนการทางคลินิกโดยตรง เนื่องจากความซับซ้อนขององค์กรและกระบวนการให้บริการเป็นเรื่องยากที่จะวัดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความเป็นมาในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของประเทศไทย

นักวิชาการกลุ่มหนึ่งได้รวบรวมความรู้และประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของประเทศไทยสะสมผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลาย จึงได้รวบรวมเหตุการณ์ที่สำคัญดังต่อไปนี้ (ลักษณ์ โพนกุล และคณะ, 2546, หน้า 286 - 288)

1. การพัฒนาการบริหารในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2524 กองการพยาบาลร่วมกับกองสาธารณสุขภูมิภาคเริ่มพัฒนาการบริหารทั่วไปและการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน
2. การพัฒนาระบบบริการพยาบาล พ.ศ. 2526 กองการพยาบาลเริ่มต้นระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีระบบงานที่ชัดเจนและมีคุณภาพ
3. การติดดาวโรงพยาบาล พ.ศ. 2527 - 2528 นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มให้มีโครงการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ที่เรียกว่า “โครงการติดดาวโรงพยาบาล” โดยใช้แนวคิด Hospital Accreditation ที่เห็นมาจากอเมริกาจัดให้มีระบบการประเมินโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งในด้านบริหาร บริการและวิชาการ
4. การพัฒนาระบบบริการของสถานอนามัยและหน่วยบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) พ.ศ. 2528 - 2529 นายแพทย์ชัยสิทธิ์ ธารากุล ที่ปรึกษาปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนวคิดการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคขึ้นโดยมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนไม่ว่าอยู่แห่งใดสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน มีการจัดเครือข่ายบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Health Service) โดยให้สถานบริการระดับต่าง ๆ สามารถเชื่อมโยงบริการเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดมาตรฐานสำหรับประเมินตนเอง และจุดเน้นของการประเมิน คือ ระดับความสามารถในการให้บริการ
5. การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล (Nursing Audit) พ.ศ. 2528 กองการพยาบาลได้จัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาลและเริ่มตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
6. ระบบประกันคุณภาพการพยาบาล (Nursing Quality Assurance) พ.ศ. 2532 กองการพยาบาลเริ่มศึกษาแนวคิดการประกันคุณภาพ พัฒนารูปแบบและการนำไปปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538
7. พ.ศ. 2536 ทีมสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ไปศึกษาดูงานระบบบริการสาธารณสุขในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ เรื่องการพัฒนาคุณภาพโดยแนวคิด

TQM และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ Australian Council for Hospital Standards ACHS

8. พ.ศ. 2536 - 2539 สำนักงานประกันสุขภาพ กองภูมิภาคโรงพยาบาล องค์การอนามัยโลก และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนการนำ TQM/ CQI (Total Quality Management/ Continuous Quality Improvement) นำร่องโรงพยาบาล 8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐโดยผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมบริการและการพัฒนาองค์กรที่มีการดำเนินการอยู่บ้างแล้วในโรงพยาบาล

9. พ.ศ. 2536 - 2537 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกันจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาล เพื่อใช้รับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยใช้เนื้อหามาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวทางในการยกร่าง

10. พ.ศ. 2538 ผลจากการนำ TQM/ CQI (Total Quality Management/ Continuous Quality Improvement) มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น โดยมีเป้าหมายจะให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด TQM/ CQI โดยกองโรงพยาบาลภูมิภาคเป็นผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณและวิทยากร

11. พ.ศ. 2538 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้ การจัดทำคู่มือได้ก่อให้เกิดเครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพขึ้น

12. พ.ศ. 2538 - 2539 เครือข่ายมีความเห็นว่า น่าจะพัฒนามาตรฐานซึ่งเน้นที่กระบวนการทำงานมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมุ่งการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปสู่ความเป็นเลิศจึงร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล

13. พ.ศ. 2539 ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขยอมรับแนวคิด CQI ให้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการเขียนมาตรฐานโรงพยาบาลให้เหมาะสม สร้างระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้เกิดขึ้นในประเทศไทย

14. พ.ศ. 2540 มีการยกร่างมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาค เชิญชวนให้โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เพื่อทดลองนำมาตรฐานไปใช้ในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กจนถึงโรงพยาบาลแพทย์ จำนวน 35 แห่ง เข้าร่วมโครงการ

15. พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติสถานพยาบาลและกฎกระทรวงฉบับใหม่ ระบุมาตรฐานในเชิงโครงสร้างและกำลังคนที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

16. พ.ศ. 2541 แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรมและทันตแพทยสภา ได้ร่วมลงนามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพตั้งอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจอันดีและเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งกันและกัน

สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพการบริการต้องทำควบคู่กับการพัฒนาระบบการจัดการภายในองค์กรให้มีคุณภาพ

ความเป็นมาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

อนันต์ สุภธุกิจกุล และคณะ (2541, หน้า 170) ได้กล่าวถึง ความเป็นมาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้ Accreditation มีจุดกำเนิดเมื่อปี พ.ศ. 2462 ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา โดยที่วิทยาลัยศัลยแพทย์ของอเมริกากำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกศัลยแพทย์ไว้ 5 ข้อ คือ 1) การจัดตั้งองค์การแพทย์ หรือ The Medical Staff 2) แพทย์จะต้องได้รับปริญญาและใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ 3) คณะแพทย์ต้องประชุมกันอย่างน้อยเดือนละครั้งทบทวนบันทึกและการให้บริการ 4) แพทย์จะต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกราย ถูกต้องสมบูรณ์ 5) มีสถานที่และเครื่องมือเพียงพอ รวมทั้งบริการพยาธิวิทยา รังสีวิทยาและชันสูตร

ในปี พ.ศ. 2494 มีการจัดตั้ง The Joint Commission of Accreditation on Hospitals and Organizations (JCAHO) โดยการรวมตัวระหว่างวิทยาลัยศัลยแพทย์ วิทยาลัยอายุรแพทย์ สมาคมโรงพยาบาล แพทยสมาคมในอเมริกากับแพทยสมาคมของแคนาดา เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบรับรองโรงพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ. 2497 แคนาดาได้แยกตัวออกมาจัดตั้ง Canadian Commission on Hospitals Accreditation (CCHA) ซึ่งเป็นองค์การเอกชนไม่คำกำไร ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในแคนาดา โดยในระยะแรกใช้มาตรฐานเดียวกับสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2501 ได้ทำมาตรฐานของตนเองและในปีต่อมากำหนดภารกิจขององค์การว่า “เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเหมาะสมในทุกแง่มุม โดยการที่โรงพยาบาลและสถานบริการทุกแห่งบรรลุมาตรฐาน Accreditation ด้วยวิธีการสมัครใจ” ในปี พ.ศ. 2541 เปลี่ยนชื่อจาก Canadian Commission on Hospitals Accreditation (CCHA) เป็น Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) เนื่องจากมีการประเมินสถานพยาบาลหลากหลายประเภท

ในปี พ.ศ. 2535 มีการยอมรับปรัชญาของ Continuous Quality Improvement (CQI) เป็นพื้นฐานในการประเมินคุณภาพอย่างเป็นทางการนำไปสู่การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการประเมินคุณภาพ ทำให้เกิดมาตรฐานใหม่ ในปี พ.ศ. 2538 มีการปฏิรูปเกิดขึ้นในหลายประเทศ มีการรวมกลุ่ม

ของโรงพยาบาลและตั้งกรรมการเพื่อบริการโรงพยาบาลในพื้นที่ การให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนมากขึ้น กระบวนการ Accreditation จึงก้าวหน้าไปว่าการดูแลในสถานพยาบาล (Institutional-Based Care) ไปสู่การดูแลในชุมชนด้วย (Community - Based Care) จึงเปลี่ยนชื่อจาก Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) มาเป็น Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)

นิยามการรับรองคุณภาพ

มีผู้ให้คำนิยาม การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ไว้หลายความหมาย เช่น อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ (2541, หน้า 4) ให้นิยามความหมาย การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กระบวนการประเมินคุณภาพระบบบริการของสถานพยาบาลในทุกด้านเปรียบเทียบกับมาตรฐานระดับชาติ เป็นระบบที่ทำตามด้วยความสมัครใจ ประกอบด้วย การประเมินและปรับปรุงตนเองของสถานพยาบาลและการทบทวนโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันอื่นเป็นกลไกที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลที่ได้ผลดีที่สุดอย่างหนึ่งโดยมุ่งเน้นหาวิธีการที่จะปรับปรุงบริการและการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2540, หน้า 12) นิยามความหมาย การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กลไกการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลควบคู่ไปกับการเรียนรู้และการรับรองจากองค์การภายนอก การรับรองเป็นเพียงส่วนหนึ่งและส่วนสุดท้ายของกระบวนการ จุดสำคัญ คือ การประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล

คุณค่าของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

คุณค่าที่สำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มีทั้งในส่วนที่เป็นเนื้อหากระบวนการและการนำไปใช้ประโยชน์ (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ, 2541, หน้า 8 - 9)

1. คุณค่าในส่วนของเนื้อหา

1.1 เป็นการใช้นวัตกรรมเชิงบวกในการปรับปรุงคุณภาพ กระตุ้นและส่งเสริมให้สถานพยาบาลเกิดความมุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศ ด้วยการประเมินว่า สถานพยาบาลมีความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพอยู่ตลอดเวลาหรือไม่ อย่างไร บริการที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้านได้ดีเพียงใด ทั้งมาตรฐานและวิธีการที่ผู้ประเมินใช้ จะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้สถานพยาบาลต่าง ๆ พัฒนาสู่ความเป็นเลิศ

1.2 เป็นการใช้นวัตกรรมสำหรับการบริการและการปฏิบัติที่ดี มาตรฐานที่เป็นแนวทางนี้ เกิดจากมีการปรึกษากันอย่างกว้างขวางและเป็นการต่อยอดจากมาตรฐานขั้นต่ำ โดยมีพื้นฐานอยู่บนปรัชญาของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) และส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้มาตรฐานตามเจตนารมณ์ของ

Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) คือ การให้เป็นส่วนหนึ่งของ การปฏิบัติงานประจำวัน มิใช่กิจกรรมพิเศษที่เพิ่มเข้ามา มิฉะนั้นจะเกิดความรู้สึกว่าต้องทำงานเพิ่ม มากขึ้นและใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นเพื่อให้บรรลุมาตรฐาน มาตรฐานที่ใช้เหมือนกันทั้งประเทศเป็น พื้นฐานให้ผู้บริการและผู้ปฏิบัติงานต่าง ๆ มุ่งหน้าพัฒนาไปในทิศทางเดียวกันและเป็นแรงจูงใจให้ รักษาซึ่งวิธีการปฏิบัติงานที่ดี

2. คุณค่าในส่วนกระบวนการ

2.1 ความเต็มใจในการประเมินและปรับปรุงการทำงานของสถานพยาบาลเอง

ทั้งระหว่างเตรียมรับการประเมินและการทำอย่างต่อเนื่องจากการประเมินจากบุคคลภายนอกหลักการ ประเมินตนเองนี้ เป็นพื้นฐานสำคัญของ Accreditation ทีมงานที่รับผิดชอบผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันจะต้อง มาปรึกษาหารือกัน ทบทวนผลการให้บริการและหาโอกาสปรับปรุงอย่างต่อเนื่องไม่ใช่เป็นการทำ ครั้งเดียว

2.2 การทบทวนโดยกลุ่มเพื่อนผู้เชี่ยวชาญ คือ การที่บุคคลภายนอกเข้ามาสำรวจและ ยืนยันผลการประเมินตนเอง เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเป็นการเปลี่ยนจากเดิมที่มักจะทำใน ลักษณะของการตรวจสอบและให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง คุณค่านี้จะเกิดได้อย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อ คนในองค์กรมีความเต็มใจที่จะเรียนรู้และรับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น ไม่ปิดบังจุดอ่อนของ ตนเอง การมีบุคคลภายนอกมาให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาจะเป็นตัวกระตุ้นองค์กรที่ได้ผล

3. คุณค่าในส่วนของการนำไปใช้ประโยชน์

เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับประชาชนว่าระบบงานและคุณภาพบริการของ สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองนั้น เป็นไปตามมาตรฐานระดับดีเลิศ สถานพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่ จะให้บริการและการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและมีความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2541, หน้า 10 - 12) กล่าวถึง มาตรการในการควบคุมและ ส่งเสริมให้เกิดบริการที่มีคุณภาพมีอยู่ในหลายรูปแบบ มีการแบ่งแยกหน้าที่กันอย่างชัดเจนและ หน่วยงาน องค์กรมีเป้าหมายในเรื่องวิธีการ มาตรฐานและการบังคับให้เข้าร่วมแตกต่างกัน แต่รูปแบบต่าง ๆ เหล่านี้ต่างส่งเสริมกันละกัน

1. หน่วยงานของรัฐ มีเป้าหมายในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความปลอดภัย มาตรฐานที่ใช้ประเมินจะเน้นที่เรื่องโครงสร้างและต้องกำหนดเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ มาตรการที่ใช้คือ การออกใบอนุญาต ลักษณะการเข้าร่วมเป็นแบบบังคับ กล่าวคือ โรงพยาบาลใด ไม่ผ่านมาตรฐานที่กำหนด ก็จะไม่ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการ

2. องค์การวิชาชีพ มีเป้าหมายในเรื่องความรู้ทักษะและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ มาตรฐานที่ใช้จะกำหนดอยู่ในระดับขั้นต่ำถึงกลาง ๆ มาตรการที่ใช้ก็เป็นการออกใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ กระบวนการต่ออายุจะมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ แต่ละคนในโรงพยาบาลจะมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ที่เรียกว่า Medical Staff Organization ซึ่งทำหน้าที่ดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ทุกคนในโรงพยาบาล เมื่อมีปัญหาที่จะรายงานไปที่แพทย์สภาประจำจังหวัด แพทย์สภาประจำจังหวัดก็อาจจะเข้ามาตรวจสอบเมื่อเห็นว่า เป็นเรื่องสำคัญโดยไม่ต้องรอให้ผู้เสียหายไปร้องเรียน แพทย์ผู้ใดที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบ่อย ๆ ก็อาจจะไม่ได้รับการพิจารณาต่ออายุใบอนุญาต

3. สภารับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ CCHSA มีเป้าหมายในเรื่องการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลในภาพรวม มาตรฐานที่กำหนดเป็นมาตรฐานระดับสุดยอดของความเป็นเลิศ การเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ แต่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็พยายามที่จะเข้าร่วมเพราะถ้าไม่เข้าร่วมหรือไม่ผ่านการรับรองก็จะเป็นการเสียหาย อาจจะถูกตั้งข้อสังเกตจากชุมชนในเขตนั้นว่า โรงพยาบาลมีปัญหาอะไรหรือไม่ หากจำนวนผู้ป่วยลดลงก็จะมีผลต่องบประมาณที่จะได้รับอุดหนุนจากรัฐบาล จุดเน้นของ CCHSA อยู่ที่ความเป็นเลิศของการให้บริการ โดยประเมินภาพรวมขององค์กรว่าทำงานร่วมกันอย่างไร ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพและให้บริการที่เป็นเลิศ เมื่อมีบริการสนับสนุนภายในและการประสานงานที่ดี

ในประเทศไทยเรื่องคุณภาพบริการเป็นเรื่องที่หลายหน่วยงานให้ความสนใจ แต่ละหน่วยงานก็พยายามหาทางสร้างหลักประกันในเรื่องคุณภาพ เช่น สำนักงานประกันสังคม มีการกำหนดมาตรฐานและตรวจเพื่อรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม องค์การวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์สภา สภาการพยาบาล ก็มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล กองการประกอบโรคศิลป์ กำหนดมาตรฐานโดยเน้นในเรื่องโครงสร้างและกำลังคน การประกันคุณภาพแบบ ISO 9000 ก็สามารถนำมาใช้กับโรงพยาบาลได้

ผู้วิจัยสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ได้ว่า คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยคือการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยมองผู้ป่วยแบบองค์รวมอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ตระหนักในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และ การยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอันอาจมีผลกระทบต่อสังคมต่อไปและจากการรับสารนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทนี้ จะเกิดขึ้นในลักษณะที่ต่อเนื่องกล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติและขั้นสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)

ความหมาย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 บัญญัติว่า ความรู้ คือ สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ ความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติต้องควิชาในแต่ละสาขา (เกษณี เรื่องรัตนตรัย, 2547, หน้า 18)

บลูม (Bloom, 1967, p. 271 อ้างถึงใน เกษณี เรื่องรัตนตรัย, 2547, หน้า 18) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่ว ๆ ไป กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเน้นความจำ

กู๊ด (Good, 1973, p. 325 อ้างถึงใน เกษณี เรื่องรัตนตรัย, 2547, หน้า 19) ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีเหตุผล บุคคลควรจะต้องรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นเพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นคือบุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ชี้แจงให้เกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ ค่านิยมต่าง ๆ ด้วย

โดยสรุปแล้วความรู้ หมายถึง สิ่งที่บุคคลสั่งสมมาจากการเรียนหรือประสบการณ์ซึ่งจะต้องมีข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งรวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อและค่านิยมต่าง ๆ ด้วย

ประเภทของความรู้

ความรู้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (เกษณี เรื่องรัตนตรัย, 2547, หน้า 20) ได้แก่

1. ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) ได้แก่ ความรู้ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม บางครั้งอาจเรียกว่าความรู้นอกตัวคน ได้แก่ ความรู้ที่อยู่ในตำรา หนังสือเอกสาร (Document) กฎ ระเบียบ

วิธีปฏิบัติงาน ระบบ สื่อต่าง ๆ เช่น วีซีดี ดีวีดี อินเทอร์เน็ต เปรียบเทียบความรู้ชัดแจ้งเหมือนกับ ส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่พ้นน้ำ

2. ความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวคนเป็นสิ่งที่เห็นได้ ไม่ชัด เป็นความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติ หรือประสบการณ์ เป็นความรู้ที่ได้จากวิจารณ์ญาณ ปฏิภาณไหวพริบ เป็นเทคนิคเฉพาะตัวของผู้นับถือ รวมไปถึงพรสวรรค์ เปรียบเทียบได้กับส่วนของภูเขาน้ำแข็งที่จม อยู่ใต้น้ำที่มีปริมาณมากกว่าส่วนที่พ้นน้ำ

ลำดับชั้นของความรู้

ทฤษฎีปิรามิดแห่งความรู้ของ ยามาซากิ (Yamazaki) มี 4 ระดับ (เกษณี เรื่องรัตนตรัย, 2547, หน้า 20)

1. ข้อมูล (Data) คือ ข้อเท็จจริงข้อมูลดิบหรือตัวเลขต่าง ๆ ที่ยังไม่ผ่านการแปลความหมาย
2. สารสนเทศ (Information) คือ ข้อมูลที่ผ่านกระบวนการสังเคราะห์ วิเคราะห์แล้วเพื่อจะนำมาใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการและตัดสินใจ
3. ความรู้ (Knowledge) คือ สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิดเปรียบเทียบเชื่อมโยงกับ ความรู้อื่น จนเกิดเป็นความเข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์ในการสรุปและตัดสินใจในสถานการณ์ ต่าง ๆ ได้โดยไม่จำกัดช่วงเวลา
4. ปัญญา (Wisdom) คือ ความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวคน ก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปใช้

ระดับความรู้

บลูม และคณะ (Bloom et al., 1956 อ้างถึงใน เกษณี เรื่องรัตนตรัย, 2547, หน้า 20) ได้จัด ระดับความรู้ตามวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับความรู้ความคิดและการนำความรู้ไปประยุกต์ ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นความรู้ที่เกี่ยวกับคำจำกัดความของสิ่งต่าง ๆ และความรู้เกี่ยวกับวิธีการที่จะใช้เกี่ยวกับเฉพาะสิ่ง
2. ความเข้าใจ (Comprehensive) หมายถึง การมีความเข้าใจในความรู้ที่เรียน โดยสามารถอธิบายคำพูดของตัวเองได้
3. การนำความรู้ไปประยุกต์ (Application) หมายถึง ความสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้อย่างไรใช้ใน ประสบการณ์ชีวิตประจำวัน
4. การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถที่แบ่งที่ต้องเรียนรู้ออกเป็นส่วนย่อย และแสดงความสัมพันธ์ของส่วนย่อยเหล่านั้น
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถที่จะรวบรวมสิ่งที่ได้เรียนรู้หรือ ประสบการณ์เข้าเป็นสิ่งใหม่

6. การประเมินผล (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะใช้ความรู้ที่ได้เรียนมาในการตัดสินใจวินิจฉัยคุณค่าของสิ่งที่ได้เรียนรู้

การวัดความรู้

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด ซึ่งแต่ละชนิดมีความเหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะที่นิยมใช้กันโดยทั่วไป การวัดหรือข้อสอบแบบวัดหรือทดสอบถือว่าเป็นสิ่งเร้าที่นำไปให้ผู้ถูกสอบให้แสดงอาการตอบสนองออกมาด้วยพฤติกรรมบางอย่าง รูปแบบของข้อสอบมีอยู่ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ข้อสอบปากเปล่า เป็นการทดสอบโดยการได้ตอบด้วยวาจาโดยตรงเรียกว่า การสัมภาษณ์
2. ข้อสอบข้อเขียน แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ แบบเรียงความ เป็นแบบที่ต้องการให้ผู้ตอบอธิบายเรื่อง บรรยาย หรือวิพากษ์วิจารณ์เรื่องราวเกี่ยวกับความรู้ นั้น แบบจำกัดความ เป็นข้อสอบที่ให้ผู้ตอบพิจารณาเปรียบเทียบ ตัดสินข้อความหรือรายละเอียดต่าง ๆ มี 4 แบบ คือ ถูกผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่และแบบเลือกตอบ
3. ข้อสอบภาคปฏิบัติเป็นข้อสอบที่ไม่ได้ต้องการให้ผู้ตอบสนองออกมาเป็นคำพูดหรือเขียนเครื่องหมายใด ๆ แต่มุ่งให้ให้แสดงพฤติกรรมด้วยการกระทำจริง มักเป็นข้อสอบในเนื้อหาวิชาที่ต้องการให้ผู้ปฏิบัติ (เกษณี เรื่องรัตนตรัย, 2547, หน้า 21)

แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ (Attitude)

ทัศนคติ เป็นแนวความคิดที่มีความสำคัญมากแนวหนึ่งทางจิตวิทยาสังคม (Psycho - Social) และการสื่อสารและมีการใช้คำนี้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการนิยามคำว่า ทัศนคตินั้นได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2523, หน้า 32)

กิ่งแก้ว อินทว้าง (2541, หน้า 9) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นสิ่งซึ่งบอกการแสดงออกของบุคคลที่กระทำต่อสิ่งของบุคคลหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ณรงค์ จันอ่ำ (2536, หน้า 64) ให้ความหมายทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้ในด้านบวกและลบที่มีต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นอะไรก็ได้ เป็นต้นว่า สิ่งของ บุคคล บทบาท องค์การ ความคิด ความรู้สึกบอกความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

ปภาวดี ดุลยจินดา (2540, หน้า 503) สรุปไว้ว่า ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ หรือการเรียนรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมได้ตอบในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายทัศนคตินั้น

อรุณ รักธรรม (2540, หน้า 29) ทัศนคติของคนเป็นผลของความรู้สึกทางใจ ที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเอนเอียงไปในทางใดทางหนึ่งทัศนคติจึงเป็นนามธรรมอย่างหนึ่งที่ส่งผลสะท้อนมาสู่

พฤติกรรมคนเพราะฉะนั้นพฤติกรรมของมนุษย์ ก็คือ การแสดงออกของทัศนคติ ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อและการเรียนรู้จึงก่อให้เกิดทัศนคติในการประพฤติปฏิบัติต่อสิ่งเดียวกันในลักษณะที่ต่างกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ หรือการรู้ของบุคคลกับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมโต้ตอบในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทัศนคตินั้นทัศนคติมีผลให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาจะเห็นได้ว่า ทัศนคติ ประกอบด้วยความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกนั้นออกมาโดยทางพฤติกรรมในการประพฤติปฏิบัติต่อสิ่งเดียวกันในลักษณะที่ต่างกัน

องค์ประกอบของ ทัศนคติ

จากความหมายของทัศนคติ ซิมบาโด และเอบบีเซน (Zimbardo & Ebbesen, 1970 อ้างถึงใน พรทิพย์ บุญนิพัทธ์, 2539, หน้า 49) แยกองค์ประกอบของ ทัศนคติ ได้ 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (The Cognitive Component) คือ ส่วนที่เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ทั่วไปทั้งที่ชอบและไม่ชอบ หากบุคคลมีความรู้ หรือคิดว่าสิ่งใดดี มักจะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่หากมีความรู้มาก่อนว่าสิ่งใดไม่ดีก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (The Affective Component) คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวเนื่องกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพของคนนั้นเป็นลักษณะที่เป็นค่านิยมของแต่ละบุคคล

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (The Behavioral Component) คือ การแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบด้านความรู้ ความคิดและความรู้สึก

จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างก็เนื่องมาจากบุคคลมีความเข้าใจ มีความรู้สึกหรือมีแนวความคิดที่แตกต่างกันนั่นเอง ดังนั้นส่วนประกอบทางด้านความคิดหรือความรู้ความเข้าใจจึงนับได้ว่า เป็นส่วนประกอบขั้นพื้นฐานของทัศนคติสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคล อาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกัน ทั้งในทางบวก และทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้

ประเภทของ ทัศนคติ

บุคคลสามารถแสดงทัศนคติออกได้ 3 ประเภทด้วยกัน คือ

1. ทัศนคติทางเชิงบวกเป็นทัศนคติที่ชักนำให้บุคคลแสดงออกมีความรู้สึกหรืออารมณ์จากสภาพจิตใจโต้ตอบในด้านดีต่อบุคคลอื่นหรือเรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง รวมทั้งหน่วยงานองค์กร สถาบันและการดำเนินกิจการขององค์กรอื่น ๆ เช่น กลุ่มชาวเกษตรกรย่อมมีทัศนคติทางบวกหรือมีความรู้สึกที่ดีต่อสหกรณ์การเกษตรและให้ความสนับสนุนร่วมมือด้วย การเข้าเป็น

สมาชิกและร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ เป็นต้น

2. ทศนคติทางลบ คือ ทศนคติที่สร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสียไม่ได้รับความเชื่อถือหรือไว้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย รวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งหรือหน่วยงานองค์การ สถาบันและการดำเนินกิจการขององค์การและอื่น ๆ เช่น พนักงาน เจ้าหน้าที่บางคนอาจมีทศนคติเชิงลบต่อบริษัทก่อให้เกิดอคติขึ้นในจิตใจของเขามองพยายามประทุษร้ายและปฏิบัติต่อต้านกฎระเบียบของบริษัทอยู่เสมอ

3. ทศนคติที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นในเรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งหรือต่อบุคคล หน่วยงาน สถาบัน องค์การและอื่น ๆ โดยสิ้นเชิง เช่น นักศึกษาบางคนอาจมี ทศนคติหนึ่งเฉยอย่าง ไม่มีความคิดเห็นต่อปัญหาใดได้เพียงเรื่องกฎระเบียบว่าด้วยระเบียบของนักศึกษา

ทศนคติ ทั้ง 3 ประเภทนี้ บุคคลอาจจะมีเพียงประการเดียวหรือหลายประการก็ได้ขึ้นอยู่กับความมั่นคงในความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมอื่น ๆ ที่มีต่อบุคคลสิ่งของการกระทำหรือสถานการณ์

บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารต้องมีความเชี่ยวชาญ (Expertness) และความน่าไว้วางใจ (Trustworthiness) จะทำให้มีความน่าเชื่อถือสูงสามารถชักจูงใจได้ดีอีกทั้งมีบุคลิกภาพ (Personality) ดีก็จะมี ความสำคัญต่อการยอมรับ นอกจากนี้หากข้อมูลข่าวสารมีการเตรียมมาเป็นอย่างดีไม่ว่าจะเป็นเนื้อหา, การเรียงลำดับ, ความชัดเจนตลอดจนมีความกระชับและมีช่องทางในการส่งที่เหมาะสม ผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผู้รับสารก็อยากฟัง และมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือชักจูง (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2523, หน้า 42 - 45)

การเปลี่ยนทศนคติ มี 2 ชนิด คือ

1. การเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกัน หมายถึง ทศนคติ ของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกก็จะเพิ่มมากขึ้นในทางบวกด้วยและทศนคติที่เป็นไปในทางลบก็จะเพิ่มมากขึ้นในทางลบด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง หมายถึง การเปลี่ยนทศนคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกก็จะลดลงไปในทางลบและถ้าเป็นไปในทางลบก็จะกลับเป็นไปในทางบวก (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2523, หน้า 46)

การวัดทศนคติ

การวัดทศนคติ มีหลักการเบื้องต้นที่ต้องทำความเข้าใจ 3 ประการ คือ

1. เนื้อหา (Content) การวัดทศนคติ ต้องมีสิ่งเร้าเข้าไปกระตุ้นให้แสดงกิริยาท่าทีออกมา สิ่งเร้าโดยทั่วไปได้แก่เนื้อหาในการวัด

2. ทิศทาง (Direction) การวัดทศนคติโดยทั่วไป กำหนดให้ทศนคติมีทิศทางเป็นเส้นตรงและต่อเนื่องกันในลักษณะเป็นซ้าย ขวา หรือบวก ลบ

3. ความเข้มข้น (Intensity) กิริยาท่าที หรือความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งเร้านั้นมีปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน ถ้ามีความเข้มข้นสูงไม่ว่าจะเป็นทิศทางใดก็ตามจะมีความรู้สึกหรือปฏิกิริยาที่รุนแรงมากกว่าที่มีความเข้มข้นน้อย (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2523, หน้า 46)

วิธีการวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติเป็นการวัดทางอ้อม ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การวัดโดยสังเกตพฤติกรรม โดยมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่าบุคคลมีท่าทีความรู้สึกอย่างไร มักแสดงออกอย่างนั้นด้วยเหตุนี้พฤติกรรมอาจบ่งบอกลักษณะได้

2. การวัดโดยให้ผู้ถูกวัดบรรยายบอกท่าทีความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งนั้น ซึ่งกระทำได้หลายวิธี เช่น ตั้งคำถามแล้วให้ผู้ถูกวัดทัศนคติตอบหรือบรรยายท่าทีความรู้สึกของตนเองหรือการใช้มาตรวัดทัศนคติที่สร้างขึ้น (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2523, หน้า 47)

มาตรวัดทัศนคติ

มาตรวัดทัศนคติมีหลายประเภท แต่ละประเภทมีข้อดีข้อจำกัดและความเหมาะสมแตกต่างกัน ดังนั้นการเลือกใช้มาตรวัดทัศนคติประเภทใดนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของการวิจัย ซึ่งมาตรวัดที่นิยมและรู้จักกันแพร่หลายมี 4 ชนิด คือ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2523, หน้า 49)

1. มาตรวัดทัศนคติแบบเซอร์สโตน (Thurstone's Sype Scale)
2. มาตรวัดทัศนคติแบบลิเคอร์ท (Likert Scale)
3. มาตรวัดทัศนคติแบบกัตต์แมน (Guttman Scale)
4. มาตรวัดทัศนคติแบบออสกู๊ด (Osgood Scale)

มาตรวัดทัศนคติแบบลิเคอร์ท (Likert Scale)

แบบวัดทัศนคติแบบลิเคอร์ท (Likert Scale) สามารถใช้วัดทัศนคติได้อย่างกว้างขวางกว่าแบบอื่นและสามารถวัดทัศนคติได้เกือบทุกเรื่องยิ่งกว่านั้นมักมีค่าความเที่ยงสูงกว่าแบบอื่นแบบวัดทัศนคติแบบลิเคอร์ท มีส่วนประกอบสำคัญ 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นข้อความวัดทัศนคติและส่วนที่เป็นคำตอบ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า

การให้คะแนนข้อความที่ใช้วัดทัศนคติตามแบบลิเคอร์ทมีทั้งเชิงบวกกับเชิงลบและคำตอบมีลักษณะเชิงประเมินค่า มีน้ำหนักมากน้อยเรียงกันตามลำดับไม่มีถูกผิดเป็นความรู้สึกท่าทีของคนการให้คะแนนควรยึดหลักดังนี้ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2523, หน้า 52)

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	5
เห็นด้วย	4	4
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	1

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิบัติ (Practice)

ความหมาย

บลูม (Bloom, 1975, pp. 65 - 97 อ้างถึงใน เกษณี เรืองรัตนตรัย, 2547, หน้า 24) กล่าวว่า พฤติกรรมหรือการปฏิบัติ เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำอาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน

1. ด้านความรู้ หรือ พุทธิพิสัยหรือพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) เป็นความสามารถ และทักษะทางด้านสมองการใช้ความคิดสติปัญญา
2. ด้านเจตพิสัย หรือทัศนคติ (Effective Domain) ได้แก่ ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบหรือไม่ชอบเป็นสภาพความพร้อมทางด้านจิตใจ ซึ่งยากต่อการอธิบายและการวัดออกมา เป็นค่าที่ชัดเจนเพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัด
3. ด้านทักษะพิสัย หรือการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทาง ร่างกายเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่สามารถประเมินผลง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ

มีความสัมพันธ์กัน 4 รูปแบบ ดังนี้ (นิภา มนูญปิจุ, 2527, หน้า 82)

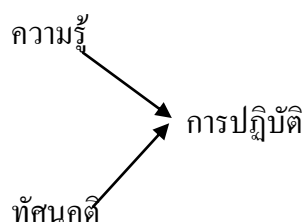
1. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นไปตาม ทัศนคติและความรู้ของบุคคล โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลาง ระหว่างความรู้และการปฏิบัติ กล่าวคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่ และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น

ความรู้ → ทัศนคติ → การปฏิบัติ

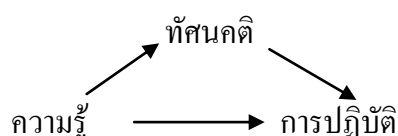
2. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กันหรือความรู้ ทัศนคติมีผลร่วมกันและเกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดการปฏิบัติ



3. ความรู้และทัศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติโดยความรู้และทัศนคติไม่มีความเกี่ยวข้อง



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติตามความรู้หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อนแล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามทัศนคตินั้น



จากแนวคิดและองค์ความรู้เกี่ยวกับทัศนคติดังกล่าว พบว่า ทัศนคติของบุคคลมีที่มาจากหลายสาเหตุและทัศนคติสามารถปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องได้ โดยการอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และการให้ข่าวสารที่ถูกต้องตามความเป็นจริง

ผู้วิจัยสรุปแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) มีความสัมพันธ์กันในลักษณะที่ว่าทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น โดยความรู้ทัศนคติมีผลร่วมกันและเกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อนแล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามทัศนคติซึ่งความสัมพันธ์ทั้ง 4 รูปแบบ สามารถสรุปได้ว่า ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติมีผลต่อกันและมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน พฤติกรรมที่ดีต้องมีทัศนคติเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การปฏิบัติขึ้นและทัศนคติจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ที่ผู้เรียนได้รับกับการกระทำหรือการปฏิบัติ ถ้าเขามีทัศนคติที่ดีรวมกับองค์ประกอบอื่น ๆ ที่จะกระตุ้นให้ปฏิบัติแล้ว บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือปฏิบัติมากกว่าบุคคลที่มีทัศนคติที่ไม่ดี

สรุปจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการคุณภาพของเดิมมิ่งที่เชื่อว่าทุกคนในองค์กร รวมถึงพนักงานระดับปฏิบัติจะมีส่วนช่วยในการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร ประสบความสำเร็จและใช้ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติในการประเมินบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยเชื่อว่าความรู้ทัศนคติมีผลร่วมกันและเกี่ยวข้องกัน ก่อให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อนแล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามทัศนคตินั้น

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี

โรงพยาบาลสอยดาว อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ตั้งอยู่บ้านเลขที่ 399 ม.1 ต.ปะตง อ.สอยดาว จ.จันทบุรี บนพื้นที่บริเวณ 22 ไร่ ห่างจากตัวจังหวัด 72 กิโลเมตร เริ่มให้บริการ วันที่ 3 ธ.ค. 2533 เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง ได้รับการบริจาคอาคารผู้ป่วยและได้ยกฐานะเป็น โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และ 60 เตียง ในปี พ.ศ. 2538 ถึงปัจจุบันมีสถานีนามัยในเครือข่าย จำนวน 12 แห่ง อยู่ภายใต้การดูแลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขโดยให้บริการรักษาพยาบาลในระดับทุติยภูมิ 2.1 ประกอบด้วยบริการ รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูโรค

ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอสอยดาว อยู่ห่างจากจังหวัดจันทบุรี เป็นระยะทาง 72 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อ ทิศเหนือติดต่อกับอำเภอสอยดาวและอำเภอสอยดาว จังหวัดสระแก้ว

ทิศใต้ติดต่อกับอำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี

ทิศตะวันออกติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยกัมพูชา

ทิศตะวันตกติดต่อกับอำเภอแก่งหางแมว อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

ประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ประชากรในพื้นที่อำเภอสอยดาว จำนวน 70,443 คน ชาย 35,088 คน หญิง 35,355 คน มีสิทธิประกันสุขภาพ 48,599 คน ประกันสังคม 20,609 คน ข้าราชการ 1,235 คน การปกครอง ส่วนภูมิภาค แบ่งพื้นที่เป็น 5 ตำบล 70 หมู่บ้าน 18,988 หลังคาเรือน การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย เทศบาลตำบล จำนวน 2 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน 4 แห่ง

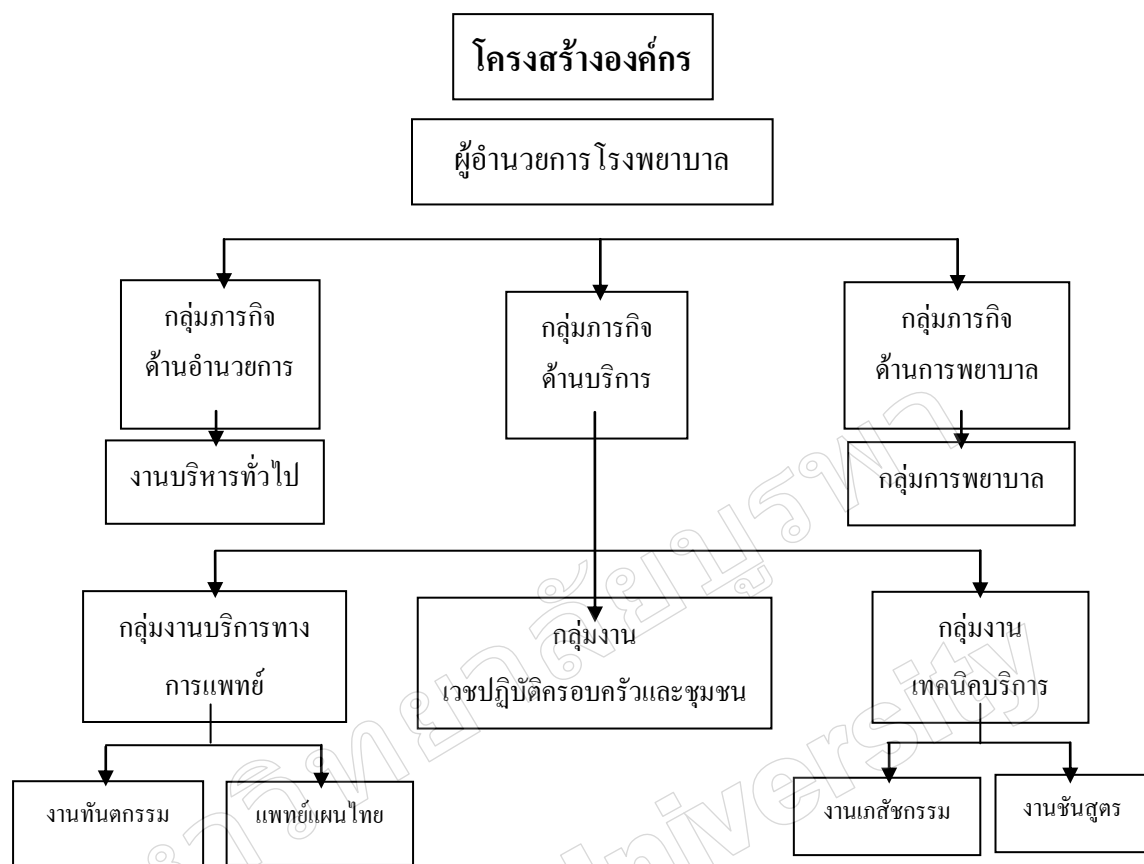
ลักษณะโดยรวมของบุคลากร

บุคลากรในโรงพยาบาล จำนวน 165 คน ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว

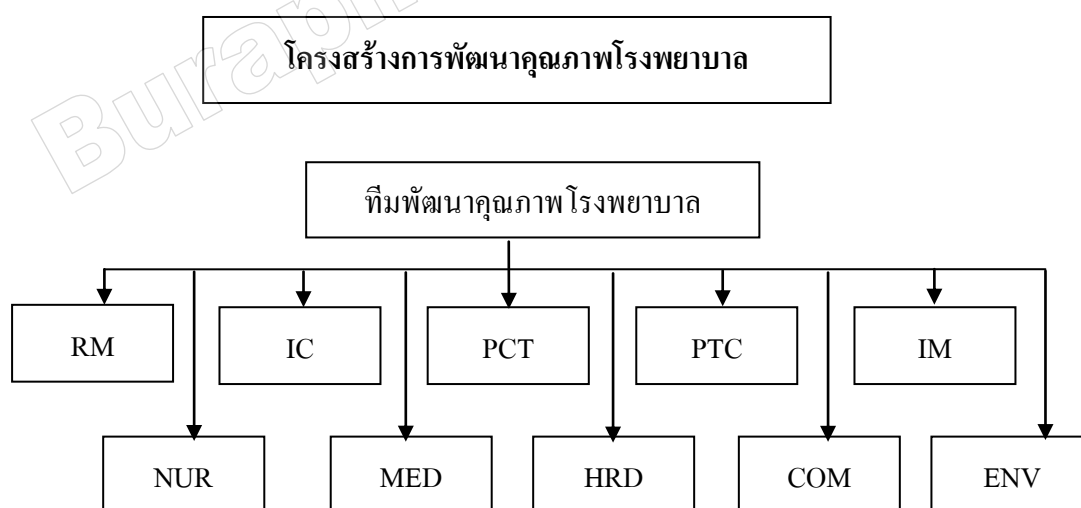
จำนวนบุคลากรจำแนกตามสาขาวิชาชีพที่สำคัญ

สาขาวิชาชีพ	จำนวน (คน)
แพทย์	2
เภสัชกร	6
พยาบาลวิชาชีพ	52
พยาบาลเทคนิค	1
นักวิชาการสาธารณสุข	3

สาขาวิชาชีพ	จำนวน (คน)
นักกายภาพบำบัด	2
นักโภชนาการ	1
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	3
เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์	1
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	3
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	4
เจ้าพนักงานเวชสถิติ/ เจ้าพนักงานสถิติ	9
เจ้าพนักงานพัสดุ - ธุรการ	8
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	4
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	10
ผู้ช่วยเภสัชกร	3
ผู้ช่วยทันตแพทย์	4
พนักงานทั่วไป	28
พนักงานขับรถยนต์	4
นายช่างเทคนิค	1
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	3



ภาพที่ 1 โครงสร้างองค์กรโรงพยาบาลสอยดาว จังหวัดจันทบุรี



ภาพที่ 2 โครงสร้างการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสอยดาวเริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพจากระบบ 5ส. คุณภาพการพยาบาลในปี พ.ศ. 2547 มีการทดลองนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกมาศึกษาและดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามกระบวนการโดยมีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก (มาตรฐาน HA) เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพได้ครอบคลุมทุกหน่วยงานและทุกกระบวนการจึงแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามภาระงานและความสามารถของบุคลากรออกเป็น 10 ทีม ประกอบด้วย 1) ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team = PCT) 2) ทีมควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control = IC) 3) ทีมบริหารความเสี่ยง (Risk Management = RM) 4) ทีมเภสัชกรรมและการบำบัด (ระบบยา) (Pharmacy and Therapeutic Committee = PTC) 5) ทีมสารสนเทศและเวชระเบียน (Information Management = IM) 6) ทีมบริหารการพยาบาล (Nurse = NUR) 7) องค์กรแพทย์ (Medical Staff Organization = MED) 8) ทีมบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Human Resource Development = HRD) 9) ทีมชุมชนและภัยสุขภาพ (Community = COM) 10) ทีมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Environment = ENV) ในปี พ.ศ. 2550 ได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) บัณฑิตชั้นที่ 1 และในปี พ.ศ. 2551 ถึงปัจจุบัน ได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) บัณฑิตชั้นที่ 2 โดยมีเป้าหมายที่จะประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation = HA) ในปี พ.ศ. 2556

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศุภกร โจนนินทร์ และคณะ (2544, บทคัดย่อ) เรื่อง HA กับคุณภาพชีวิตของชาวศิริราช ศึกษาข้อดีต่าง ๆ ของการทำ HA พบว่า ผู้บังคับบัญชาเห็นความสำคัญ ลดขั้นตอนการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานดีขึ้นงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็วถูกต้อง การประสานงานระหว่างหน่วยงานมากขึ้นสวัสดิการดีขึ้นความมั่นคงในการทำงานดีขึ้น

สุวัชรีย์ เชาชมรร (2544, บทคัดย่อ) เรื่อง ความรู้และทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาล หัวหินเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรทั้งหมดในโรงพยาบาล จำนวน 190 คน ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับมีความรู้มาก ทัศนคติต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่ดีในการศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้และทัศนคติจำแนกตามตัวแปร พบว่า

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ได้แก่ ระดับการศึกษาของบุคลากรในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งหากมองในภาพรวมการมีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานด้านมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรในด้านการได้ใช้ประโยชน์ของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบและการทำงานโดยมีคุณภาพเป็นปกติวิสัย

อรรวรรณ นกน้อย (2544, บทคัดย่อ) เรื่องการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 376 คน พบว่า บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีส่วนร่วมของบุคลากรในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประเภทบุคลากรและหน่วยงานที่สังกัด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพ ความพึงพอใจในการทำงานการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้แก่ ความพึงพอใจในการทำงาน ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี การรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านบุคคลระดับการศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก หน่วยงานทางห้องปฏิบัติการ ด้านสภาพการทำงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน เพศชายและสถานภาพการสมรส

รวีวรรณ อัจฉาศย์ (2545, บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารการพยาบาลกับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลประจำการ 295 คน ผลการวิจัยพบว่า การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับมากการใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารการพยาบาลด้านการให้การศึกษาและการติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมและการมีส่วนเกี่ยวข้อง การอำนวยความสะดวกและการสนับสนุน การเจรจาต่อรองและการตกลงเห็นด้วย การกระทำและการร่วมมือ การใช้อำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงสามารถร่วมกันพยากรณ์การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การมีส่วนร่วมและการมีส่วนเกี่ยวข้องการให้การศึกษาและการติดต่อสื่อสาร การกระทำและการร่วมมือ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการได้ร้อยละ 30.80

แววดาว อินทบุตร (2545, บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การพัฒนาบุคลากร การทำงานเป็นทีมกับผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 361 คน พบว่า การพัฒนาบุคลากรของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง (3.49) การทำงานเป็นทีม กับผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับมาก (3.63 และ 3.95 ตามลำดับ) อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ การทำงานเป็นทีม การพัฒนาบุคลากรและระยะเวลาในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลผลิตของงาน ($r = .577, .423$ และ $.87$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชนได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การทำงานเป็นทีม การพัฒนาบุคลากรและระยะเวลาในการทำงาน โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการได้ ร้อยละ 35.90 ($R^2 = 0.359$)

นนุช หลอมประโคน (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตามการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติงานตาม การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ระดับการศึกษาไม่มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตำแหน่งและประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนจากองค์การกับการปฏิบัติงานตาม การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ด้านบุคลากร งบประมาณที่ ได้รับการบริหารและด้านผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมกับการปฏิบัติงานตามการดำเนิน กิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า การสนใจ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมี ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการได้รับ ประโยชน์จากการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

เนริสา ปานอุดมลักษณ์ (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้และทัศนคติของบุคลากร โรงพยาบาลตากฟ้าต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตากฟ้า จำนวน 50 คน ผลการศึกษา พบว่า บุคลากร โรงพยาบาล ตากฟ้ามีความรู้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 54.00 และมีทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรอง

คุณภาพโรงพยาบาลตากฟ้าอยู่ในระดับเห็นด้วยและเมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลตากฟ้าต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า อายุมีผลต่อระดับความรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลตากฟ้า เปรียบเทียบทัศนคติของบุคลากร โรงพยาบาลตากฟ้าต่อการการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า อายุ ระดับการศึกษา การได้รับการฝึกอบรมและตำแหน่งงาน ไม่มีผลต่อทัศนคติของบุคลากร โรงพยาบาลตากฟ้าต่อการการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มยุรัตน์ สุทธิวิเศษศักดิ์ และคณะ (2546, หน้า 217) เรื่อง ระดับความก้าวหน้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้บริหาร 58 คน ผู้ปฏิบัติงาน 352 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับความก้าวหน้าของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์อยู่ในระดับดีถึงดีมากและปัจจัยที่ศึกษา 6 ปัจจัย ได้แก่ บุคลากรเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือ ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนจริงจัง เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพ ได้รับการสนับสนุนเงินทุนและทรัพยากร ได้รับการสนใจให้กำลังใจและผลตอบแทนและปัจจัยด้านการสื่อสารในองค์กรมีความสัมพันธ์กับความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ

ณัฐินี สุริยวงศ์ (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับการบริหารเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลรามาริบัติสู่คุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 315 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีตำแหน่งต่างกันและมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน จะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารเพื่อการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลรามาริบัติสู่คุณภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลที่สังกัดหน่วยงานที่แตกต่างกัน จะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารเพื่อการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลรามาริบัติสู่คุณภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกษณี เรืองรัตนตรัย (2547, บทคัดย่อ) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณีโรงพยาบาลกรุงเทพตราด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพตราด จำนวน 41 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงานและแผนกที่ทำงานไม่มีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน ($p < .05$) และสังกัดของสถาบันที่ทำให้สำเร็จการศึกษาไม่มีผลทำให้ทัศนคติต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน ($p < .05$) แต่มีผลทำให้ความรู้ และการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจาก

สถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยมากกว่าสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยแต่มีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยน้อยกว่า

จิตติคมณี อัคราศรี (2548, บทคัดย่อ) ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จำนวน 32 ราย ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย 1) การเข้าร่วมโครงการ 2) การถ่ายทอดแนวคิด HA 3) การยอมรับแนวคิด HA 4) การเรียนรู้แนวคิด HA 5) การปฏิเสธแนวคิด HA 6) การพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด HA ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย 1) การหาโอกาสในการพัฒนา 2) การดำเนินการพัฒนา 3) การเกิดแรงจูงใจ 4) การเรียนรู้เพื่อเข้าใจแนวคิด HA 5) การขยายผล การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 6) การบูรณาการแนวคิดคุณภาพ ระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินตนเอง 2) การเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลและดำเนินการแก้ไข 3) การรับการประเมินจาก พรพ. และดำเนินการแก้ไข 4) ผู้บริหารประกาศรับนโยบาย HA ชัดเจน 5) การส่งรายงานให้ พรพ. 6) การประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 7) การผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เพ็ญศรี ชำนาญวิทย์ (2549, บทคัดย่อ) ศึกษาการพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพบริการพยาบาลที่มีความเป็นเลิศ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวบ่งชี้คุณภาพบริการพยาบาลที่มีความเป็นเลิศในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ประกอบด้วย 1) ด้านภาวะผู้นำในการนำองค์กร 2) ด้านการวางแผนกลยุทธ์ 3) ด้านการมุ่งเน้นผู้ให้บริการ 4) ด้านสารสนเทศและการวิเคราะห์ 5) ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล 6) ด้านการบริหารกระบวนการ 7) ด้านผลลัพธ์การดำเนินการ

ปานจิต รัตนศิลป์กัลยาณู (2549, บทคัดย่อ) เรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมวิถีปฏิบัติและค่านิยมจุดหมายปลายทางของพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถีกับการยอมรับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 203 คน ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีค่านิยมวิถีปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ค่านิยมวิถีปฏิบัติที่มีค่าสูง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการศึกษาสูง ด้านความซื่อสัตย์และด้านความมีน้ำใจเมตตาอารี ค่านิยมวิถีปฏิบัติที่เหลือน้อยในระดับปานกลาง พยาบาลมีระดับค่านิยมจุดหมายปลายทางโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลมีการยอมรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมวิถีปฏิบัติและค่านิยมจุดหมายปลายทางกับการยอมรับการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวก ด้านการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างข้อมูล

ส่วนบุคคล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและระยะเวลาทำงานแต่ไม่สัมพันธ์กับตำแหน่งงาน ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาทำงานแต่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งงาน

พิเชฐ บัญญัติ และสุภาภรณ์ บัญญัติ (2550, หน้า 433 - 443) เรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลบ้านตาก: จากทฤษฎีผู้ปฏิบัติการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านตาก จำนวน 160 คน พบว่า โรงพยาบาลบ้านตากมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและองค์กรเป็นของตนเองโดยตัวแบบบ้านคุณภาพสร้างสุขทำให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพได้อย่างดี มีการเปลี่ยนแปลงขององค์กรที่ดีขึ้น

ธนพร มาสมบุญ (2551, บทคัดย่อ) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ พยาบาลของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 286 คน ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ช่วงอายุ หน่วยงานที่ปฏิบัติงานและประสบการณ์ทำงานแตกต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้าน โครงสร้างองค์การ ภาวะผู้นำ แรงจูงใจและการติดต่อสื่อสารแตกต่างกันปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์การ รองลงมาคือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม

แนริน (Narine, 2003 อ้างถึงใน ธนพร มาสมบุญ, 2551, หน้า 98) ศึกษาการได้รับและการคงไว้ ซึ่งพันธกิจที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในองค์การสุขภาพ พบว่า คณะกรรมการบริหารสุขภาพมีความต้องการปรับปรุงคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยใช้การเปลี่ยนแปลงองค์การจุดประสงค์ของการวิเคราะห์นี้เพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้ประสบความสำเร็จ 1) ผู้ปฏิบัติต้องยอมรับข้อตกลงในการเปลี่ยนแปลง 2) ต้องมั่นใจว่าองค์การมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงการเผชิญหน้ากับความไม่พึงพอใจต่อภาวะในปัจจุบัน 3) มีการสื่อสารถึงวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลง 4) มีการส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงและ 5) พัฒนาการสื่อสารถึงแนวทางอย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ ความต่อเนื่องในการยอมรับพันธกิจนั้นมีความสำคัญ นั่นคือการเปลี่ยนแปลงอย่างมั่นคง มีระบบการประเมินย้อนกลับและวัฒนธรรมองค์การ

ศรีวัฒนบรรณ และวนาวานิชกุล (Srivatanaban & Wanavanichkul, 2004 อ้างถึงใน ธนพร มาสมบุญ, 2551, หน้า 90) ศึกษาการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย ในปี ค.ศ. 1999 พบว่า มีการกำหนดกลยุทธ์ 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) รับรองพันธกิจและพัฒนากลยุทธ์ร่วมกัน 2) พัฒนาทีมงานบุคลากรและฝ่ายสนับสนุน 3) นำร่องกิจกรรมการปรับปรุงคุณภาพใหม่ ๆ และขยาย

โครงการคุณภาพให้คงอยู่ 4) ปรับปรุงระบบและหน้าที่หลัก 5) ขยายคุณภาพเข้าไปสู่ทั่วทั้งองค์กร 6) แสดงการประเมินตนเองและการตรวจเยี่ยมภายใน 7) จัดข้อบกพร่องให้เรียบร้อย 8) เสนอความต้องการการรับรองคุณภาพ 9) ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อความเป็นเลิศ ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเกิดจาก 1) บทบาทภาวะผู้นำ 2) ความต้องการผู้ชำนาญทางด้านคุณภาพ 3) แพทย์และการมีส่วนร่วมในทีมพัฒนาคุณภาพ 4) การสื่อสารชนิดแนวดิ่งและแนวราบ 5) ความสามารถของผู้ผลักดัน 6) ความจริงจังในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 7) ค่านิยมของวัฒนธรรมการเรียนรู้

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสามารถสรุปและเปรียบเทียบตัวแปรต้นตามกรอบแนวคิดได้ดังนี้

ลักษณะด้านบุคคล

1. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษาของ สุวัชรีย์ เดชาธอมร (2544, บทคัดย่อ) เรื่อง ความรู้และทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาลหัวหินเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับมีความรู้มาก ทัศนคติต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่ดีในการศึกษาเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติ จำแนกตามตัวแปร พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับ อรรณน นกน้อย (2544, บทคัดย่อ) เรื่อง การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีส่วนร่วมของบุคลากรในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับมาก ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ประเภทบุคลากรและหน่วยงานที่สังกัด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพ ความพึงพอใจในการทำงาน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสอดคล้องกับ นงนุช หลอมประโคน (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ตำแหน่งและประสบการณ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับ เกษณี เรื่องรัตนตรัย (2547, บทคัดย่อ) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณีโรงพยาบาลกรุงเทพตราด พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวม

อยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงานและแผนกที่ทำงานไม่มีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน ($p < .05$)

2. ประเภทงาน

จากผลการศึกษาของ เกษณี เรืองรัตนตรัย (2547, บทคัดย่อ) เรื่องความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ:ศึกษากรณีโรงพยาบาลกรุงเทพตราด พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงานและแผนกที่ทำงานไม่มีผลทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน ($p < .05$)

3. ตำแหน่งงาน

จากผลการศึกษาของ นงนุช หลอมประโคน (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของ เจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตำแหน่งและประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนผลการศึกษาของ เนริสา ปานอุดมลักษณ์ (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้และ ทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาลตากฟ้าต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อายุ ระดับ การศึกษา การได้รับการฝึกอบรมและตำแหน่งงานไม่มีผลต่อทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาลตาก ฟ้า ต่อการการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับ เกษณี เรืองรัตนตรัย (2547, บทคัดย่อ) เรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณีโรงพยาบาลกรุงเทพตราด พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ใน ระดับดี พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัย ส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงานและแผนกที่ทำงานไม่มีผลทำให้ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยแตกต่างกัน ($p < .05$)

4. กลุ่มวิชาชีพ

จากผลการศึกษาของ เกษณี เรื่องรัตนตรัย (2547, บทคัดย่อ) เรื่อง ความรู้ ทักษะและ การปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณีโรงพยาบาลกรุงเทพราด พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาล วิชาชีพมีทัศนคติต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตาม คำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ ปานจิต รัตนศิลป์กัลยาณู (2549, บทคัดย่อ) เรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมวิถีปฏิบัติและค่านิยมจุดหมายปลายทางของ พยาบาลโรงพยาบาลราชวิถีกับการยอมรับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า พยาบาลมีค่านิยม วิถีปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ค่านิยมวิถีปฏิบัติที่มีค่าสูง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการศึกษาสูง ด้านความซื่อสัตย์ และด้านความมีน้ำใจเมตตาอารี ค่านิยมวิถีปฏิบัติ ที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลมีระดับค่านิยมจุดหมายปลายทางโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลมีการยอมรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปจากงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้าน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประเภทงาน ตำแหน่งงานและกลุ่มวิชาชีพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และ การปฏิบัติ/ พฤติกรรม (Practice)

ตารางที่ 1 สรุปจากงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	งานวิจัยที่ศึกษา
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	สุวัชรีย์ เดชาธรรม (2544, บทคัดย่อ) เรื่อง ความรู้และทัศนคติของ บุคลากร โรงพยาบาลหัวหินเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล อรรณน นกน้อย (2544, บทคัดย่อ) เรื่องการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นนุช หลอมประโคน (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินงานกิจกรรมการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนใน จังหวัดบุรีรัมย์

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	งานวิจัยที่ศึกษา
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	เกษณี เรืองรัตนตรัย (2547, บทคัดย่อ) เรื่อง ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณี โรงพยาบาลกรุงเทพตราด
ประเภทงาน	เกษณี เรืองรัตนตรัย (2547, บทคัดย่อ) เรื่อง ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณี โรงพยาบาลกรุงเทพตราด
ตำแหน่งงาน	นงนุช หลอมประโคน (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบุรีรัมย์ เนริสา ปานอุดมลักษณ์ (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้และทักษะ ของบุคลากร โรงพยาบาลตากฟ้าต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล เกษณี เรืองรัตนตรัย (2547, บทคัดย่อ) เรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณี โรงพยาบาลกรุงเทพตราด
กลุ่มวิชาชีพ	เกษณี เรืองรัตนตรัย (2547, บทคัดย่อ) เรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ: ศึกษากรณี โรงพยาบาลกรุงเทพตราด ปานจิต รัตนศิลป์กัลยาณู (2549, บทคัดย่อ) เรื่องการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมวิถีปฏิบัติและค่านิยมจุดหมายปลายทาง ของพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถีกับการยอมรับการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยสามารถสรุปและเปรียบเทียบตัวแปรตาม ตามกรอบ แนวคิดได้ดังนี้ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากผลการศึกษาของ สุวัชรีย์ เดชาธรรอมร (2544, บทคัดย่อ) เรื่อง ความรู้และทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาลหัวหินเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับมีความรู้มาก ทัศนคติต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่ดีในการศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้และทัศนคติ จำแนกตามตัวแปร พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ได้แก่ ระดับการศึกษาของบุคลากรในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งหากมองในภาพรวมการมีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานด้านมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรในด้านการได้ใช้ประโยชน์ของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบและการปฏิบัติงานโดยมีคุณภาพเป็นปกติวิสัย สอดคล้องกับ เนริสา ปานอุดมลักษณ์ (2546, บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้และทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาลตากฟ้าต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตากฟ้า จำนวน 50 คน ผลการศึกษา พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลตากฟ้ามีความรู้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 54.00 และมีทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตากฟ้าอยู่ในระดับเห็นด้วย สอดคล้องกับ พิเชฐ บัญญัติ และสุภาภรณ์ บัญญัติ (2550, บทคัดย่อ) เรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลบ้านตาก: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ พบว่า โรงพยาบาลบ้านตากมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและองค์กรเป็นของตนเอง โดยตัวแบบบ้านคุณภาพสร้างสุข ทำให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพได้อย่างดีมีการเปลี่ยนแปลงขององค์กรที่ดีขึ้น

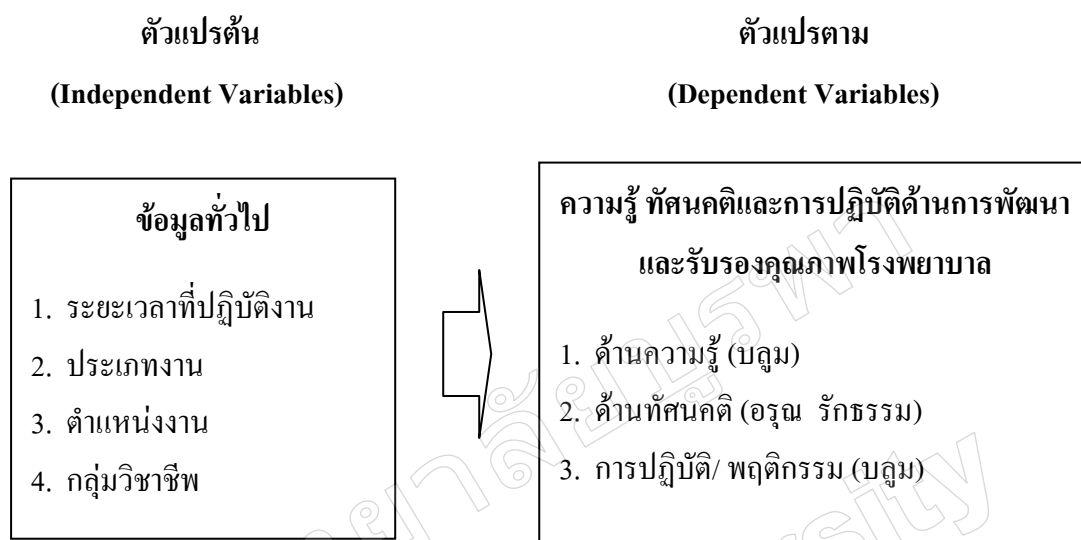
สรุปจากแนวคิดและทฤษฎีที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้าน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประเภทงาน ตำแหน่งงานและกลุ่มวิชาชีพ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการปฏิบัติ/ พฤติกรรม (Practice)

ตารางที่ 2 สรุปแนวคิดและทฤษฎีที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล

สรุป	แนวคิดและทฤษฎี
ความรู้	บลูม (Bloom, 1967, p. 271 อ้างถึงใน เกษณี เรื่องรัตนตรัย, 2547, หน้า 18) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่ว ๆ ไป กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเน้นความจำ ความรู้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1. ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) 2. ความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge)
ทัศนคติ	อรุณ รักธรรม (2540, หน้า 29) ทัศนคติของคนเป็นผลของความรู้สึกทางใจที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเอนเอียงไปในทางใดทางหนึ่งทัศนคติจึงเป็นนามธรรมอย่างหนึ่งที่ส่งผลสะท้อนมาสู่พฤติกรรมคนเพราะฉะนั้นพฤติกรรมของมนุษย์ ก็คือการแสดงออกของทัศนคติ ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อและการเรียนรู้จึงก่อให้เกิดทัศนคติในการประพฤติปฏิบัติต่อสิ่งเดียวกันในลักษณะที่แตกต่างจากความหมายของทัศนคติ สามารถแยกองค์ประกอบของทัศนคติได้ 3 ประการ คือ 1. องค์ประกอบด้านความรู้ 2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก 3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม
การปฏิบัติ	บลูม (Bloom, 1975, pp. 65 - 97 อ้างถึงใน เกษณี เรื่องรัตนตรัย, 2547, หน้า 24) กล่าวว่า พฤติกรรมหรือการปฏิบัติเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำอาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านความรู้ หรือพุทธิพิสัย ด้านเจตพิสัยหรือทัศนคติ ด้านทักษะพิสัย หรือการปฏิบัติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้กรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย