

ความรู้ เจตคติและ การปฏิบัติในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ของบุคลากร โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

นางกานต์พิชชา พลศรีเมือง

งานผู้ป่วนใน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

พ.ศ.2555

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ทนต์ วีระแสงพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกลเล็งเห็นความสำคัญของการวิจัย R2R เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์กรและอนุญาตให้ศึกษา และนำเสนอผลงานในครั้งนี้ ขอขอบคุณนางสาวพรศิริ แซ่เตียว หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่เป็นแกนหลักที่เสนอโครงการและผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และ ดร. สมหมาย คชนาม ที่เป็นที่ปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ให้เกิดความสำเร็จ

กานต์พิชชา พลศรีเมือง

7 พฤศจิกายน 2555

ชื่อเรื่อง **ความรู้ เจตคติและ การปฏิบัติในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ของบุคลากรโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย**

ผู้วิจัย **นางกานต์พิชชา พลศรีเมือง**

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง **ความรู้ เจตคติและ การปฏิบัติในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล** ของบุคลากรโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ปี พ.ศ. 2555 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ จำนวน 30 คนและการสุ่มอย่างง่าย ในกลุ่มวิชาชีพทั่วไป จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีอัลฟาของครอนบาคโดยค่าความเชื่อมั่น วัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเท่ากับ 0.66 , 0.81 และ 0.94 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับบุคลากร ระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 31 ตุลาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Simple Correlation

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 48.8 และเป็นผู้ปฏิบัติถึงร้อยละ 77.5 มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65 ระดับต่ำ ร้อยละ 18.8 มีเจตคติที่ดีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 และการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ พบว่า อายุ สถานภาพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ ตำแหน่งงาน ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการค้นพบดังกล่าวแสดงว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ควรให้ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐานHA บันได 3 ขั้นสู่การรับรองคุณภาพ ส่งเสริม สนับสนุนให้มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติในทุกกลุ่มงาน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ(HA) ที่ต่อเนื่อง และที่สำคัญผู้บริหารระดับสูงควรมีนโยบายการสร้างใจและปรับเจตคติของเจ้าหน้าที่ ให้มี เจตคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่มีคุณภาพและความยั่งยืน

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์	4
ประโยชน์ที่ได้รับ	5
บทที่ 2 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้	6
แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ	10
แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติ	13
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
กรอบแนวคิดการวิจัย	34
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	35
รูปแบบการศึกษา	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	35
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	39
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป	39
ผลกาวิเคราะห์ความรู้ในการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ	43
สารบัญ (ต่อ)	หน้า

ผลการวิเคราะห์เจตคติต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ	45
ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ	48
ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ	51
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	53
สรุปผล	53
อภิปรายผล	53
ข้อเสนอแนะ	57
บรรณานุกรม	58
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	61
ภาคผนวก ข ประวัติผู้วิจัย	70

สารบัญตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	40
ตารางที่ 2 ร้อยละของบุคลากรจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ	43
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามระดับความรู้	44
ตารางที่ 4 ร้อยละของบุคลากร จำแนกตามเจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	46
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามเจตคติ	48
ตารางที่ 6 ร้อยละของบุคลากร จำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	49
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามการปฏิบัติ	50
ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ	52

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ทุกคนพึงจะได้รับจากการดูแลภาครัฐอย่างเท่าเทียมกันมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่นำไปสู่ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนคนไทยทุกคนได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงโดยมีคุณภาพและประสิทธิภาพภายใต้มาตรฐานเดียวกันจากนโยบายดังกล่าวประชาชนมีความคาดหวังต่อบริการสุขภาพสูงขึ้น หน่วยบริการด้านสุขภาพต้องมีการพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการ ทำให้เกิดการแข่งขันการสร้างบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ , 2547)

แนวคิดและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพแบบต่างๆถูกนำมาใช้มากมาย มีรากฐานพัฒนามาจากแนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality management) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) แนวคิดการพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นระบบที่สร้างขึ้นเน้นการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานที่มีระบบภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้สามารถประกันคุณภาพและเกิดคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ สุภชิตกุล และคณะ, 2541) จึงเป็นกระแสการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการที่บุคลากรสาธารณสุขรวมทั้งองค์กรวิชาชีพให้ความสนใจ ยอมรับเป็นสิ่งจำเป็นต่อการให้บริการสุขภาพเพื่อคุณภาพการบริการที่ให้กับประชาชน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล , 2543) นอกจากนี้ยังใช้กลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพการประเมินตนเอง และการรับรองคุณภาพ ทั้งนี้โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามข้อกำหนดในกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพของบริการ การดูแลรักษาพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการทางสุขภาพของประเทศที่ยอมรับกันทั่วไปว่าคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปรารถนา

เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ การทำงานเป็นไปตามมาตรฐานเป็นที่ยอมรับและมีโอกาสเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลลังค์, 2543)

มาตรฐานโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ถูกนำมาใช้ครั้งแรกปี 2539 เรียกว่ามาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชก (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, 2541) ต่อมาปี พ.ศ. 2543 ได้มีการปรับปรุงใหม่เรียกตามมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการแบ่งระดับการพัฒนาเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 มาตรฐานระดับโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 มาตรฐานระดับทีมนำด้านคลินิก และส่วนที่ 3 เป็นมาตรฐานระดับหน่วยงาน ซึ่งมาตรฐานระดับหน่วยงานเป็นมาตรฐานที่บุคลากรทุกคนต้องมีส่วนร่วมคิดร่วมปฏิบัติโดยมาตรฐานระดับหน่วยงานจะครอบคลุมในองค์ประกอบ 1) การนำองค์กร โดยมีการจัดองค์กรและการบริหารที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วยมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ 2) ทิศทางนโยบาย มีการกำหนดความมุ่งหมายเจตจำนง ปรัชญา ขอบเขตเป้าหมายวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน การจัดองค์กรการบริหาร โดยการจัดทำแผนภูมิโครงสร้างหน่วยงานระบบการรายงานในภาวะปกติ และเมื่อเกิดปัญหาและกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งของบุคลากร 3) การบริหารทรัพยากรและการประสานบริการ 4) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยจัดทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอกับภาระงาน 5) การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย 6) เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ 7) ระบบสารสนเทศ โดยการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพ 8) กระบวนการคุณภาพทั่วไป 9) กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ โดยมีกิจกรรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีการนำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐาน 10) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ , 2545) ดังนั้นบุคลากรในหน่วยงานต้องมีความเข้าใจในมาตรฐานและมีส่วนร่วมในการพัฒนางานคุณภาพเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีการประเมินตนเอง ตรวจสอบความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2544)

และจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ที่ระบุไว้ว่าให้มีการพัฒนาสถานบริการสุขภาพให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานของระบบการรับรองคุณภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทยหรือตามมาตรฐานสากล (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จึงเป็นสาเหตุให้

สถานบริการสุขภาพและโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ มีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานและผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพอย่างเท่าเทียมกันเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว

ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่เข้าสู่ระบบการพัฒนาคุณภาพทั้งหมด 1322 แห่ง และผ่านการรับรองคุณภาพ ในระดับที่ต่างกันทั้งหมด 351 แห่ง จังหวัดศรีสะเกษมีทั้งหมด 20 โรงพยาบาลและผ่านการรับรองคุณภาพทั้งหมด โดยแบ่งเป็น ชั้น 2 จำนวน 12 โรงพยาบาล ชั้น 3 จำนวน 4 โรงพยาบาล ผ่านการรับรองคุณภาพครั้งที่ 1 จำนวน 2 โรงพยาบาล และอยู่ในระหว่างการประเมินเพื่อขอรับรองคุณภาพครั้งที่ 2 จำนวน 2 โรงพยาบาล

โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเริ่มมีการพัฒนางานคุณภาพตั้งแต่ปี 2543 และผ่านการประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งแรกในปี 2546 โดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกในการรับการประเมิน และผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ในปี 2550 โดยใช้มาตรฐานฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชครบ 60 ปีในการรับการประเมิน ซึ่งมีอายุในการรับรองโรงพยาบาลคุณภาพ 3 ปีและหมดอายุเมื่อปี 2553 และล่าสุดเมื่อวันที่ 5-6 กรกฎาคม 2555 โรงพยาบาล ได้รับการเยี่ยมประเมินเพื่อการขอรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 3 ซึ่งอยู่ในระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา งานพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และทีมงานด้านต่างๆจะเป็นตัวขับเคลื่อนทำให้งานพัฒนาคุณภาพประสบความสำเร็จ แต่ในทีมผู้ปฏิบัติพบว่า ยังมีการรับรู้ ความเข้าใจในเรื่องการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐานโรงพยาบาลได้แก่ วัสดุทัศนั พันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ การจัดการ และการบริหาร การจัดการทรัพยากรบุคคล นโยบายและวิธีปฏิบัติงาน สิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก ระบบงาน กระบวนการให้บริการ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆที่ไม่ตรงกัน ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากบุคลากรโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดในแต่ละปีในทุกวิชาชีพ การย้ายออก ลาออก การเข้ามาทำงานใหม่

ดังนั้นในการศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ของบุคลากรต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สำหรับบุคลากร โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ซึ่งจะสามารถตอบได้ว่าบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดีระดับใด เพื่อจะนำเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ใช้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประสบความสำเร็จบรรลุตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้เพื่อก้าวสู่ โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำระดับประเทศ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากร
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาความรู้ เจตคติและ การปฏิบัติ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เฉพาะบุคลากรโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จำนวน 275 คน

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

1. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปรับปรุงกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพ พัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร เพื่อการประเมินและรับรองคุณภาพ ให้สังคมมั่นใจในระบบการบริการของโรงพยาบาล
2. ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหมายถึง ความสามารถในการจำและระลึกได้ เข้าใจ สังเกตได้ต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
3. บุคลากร หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

- 3.1 วิชาชีพเฉพาะ หมายถึง แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์
นักรังสีเทคนิค วิทยาศาสตร์การแพทย์ ทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์
กายภาพบำบัด
- 3.2 บุคลากรทั่วไป หมายถึง เจ้าหน้าที่บริหารทั่วไป พนักงานธุรการ พนักงาน
การเงิน นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวและ
ข้าราชการพลเรือนอื่นๆนอกเหนือจากวิชาชีพเฉพาะ
4. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดที่ได้รับ
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน หมายถึง จำนวนปีที่ได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล
อุทุมพรพิสัยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน
6. อายุ หมายถึง อายุเป็นจำนวนปี เต็ม
7. ตำแหน่ง หมายถึง ตำแหน่งงานที่ได้ปฏิบัติ ผู้บริหาร หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติ
8. การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล หมายถึง การ
ฝึกอบรมของบุคลากรใน โรงพยาบาลโดยวิทยากรภายในหรือภายนอก
โรงพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมขั้นตอน กระบวนการในการพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล
9. เจตคติ หมายถึงความรู้สึก ความคิดเห็นที่บุคลากร โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยมีต่อ
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
10. การปฏิบัติ หมายถึง การกระทำที่เกิดจากการนำความรู้ ความเข้าใจใน เจตคติ
หรือประสบการณ์ต่างๆเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่ได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา ส่งเสริม และปรับปรุงให้การพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ประสบความสำเร็จก้าวสู่ โรงพยาบาลคุณภาพชั้นนำ
ระดับประเทศ

บทที่ 2

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากรโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดเป็นหัวข้อและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
2. แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติ
4. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)

ความหมาย

พจนานุกรมทางการศึกษา (Good, อ้างถึงใน มนัสนันท์ มีครุฑ,2542, หน้า 26)ให้ความหมายของความรู้ ว่าเป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากมวลประสบการณ์ต่างๆ

บลูม (Bloom อ้างถึงใน มนัสนันท์ มีครุฑ,2542, หน้า 26) นักการศึกษาชาวอเมริกันความรู้เป็นการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่างๆหรือระลึกถึงแบบกระสวนโครงสร้างวัตถุประสงค์ในด้านความรู้เน้นในเรื่องขบวนการทางจิตวิทยาของความจำเป็นกระบวนการเชื่อมโยงและจัดระเบียบใหม่

บุญชม ศรีสะอาด (2537) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้ซึ่งเรื่องราวต่างๆที่บุคคลรับรู้ไว้ในสมอง

รวิชัย ชัยจิรฉายกุล (2537) กล่าวว่า ความรู้หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงความจำเป็นและการระลึกได้ที่มีต่อความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำเป็นในสิ่งที่ยู่ยากซับซ้อนและมีความหมายแก่กัน

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2533) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า เป็นการรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับข้อเท็จจริงและความคิดรวบยอดซึ่งเน้นถึงความสามารถในการจำและความเข้าใจ จนก่อให้เกิดความคุ้นเคย ทำให้มีความรู้ในสิ่งนั้นๆ โยผ่านกระบวนการของเหตุและผลเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ

กล่าวโดยสรุป ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง รายละเอียดต่างๆ ซึ่งได้รับมาจากประสบการณ์การเรียนรู้ ที่บุคคลได้เก็บรวบรวมไว้และสามารถระลึกได้แสดงออกมา ในการศึกษาครั้งนี้ ความรู้หมายถึงสิ่งที่บุคลากรโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ได้เรียนรู้และระลึกได้จากประสบการณ์ และการเรียนรู้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามระดับความรู้ที่ได้รับได้

บลูม (อ้างใน วิจิตต์วัฒน์ ตันติวัฒน์, 2544) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้หรือความสามารถทางสติปัญญา (Cognition domain) เป็น 6 ประเภทคือ

1. ความรู้ (knowledge) เป็นการเรียนรู้ที่เน้นถึงความจำ และการระลึกได้ต่อความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ต่อกัน

2. ความเข้าใจ (Comprehensive) เป็นความสามารถทางสติปัญญาที่เกี่ยวกับการสื่อความหมายในลักษณะการตีความ แปลความและสรุปเพื่อทำนาย

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆหรือสถานการณ์จริง

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการพิจารณาแยกแยะวัตถุหรือเนื้อหาออกเป็นส่วนปลีกย่อยที่มีความสัมพันธ์กันและการสืบเสาะความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆเพื่อดูว่าประกอบเข้าด้วยกันอย่างไร

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวมส่วนประกอบย่อยๆหรือส่วนใหญ่ๆให้เป็นเรื่องเดียวกันเพื่อสร้างรูปแบบหรือ โครงสร้างที่ไม่ชัดเจนมาก่อนให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ ภายในขอบข่ายของงาน หรือปัญหาที่กำหนด

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด ผลงาน คำตอบ วิธีการ และเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่างโดยมีการกำหนดเกณฑ์เป็นฐาน

1.2 ระดับความรู้

ดีชอร์ (Deshhaw อ้างใน วิชัย ดิศสระ, 2535) ได้แบ่งระดับความรู้จากต่ำสุดไปหาสูงสุดดังนี้

1.2.1 ข้อเท็จจริง (Fact) คือเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับสิ่งใด สิ่งหนึ่งในลักษณะนามธรรมขั้นต่ำสุด

1.2.2 ความคิดรวบยอด (Concept) คือคำใดคำหนึ่งหรือประโยค วลี ที่แสดงถึงลักษณะความเด่นชัดของสิ่งต่างๆ

1.2.3 หลักการหรือเหตุผล (Generalization) คือประโยคบอกเล่าที่พยายามอธิบายความสัมพันธ์ของความคิดรวบยอดต่างๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของความคิดรวบยอดนั้น

1.2.4 กฎเกณฑ์ (Principle) คือประโยคบอกเล่าของความคิดที่เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นนามธรรมที่เป็นจริงตามความคิดรวบยอด และหลักการที่สามารถทดสอบได้มาเป็นเวลานานพอสมควร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ วัดความรู้ ในระดับข้อเท็จจริง ที่เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

1.3 การวัดความรู้ เป็นการวัดสมรรถภาพสมองด้านการระลึกออกของความจำ การวัดความรู้มีดังนี้

1.3.1 การวัดความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์และนิยามคือ การวัดว่า “ คำ” หรือ “กลุ่มคำ” หรือความหมายหรือคำแปลของเครื่องหมาย รูปภาพ ตัวอย่าง สัญลักษณ์ต่างๆ

1.3.2 การวัดความรู้เกี่ยวกับกฎและความจริง คือการวัดว่า สูตร กฎเกณฑ์ ความจริงข้อเท็จจริงเรื่องราว ใจความหรือเนื้อความสำคัญๆ ได้มีการพิสูจน์หรือยอมรับเป็นอย่างไร

1.3.3 การวัดวิธีการดำเนินการคือวัดความจำหรือกระบวนการ และแบบแผนวิธีทำงานของเรื่องราวต่างๆ เหตุการณ์ว่ามีที่มาอย่างไร ใช้วิธีการใด มีการดำเนินงานเป็นขั้นๆอย่างไร มิได้มุ่งที่จะวัดการนำไปปฏิบัติจริง

1.3.4 การวัดเกี่ยวกับระเบียบแบบแผน คือการวัดว่า แบบแผน แบบฟอร์ม จารีตธรรมเนียม ประเพณีที่ตกลงรับกันตามความนิยม ธรรมเนียมปฏิบัติต่อกันมาอย่างไร เข้าใจอย่างไร

1.3.5 การวัดเกี่ยวกับลำดับชั้นและแนวโน้ม คือการวัดความรู้เหตุการณ์ต่างๆมีความเคลื่อนไหวโน้มเอียงไปในทิศทางใด ตามลำดับเวลาอย่างไร

1.3.6 การวัดความรู้เกี่ยวกับการจำแนกประเภท คือการวัดที่เกี่ยวกับการแยกประเภทสิ่งของเรื่องราว เหตุการณ์ ตามประเภท ชนิด ตามลำดับก่อนหลังอย่างไร

1.3.7 การวัดความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ คือการวัดความจำในกฎเกณฑ์ต่างๆที่ใช้ในการวินิจฉัยและตรวจสอบข้อเท็จจริงต่างๆว่าทำได้หรือไม่และควรใช้เกณฑ์หรือหลักการใด

1.3.8 การวัดความรู้เกี่ยวกับวิธีการหรือวิธีการดำเนินงาน วัดผลลัพธ์ เทคนิค วิธีการปฏิบัติ มีกระบวนการอย่างไร ดำเนินการอย่างไร

1.3.9 การวัดเกี่ยวกับความรู้รวบยอดในเนื้อเรื่อง คือวัดความจำของข้อสรุป หรือหลักการใหญ่ๆของเนื้อหา

1.3.10 การวัดความรู้เกี่ยวกับหลักการและขยายหลักการ คือ การวัดว่าสามารถจำหลักการต่างๆอันเป็นสาระสำคัญของเนื้อหาได้หรือไม่

1.3.11 การวัดเกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง คือการวัดความสามารถในการระลึกได้ และนำความสัมพันธ์จากทฤษฎีและหลักวิชา มาสรุปเป็นเนื้อหาความใหญ่ๆรวมเป็นเรื่องเดียวกันได้หรือไม่

2. แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ (Attitude)

ยูวดี รอดจากภัย (2551) กล่าวว่า ทักษคติ หรือ เจตคติ (A=Attitude) หมายถึงสภาพจิตใจ ความคิดและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือปฏิกิริยาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือเป็นการแสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอาจจะเป็นบุคคล สิ่งของ สถานการณ์

ไฮลการ์ด (Hilgard, 1962 อ้างถึงในภุชญา ศักดิ์ศรี , 2540) ให้ความหมายของเจตคติคือ แนวโน้มของการกระทำที่หันเหเข้าหาหรือถอยหนีจากวัตถุหรือสถานการณ์ต่างๆเป็นความพร้อมก่อนตัดสินใจตอบสนองต่อวัตถุหรือสถานการณ์ต่างๆ โรเบิร์ต (Robert,2002,p.79) ให้ความหมายเจตคติคือความเชื่อที่แข็งกล้าหรือความรู้สึกต่อบุคคล สิ่งของและสถานการณ์ เซอร์เมอร์ฮอร์น,เจมส์ และออสบอร์น (Schermerhorn,James,&Osborn,1991,p.115) ให้ความหมายเจตคติคือการตอบสนองทั้งในทางบวกและทางลบที่มีต่อบุคคล สิ่งของและสิ่งแวดล้อม พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536,หน้า 169) ให้ความหมายเจตคติคือ ความรู้หรืออารมณ์ที่แสดงออกมาเป็นท่าทีสภาพความพร้อมทางความคิดและจิตใจของบุคคลที่จะรับและสนองตอบต่อสิ่งเร้าและสถานการณ์ต่างๆในทิศทางที่เป็นบวก ลบ หรือเป็นกลาง ประสิทธิ์ ทองอุ่น (2542,หน้า 29) ให้ความหมายของเจตคติคือ เป็นความรู้สึกและปฏิกิริยาความพร้อมที่จะกระทำในเชิงบวกหรือเชิงลบที่มีต่อเป้าหมาย ในด้านการพยาบาล ทศนา บุญทอง (2530 อ้างใน จันทร์จิรา เหล่าพงษ์นันทน์ ,2533)เจตคติต่อการพยาบาลคือ ความรู้สึกที่ดีต่อวิชาชีพ

พยาบาลและเจตคติเป็นที่มาของพฤติกรรม

สรุป เจตคติหมายถึงความรู้สึกความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อบุคคล สถานการณ์และข้อเสนอใดๆ ซึ่งเป็นความพร้อมก่อนที่จะตัดสินใจตอบสนองทั้งในทางที่ยอมรับหรือปฏิเสธ

องค์ประกอบเจตคติ มีดังนี้(ภุชญา ศักดิ์ศรี,2540,หน้า 185;ประสิทธิ์ ทองอุ่น,2542,หน้า 29)

1. ด้านปัญญา (Cognitive component) เป็นความคิด ความรู้ ความเข้าใจหรือความเชื่อ บุคคลต้องได้มีประสบการณ์ได้รับข้อมูลและเกิดความคิดเกี่ยวกับสิ่งหรือสภาพนั้นๆ
2. ด้านความรู้สึก (Affective component) เป็นสภาพอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึก ความพอใจ ไม่พอใจ ชอบ ไม่ชอบ รังเกียจเป็นต้น

3. ด้านการกระทำ (Behavioral component) เป็นแนวโน้มหรือท่าทีที่บุคคลตอบสนองหรือปฏิบัติต่อสิ่งต่างๆในแง่การยอมรับ และไม่ยอมรับเป็นทิศทางตอบสนองหรือการกระทำในทางหนึ่งซึ่งเป็นผลจากความคิดว่าดีหรือไม่ดี

ประเภทของเจตคติ การแสดงออกทาง เจตคติสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ

1. เจตคติในทางบวก (Positive attitude) คือความรู้สึกต่อสิ่งแวดลอม ในทางที่ดีหรือยอมรับ ความพอใจ
2. เจตคติในทางลบ (Negative attitude) คือการแสดงออกหรือความรู้สึกต่อสิ่งแวดลอม ในทางที่ไม่พอใจ ไม่ดี ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย
3. การไม่แสดงออกทางเจตคติหรือมีเจตคติเฉยๆ คือเจตคติเป็นกลาง อาจเป็นเพราะไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ

คุณลักษณะของเจตคติ

คุณลักษณะของเจตคติดังนี้ (กฤษณา ศักดิ์ศรี,2540)

1. เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ (Learning) หรือประสบการณ์ (Experience) มิได้เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่เกิด เมื่อเด็กเกิดการเรียนรู้ย่อมจะมีความรู้สึก (Feeling) และความคิดเห็น (Opinion) เกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้
2. เจตคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ (Changeable)
3. เจตคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก สังเกตพฤติกรรมแสดงออกด้วยคำพูด สีหน้า ท่าทาง
4. เจตคติเป็นเรื่องซับซ้อน (Complex)
5. เจตคติเกิดจากการเลียนแบบ (Imitation) สามารถถ่ายทอดไปสู่บุคคลอื่นได้
6. ทิศทางและปริมาณของเจตคติมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล
7. เจตคติเกิดขึ้นจากจิตสำนึก (Consciousness) หรือ ไร้สำนึก (Unconsciousness) เมื่อบุคคลเรียนรู้มีประสบการณ์แตกต่างกัน
8. เจตคติมีลักษณะคงทนถาวรพอสมควร
9. บุคคลแต่ละคนย่อมมีเจตคติต่อบุคคล สถานการณ์ สิ่งเดียวกันแตกต่างกันได้

เจตคติกับพฤติกรรมการปฏิบัติ

เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเป็นสาเหตุของพฤติกรรมและเป็นผลของพฤติกรรมที่มีอิทธิพลในการกำหนดรูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลจะกระทำในครั้งต่อไปด้วย เจตคติการ

ปฏิบัติงาน โดย สเตียร์ (Steers, 1991 อ้างถึงใน ราฟิง เมียงหม , 2544) ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของเจตคติและพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ผู้บริหารควรคำนึงถึงคือ

1. เจตคติเกิดขึ้นได้ต่อทุกๆสิ่งในชีวิตการปฏิบัติงานของทุกคน
2. เจตคติดีมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล
3. เจตคติต่องานในทางที่ไม่ดีหรือทางลบของบุคลากรจะทำให้องค์การสูญเสียรายได้ เนื่องจากที่บุคลากรมีเจตคติไม่ดีต่องานจะสะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดงาน เปลี่ยนงานเกิดขึ้นบ่อยและเสียโอกาสที่จะได้ผลงานที่ดีจากบุคลากร

การประเมินเจตคติ

รูปแบบวัดเจตคติ สรุปรวิธิการแบบวัดดังนี้ (Oskamp,1991 อ้างถึงใน ศิริกุล จันพุ่ม 2543 หน้า 31)

1. การรายงานจากความรู้สึกของตนเอง (Self Reported)
2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Observation & Behavior) มีหลักว่าเจตคติต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ตั้งแต่แรกจนถึงสิ้นสุดสถานการณ์
3. การมีปฏิกิริยาหรือการแปลความหมายต่อสิ่งเร้า (Reaction to Partially Structure)
4. การปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของงาน (Performance on Objective Tasks)
5. ปฏิกิริยาการตอบสนองทางร่างกาย (Physiological Reaction) เป็นการวัดความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นและความรุนแรงของเจตคติกับปฏิกิริยาที่ตอบสนองทางร่างกาย

เครื่องมือวัดเจตคติ ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างแบบวัดเจตคติมีหลายมาตราดังนี้ (ชื่นจิตต์ ประสมสุข ,2540 หน้า 63)

1.การสร้างแบบวัดเจตคติ ตามวิธีของเทอร์สโตน (Turntone's Equal Appearing interval scale, 1929) เป็นการวัดเจตคติด้วยวิธีการใช้ค่าประจำประโยชน์จุดมุ่งหมาย คือ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบปริมาณมากน้อย นักเบาของเจตคติ

2. การสร้างแบบวัดเจตคติตามวิธีลิเคิร์ต (Likert, 1967) มีหลักการว่า การจัดให้มีข้อความแสดงเจตคติต่อที่หมายในทิศทางใดทิศทางหนึ่งแล้วให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็น คำตอบของแต่ละข้อความจะมีให้เลือกตอบ 5 ช่วง ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างมาก หรืออาจใช้มาตราส่วนมากกว่านี้ก็ได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติ (http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files)

ความหมายของการปฏิบัติ

โรเจอร์ (Roger,1962) ได้จัดการปฏิบัติไว้เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการยอมรับอันได้แก่ รับรู้ สัมผัส ไตร่ตรอง ทดลองปฏิบัติ และปฏิบัติอย่างสมบูรณ์ ในขณะที่เชื่อว่า เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ ตลอดจนตัวแปรด้านคุณลักษณะประชากรที่เลือกมาจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ

บลูม (Bloom, 1975) กล่าวว่า การปฏิบัติหรือการนำไปใช้หรือความสามารถในการนำ ความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ไปใช้อย่างเหมาะสม ถูกต้องในการแก้ปัญหาต่างๆในสถานการณ์ใหม่ๆ

อรวรรณ เย็นใจ (2535) การปฏิบัติเป็นการกระทำที่เกิดจากการนำความรู้ ความเข้าใจ หรือ ประสบการณ์ต่างๆที่มีอยู่ไปแสดงออกทางร่างกายในสถานการณ์หนึ่ง เพื่อตอบสนองสิ่งเร้าหรือ แก้ปัญหา

ยูวดี รอดจากภัย (2551) กล่าวว่า การปฏิบัติ (P = Practice) หมายถึงการได้กระทำประจำ หรือซ้ำๆจนเคยชิน หรือเป็นนิสัยในช่วงระยะหนึ่ง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม (KAP) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัวคือ ความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอาจมีผลกระทบต่อสังคมต่อไปจากการรับสารนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทนี้ จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือเมื่อผู้รับสาร ได้รับสารก็จะเกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดเจตคติและขั้นสุดท้ายคือก่อให้เกิดการกระทำ ทฤษฎีนี้อธิบาย การสื่อสาร หรือสื่อมวลชน ว่า เป็นตัวแปรต้นที่สามารถเป็นตัวนำ การพัฒนาเข้าไปสู่ชุมชนได้ ด้วยการอาศัย KAP เป็นตัวแปรตาม ในการวัดความสำเร็จของการสื่อสาร เพื่อการพัฒนา (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร,2533,หน้า118)

4. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ,2551)

คุณภาพและความปลอดภัย เป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศแม้จะมีความพยายามในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้ง ความเสี่ยงและความสูญเสียต่างๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องมีกลไกเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ได้ผลและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) โครงการคิดดาวโรงพยาบาล โครงการปรับโฉมโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเริ่มต้นโดยแพทย์สภา ซึ่งต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้นำมาขยายผลเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเข้าไปศึกษาและจัดทำคู่มือการนำมาตราฐานดังกล่าวไปใช้ประเมิน การมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ จัดทำมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยองค์กรและสมาคมวิชาชีพต่างๆ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในประเทศไทย เริ่มจากการนำแนวคิด Total Quality Management/Continuous Quality Improvement (TQM/CQI) มาทดลองปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งเมื่อปี พ.ศ. 2535 การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพและเริ่มนำมาปฏิบัติเพื่อทดลองประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ.2540 ในลักษณะโครงการวิจัยและพัฒนา ซึ่งส่งผลให้เกิดภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับจากโครงการวิจัยและพัฒนาเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ.2542

พัฒนาการของ Hospital Accreditation ในประเทศต่างๆ

Hospital Accreditation เริ่มต้นด้วยมาตรฐานง่ายๆ 5 ข้อในอเมริกาเมื่อ 70 ปีที่แล้ว เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลที่จะเป็นสถานที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์ และค่อยๆ พัฒนาต่อมาเป็นการร่วมมือขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดตั้งขึ้นเป็น Joint Commission for Healthcare Organization Accreditation (JCAHO) มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขจูงใจจากการรับรองเพื่อการฝึกอบรม มาสู่การเป็นเงื่อนไขสำหรับโรงพยาบาลที่จะให้บริการผู้ป่วยในระบบ Medicaid และ Medicare

Hospital/Healthcare Organization Accreditation ได้ขยายตัวไปสู่ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และอีกหลายๆ ประเทศตามมา จนในปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 70 ประเทศโลกที่มีระบบนี้เกิดขึ้น โดยที่มีความหลากหลายของลักษณะโครงสร้างองค์กรและแหล่งทรัพยากรองค์กร ในช่วงเริ่มต้นของระบบนี้ในโลกจะเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ขณะที่องค์กรที่เกิดขึ้นในช่วงหลังๆ โดยเฉพาะในประเทศยุโรปตะวันออก จะมีลักษณะเป็นองค์กรของรัฐแนวคิดของระบบนี้ค่อยๆ เปลี่ยนไปตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโลก จากที่เริ่มต้นในลักษณะของการตรวจสอบตามมาตรฐาน มาสู่การใช้เป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ใช้การเยี่ยมชมสำรวจเป็นเสมือน external peer review ซึ่งการเริ่มต้นนำระบบนี้เข้ามาทดลองใช้ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2540 นั้น เป็นช่วงที่กำลังมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดนี้อย่างขนานใหญ่ในประเทศอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย ประเทศไทยจึงได้รับแนวคิดที่มุ่งเน้นการพัฒนามากกว่าการตรวจสอบเข้ามตั้งแต่ต้น “HA is an educational process, not an inspection”

องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ Hospital Accreditation คือ

- (1) การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนา
- (2) การที่โรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเอง อย่างสอดคล้องกับบริบทของตน และมีหลักคิดหรือ core values ที่เหมาะสมกำกับ
- (3) การประเมินจากภายนอกในลักษณะของกัลยาณมิตร เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง เพื่อช่วยกันหาจุดบอดที่ทีมงานมองไม่เห็น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางขึ้น

(4) การยกย่องชื่นชมด้วยการมอบประกาศนียบัตรรับรอง หรือการมอบกิตติกรรมประกาศในความสำเร็จ

แนวคิดการพัฒนาที่เป็นบทเรียนของประเทศไทย

ในช่วงเริ่มต้นเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน จุดประกายความคิดแล้วนำไปทดลองปฏิบัติ นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรมในช่วงแรกจะเน้นกระบวนการกลุ่ม การใช้เทคนิคการเป็นโค้ชหรือการเป็น facilitator ในช่วงต่อมาเป็นการเน้นการตีความหมายของมาตรฐานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

มาตรฐาน HA ฉบับแรกคือฉบับปีกาญจนานิกโยก ได้กระตุ้นให้เกิดรูปธรรมของการจัดระบบงานที่เป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทยในขณะนั้น เช่น การทำงานในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ระบบบริหารความเสี่ยง การมีองค์กรแพทย์มากำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การวางแผนจำหน่าย รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความตื่นตัวในการนำข้อมูลวิชาการมาจัดทำและใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดความคาดหวังและความตื่นตัวในเรื่อง คุณภาพมากขึ้น กระบวนการ HA ได้ตอบสนองด้วยการจัดระบบบันได 3 ขั้นสู่ HA เพื่อง่ายต่อการปฏิบัติตามสภาพความพร้อมของโรงพยาบาล โดยที่บันไดขั้นแรกเป็นการเรียนรู้แนวคิดคุณภาพด้วยการปฏิบัติอย่างง่ายๆ และตรงประเด็น อาทิ สิ่งที่เป็นปัญหา ความเสี่ยง ผลที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ นำมาเรียนรู้และปรับปรุงเพื่อป้องกัน ซึ่งโรงพยาบาลที่ปฏิบัติด้วยความเข้าใจ เท่ากับเป็นการสร้างพื้นฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาคุณภาพในขั้นต่อไป

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน”

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบได้แก่การหมุนวงล้อการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning- improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด)

บันไดขั้นที่ 3 คู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

กระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

เป้าหมายของ HA

เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในอนาคตอาจจะขยายขอบเขตกว้างขวางกว่าบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น HA จึงมีโอกาที่ปรับจาก Hospital Accreditation ไปสู่ Healthcare Accreditation

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA

หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA ก็คือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรองการเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเพียงใดคุณค่าของการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก อยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง หรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำมาดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือควรมองว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา

ทำความเข้าใจ HA อย่างรอบด้าน

การทำความเข้าใจกระบวนการคุณภาพของ HA ให้รอบด้าน อาจมองได้ใน 4 มิติ คือ 1) มิติของลำดับขั้นการพัฒนา 2) มิติของพื้นที่การพัฒนา 3) มิติของกระบวนการพัฒนา 4) มิติของการประเมิน

1. มิติของลำดับขั้นการพัฒนา: บันไดสามขั้นสู่ HA

บันไดสามขั้นสู่ HA ทำให้โรงพยาบาลเห็นจุดเน้นของการพัฒนาในแต่ละช่วงได้ชัดเจนขึ้น โดยได้เลือกสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยที่สังคมห่วงกังวล มาดำเนินการตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้นแม้ว่าบันไดสามขั้นจะชี้แนะลำดับขั้นของการพัฒนา แต่ในทางปฏิบัติจริงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะไม่จำกัดตนเองอยู่ที่บันไดขั้นใดขั้นหนึ่ง

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน” เพื่อเป็นฐานที่มั่นคงสำหรับขั้นต่อไป เมื่อทำเชี่ยวชาญแล้ว ควรทำให้เป็นเรื่องปกติประจำที่เรียบง่ายของทุกคน ไม่ต้องเน้นรูปแบบ

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบได้แก่การหมุนวงล้อการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด)

บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

2. มิติของพื้นที่การพัฒนา: กลุ่มของระบบย่อยในองค์กร

- 1) ระบบย่อยที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการต่างๆ หรือระบบย่อยของแต่ละหน่วยบริการ
- 2) ผู้ป่วยต่างๆ ที่เรียกว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population)

3) ระบบงานต่างๆ ที่สนับสนุนหรือเป็นแกนหลักสำคัญและเกี่ยวข้องกับหน่วยงานและ กิจกรรมบริการจำนวนมาก รวมทั้งการขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาในระดับองค์กร เมื่อรวมทั้ง สามกลุ่มเข้าด้วยกัน ก็จะเป็นระบบของทั้งองค์กร

3.มิติของกระบวนการพัฒนา:3C-PDSAการใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็น กระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ เป็นการเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ

3C (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดหรือการ วางแผนที่ดี เรียกว่า “คิดดี คิดถูก คิดเป็น” ทำให้รู้ว่าอะไรคือลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ตน จะต้องทำPDSA คือวงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้หรือทบทวน ติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น อาจเรียกว่าเป็นวงล้อเพื่อการ “ทำดี ทำถูก ทำเป็น”

Plan-Do-Study-Act (PDSA) ก็คือ Design-Action –Learning-Improvement (DALI) โดย ความหมาย

3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับ ไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ

สิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์

เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ดี มาจากการวิเคราะห์ context

หรือสถานการณ์เฉพาะของตน คู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ criteria ในการคิดและการทำที่ดีนั้น ควรจะมีหลักการหรือค่านิยมหลัก (Core Values & Concepts)เป็นตัวกำกับ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความ ลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง ยิ่งเห็น โอกาสพัฒนามากขึ้น

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้

ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

- 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing)
- 2) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning)
- 3) สุนทรียะสนทนา (dialogue)

- 4) การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์
- 5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio)
- 6) การใช้ตัวตามรอย (tracer)
- 7) การเยี่ยมชมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit)
- 8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review)
- 9) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย
- 10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities)
- 11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน
- 12) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review)

4. มิติของการประเมินผล

การประเมินจาก

ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

ค่านิยมและแนวคิดหลัก หรือหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผสมผสานหลักคิดของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการประยุกต์แนวคิด TQM ที่นำมาใช้ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ ลูกค้ำสำคัญที่สุด (customer focus), จุดความฝันร่วมกัน (common vision), ทีมงานสัมพันธ์ (team work), มุ่งมั่นกระบวนการ (process focus), สานด้วยอริยสัจสี่ (problem solving), ดีที่ผู้นำ (visionary leadership), ทำอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement)

เมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับแรกมาใช้ หลักคิดที่ใช้กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดผลอย่างแท้จริง ได้แก่ Individual commitment, team work, customer focus

การพัฒนาคุณภาพตามบันได 3 ขั้นสู่ HA ได้ข้อสรุปของหลักคิดในบันไดขั้นที่ 1 ว่า ทำงาน
ประจำให้ดี, มีอะไรให้คุยกัน, ขยันทบทวน และหลักคิดในบันไดขั้นที่ 2 ว่า เป้าหมายชัด วัดผลได้
ให้คุณค่า อย่ายึดติดเมื่อผสมผสานหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด
ดังนี้

1. ทิศทางนำ: visionary leadership, systems perspective, agility
2. ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility
3. คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard
4. การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
5. พาเรียนรู้: learning, empowerment

แนวทางการใช้มาตรฐาน

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน: เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และใช้ประเมิน
เพื่อหาโอกาสพัฒนา

ขอบเขตของมาตรฐาน: เป็นมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและการประเมิน โรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่ง
สามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับโดยครอบคลุมการทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล
ไว้ด้วยมาตรฐานฉบับนี้สามารถใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาลได้ โดยเน้นการ
นำข้อกำหนดในตอนที่ 1 และตอนที่ 4 มาใช้ และเลือกข้อกำหนดในตอนที่ 2 และตอนที่ 3 เท่าที่
เกี่ยวข้องมาใช้

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน:

1) การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทายและความเสี่ยง ที่สำคัญ

2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ

ทิศทางนำ: visionary leadership, systems perspective, agility

ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility

คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard

การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach

พาเรียนรู้: learning, empowerment

3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)

4) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

1) ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด

2) เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน

3) เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ

4) เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริงในที่ทำงานที่ข้างเคียงผู้ป่วย

5) เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง

6) ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง

7) เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวมและการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ,2551)

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1) ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

ข. การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2) องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี รับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

ก. การกำกับดูแลกิจการ

ข. พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

ค. การสนับสนุนชุมชนและสุขภาพของชุมชน

2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1) องค์กรกำหนดกลยุทธ์ 11 และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

ข. การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตนเพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน.

3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือถูกยึด อย่างเหมาะสม

4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและ สารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร

4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน

สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร.

5.1 ความผูกพันของบุคลากรองค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจเพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคลบุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้อำนาจหน้าที่ดี การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากรองค์กรบริหารจัดการขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีความสุขที่ดี และมีความปลอดภัย.

6.1 การออกแบบระบบงานองค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ออกแบบระบบงานและกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่นๆ, พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน, และบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

ก. ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร

ข. การออกแบบกระบวนการทำงาน

ค. ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติบริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าวเพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

ก. การจัดการกระบวนการทำงาน

ข. การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ

- ก. การสนับสนุนจาก
- ข. มีการเชื่อมโยงและประสานงานคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน
- ค. การทำงานเป็นทีม
- ง. การประเมินตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา

1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ

- ก. ระบบความเสี่ยงความปลอดภัย
- ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2.1 การพยาบาล (PFG.1/NUR)มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

- ก. การบริหารการพยาบาล
- ข. ปฏิบัติการพยาบาล

2.2 แพทย์ (PFG.2/MED)มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ รับผิดชอบต่อการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือนองค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ

- ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

ข. วัสดุและของเสียอันตราย

ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (ENV.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบ สาธารณูปโภคที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ

ข.ระบบสาธารณูปโภค

3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)องค์กรแสดงความ มุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1)ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของ องค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการ ประสานงานที่ดี.

ก. การออกแบบระบบ

ข.การจัดการและ

4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกัน การติดเชื้อในโรงพยาบาล

ก. การป้องกันการติดเชื้อ

4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3)องค์กรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล.

ก. การเฝ้าระวังและการติดตามกำกับ

ข. การควบคุมการระบาด

5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัยการประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1)องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย.

ก. การวางแผนและการจัดการ

ข. การเก็บสำรองยา

6.2 การใช้ยา (MMS.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล.

ก. การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง

ข. การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา

7.1 ข้อกำหนดทั่วไป (DIN.1) บริการตรวจสอบประกอบการวินิจฉัยโรคให้ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

ข. การจัดบริการ

7.2 ข้อกำหนดเพิ่มเติมสำหรับแต่ละบริการ (INV.2)

ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก

ข. คลังเลือด

ค. บริการรังสีวิทยา และ Medical Imaging อื่นๆ

8. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน140 จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชนที่รับผิดชอบ.

9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล.

2 การประเมินผู้ป่วย (ASM) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

ก. การประเมินผู้ป่วย

ข. การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

ค. การวินิจฉัยโรค

3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1) ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกัน
 อย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2) มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และ
 ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล.

4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันที่ ปลอดภัย
 เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้
 การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตาม
 มาตรฐานวิชาชีพ.

4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ
 อย่างทันที่ ปลอดภัยเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ก. การระงับความรู้สึก

ข. การผ่าตัด

ค. อาหารและโภชนาการ

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จ. การบำบัดอาการเจ็บปวด

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC) ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กรองค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ ผลด้านการเงิน ผลด้านบุคลากร ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการ ด้านการนำ และผลด้านการสร้างเสริม

IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย(PCR)องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านผลลัพธ์กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status ของผู้ป่วย

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)

IV-3 ผลด้านการเงิน (FNR)

IV-4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล (HRR)

IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR)

IV-6 ผลด้านการนำ (LDR)

IV-7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HPR)

5.ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุดัตตา พงษ์รัตนมานะ (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำ กับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับสูง และหัวหน้าที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีความสัมพันธ์สูงกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย

สัจจาภรณ์ ขันธน์ภูท์ (2541) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร พบว่าความรู้ของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง และรายด้านพบว่าความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นด้วยมากในประเด็นขั้นตอนการดำเนินโครงการและเป้าหมาย เห็นด้วยปานกลางในเรื่องการประเมินตนเองการจัดคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดทำมาตรฐานและผลการทดสอบมาตรฐานพบว่าเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อผู้ปฏิบัติงาน แต่ตำแหน่งหน้าที่ตามคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นผู้มีหน้าที่คณะทำงานและประสานงาน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ

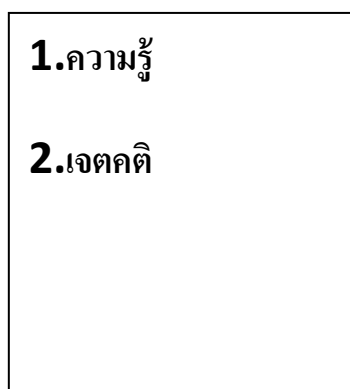
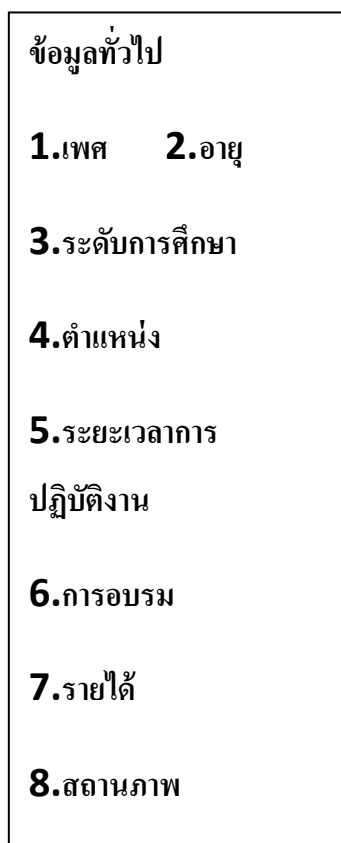
จิตติมา รักษาราช (2544) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษาโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าความรู้ความเข้าใจของบุคลากรพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมถึงร้อยละ 86.7 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพด้านมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นรายเรื่อง โดยมีความรู้ระดับปานกลางเรื่อง พันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ การจัดการองค์กรและการบริหาร การจัดการทรัพยากรบุคคล นโยบายและวิธีปฏิบัติร้อยละ 55, 75.2, 74.1, 81.4 และ มีความรู้มากเรื่องสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก ระบบงาน กระบวนการให้บริการ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 64.7, 88.1, 61.5 และ 94.6

สุวัชรีย์ เดชาธรรม (2545) ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และทัศนคติของบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษากรณีโรงพยาบาลหัวหิน พบว่าบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพในภาพรวมถึงร้อยละ 75 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรอง

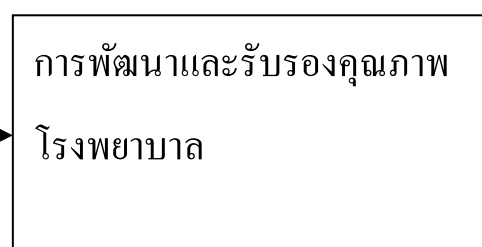
คุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดี ระดับความรู้ของบุคลากรไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตำแหน่งงานต่างกัน การได้รับการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กรอบแนวคิด งานวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรที่มีวิชาชีพเฉพาะและบุคคลทั่วไป รวม 275 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย มี 2 กลุ่มคือ กลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และกลุ่ม วิชาชีพทั่วไป

ขนาดและการสุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร Cohen (1983 : 84)

จำนวนตัวอย่าง = $10 k$ k คือจำนวนตัวแปรอิสระ หรือตัวแปรต้น

$$= 10 \times 8 = 80 \text{ คน}$$

กลุ่มวิชาชีพเฉพาะ เลือกแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน

กลุ่มวิชาชีพทั่วไป ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 50 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้า ตำรา ฐานข้อมูล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โครงสร้างแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามปลายปิด (closed questions) จำนวน 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ตำแหน่งงาน กลุ่มวิชาชีพเฉพาะ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย การฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 14 ข้อ ลักษณะแบบทดสอบเป็นคำถามแบบ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ

เกณฑ์การให้คะแนนและวัดตัวแปร คะแนนวัดความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กำหนดเกณฑ์โดย

ตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิดได้คะแนน 0 คะแนน

ตอบ ไม่ทราบได้ คะแนน 0 คะแนน

ช่วงคะแนนของความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะอยู่ระหว่าง 0 – 14 คะแนน Criteria reference ตามหลักของ (Bloom,1956)

ตอบถูกมากกว่าร้อยละ 79 ของคะแนนเต็มคือ 14 คะแนนขึ้นไป คือ คะแนน 12 – 14 คะแนนหมายถึงมีความรู้ระดับมาก

ตอบถูกร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม 14 คือ คะแนน 9 – 11 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม 14 คือ คะแนนน้อยกว่า 11 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านเจตคติเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลจำนวน 26 ข้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษา สร้างลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า(Ratio Scale) ใช้มาตราวัดแบบ ลิเคิต (Likert Scale) โดย

แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยแต่ละคำมีความหมาย ดังนี้ คือ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกได้ 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนในภาพรวมอิงเกณฑ์ของ Bloom เช่นเดียวกับความรู้

การเลือกตอบแต่ละช่วงคำตอบมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ความรู้สึกที่ท่านตอบคำถามนั้นเป็นจริงทุกครั้ง
มาก	หมายถึง ความรู้สึกที่ท่านตอบคำถามนั้นเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่
ปานกลาง	หมายถึง ความรู้สึกที่ท่านตอบคำถามนั้นเป็นจริงครึ่งหนึ่ง
น้อย	หมายถึง ความรู้สึกที่ท่านตอบคำถามนั้นตรงข้ามเป็นส่วนใหญ่
น้อยที่สุด	หมายถึง ความรู้สึกที่ท่านตอบคำถามนั้นตรงข้ามทุกสิ่ง

คำถามจะมีทั้งข้อความแสดงความรู้สึก หรือแสดงความเห็นด้วย คดี้อยตาม (favorable statement) หรือข้อความที่มีลักษณะทางบวก (positive statement) และข้อความที่แสดงความไม่เห็นด้วย (unfavorable statement) หรือข้อความที่มีลักษณะทางลบ (negative statement) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล อุทุมพรพิสัยจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้ศึกษาสร้างแบบสอบถามลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า(Ratio Scale) ใช้มาตราวัดแบบ ลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ การแปลผลคะแนนใน

ภาพรวมอิงเกณฑ์ของ Bloom เช่นเดียวกับความรู้ ใช้หลักการเดียวกันกับแบบสอบถามด้านเจตคติในตอนที 3

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบโดย ดร.สมหมาย คชนาม และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการคุณภาพ ระดับปริญญาโทขึ้นไปจำนวน 1 ท่าน

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามของ

รัชฎา พระอารักษ์ (2555) มาประยุกต์ ทำการสอบถามจริงกับกลุ่มตัวอย่าง และคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เท่ากับ 0.66, 0.81 และ 0.94 ตามลำดับ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับบุคลากรทุกฝ่ายในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จำนวน 80 ชุด

2. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 31 ตุลาคม 2555

3. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามระเบียบทางสถิติ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ในการประมวลผลข้อมูล ซึ่งดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Simple correlation

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากรโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติแบ่ง ออกเป็น 5 ส่วนได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ความรู้ในการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ
3. เจตคติต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ
4. การปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.8 , มีอายุระหว่าง 30 – 40 ปี ร้อยละ 42.5 ,สถานภาพคู่ ร้อยละ 68.8 , มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 71.2 ,มีรายได้ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท ร้อยละ 27.5 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ เป็นหนี้ถึง ร้อยละ 32.5 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 16 – 20 ปีถึงร้อยละ 30 , บุคลากรส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 48.8 และเป็นผู้ปฏิบัติถึงร้อยละ 77.5 ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล ร้อยละ 55.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จากหัวหน้างานถึงร้อยละ 87.5 รองลงมาคือ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 80 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	11.2
หญิง	71	88.8
อายุ (ปี)		
< 30	12	15.0
30-40	34	42.5
41-50	31	38.8
>50	3	3.8
$\bar{X} = 38.95$ S.D. = 7.92		
สถานะภาพ		
โสด	20	25
คู่	55	68.8
หม้าย หย่า แยก	5	6.2
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	7	8.8
อนุปริญญา/ปวช/ปวส	7	8.8
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	57	71.2
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	9	11.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/บาท		
< 10,000	15	18.8
10,000 – 20,000	22	27.5
20,001 - 30,000	17	21.2
30,001 - 40,000	15	18.8
> 40,000	11	13.8
$\bar{X} = 26,104$ S.D. = 15572.86		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
พอเพียงใช้จ่ายหมด	23	28.8
พอเพียงเหลือเก็บ	17	21.2
ไม่พอเพียงเป็นหนี้	26	32.5
ไม่ค่อยแน่นอน	14	17.5
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย		
< 5	14	17.5
5 – 10	12	15.0
11- 15	18	22.5
16 - 20	24	30.0
> 20	12	15.0
$\bar{X} = 14.28$ S.D.= 7.67		
ตำแหน่งในปัจจุบัน		
แพทย์	3	3.8
ทันตแพทย์	1	1.2
เภสัชกร	3	3.8
พยาบาลวิชาชีพ	39	48.8
เจ้าหน้าที่อื่นๆ	15	18.8
ลูกจ้างประจำ	1	1.2
ลูกจ้างชั่วคราว	18	22.5
หน้าที่ความรับผิดชอบ		
ผู้บริหาร(หัวหน้างาน/ฝ่าย/กลุ่ม)	18	22.5
ผู้ปฏิบัติ	62	77.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
กลุ่มงานที่ปฏิบัติ		
องค์กรแพทย์	3	3.8
กลุ่มงานทันตกรรม	3	3.8
กลุ่มงานเภสัชกรรม	8	10.0
กลุ่มงานการจัดการ	6	7.5
กลุ่มงานการพยาบาล	44	55.0
กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	1	1.3
กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว และบริการปฐมภูมิ	11	13.8
กลุ่มงานประกันสุขภาพ	4	5.0
ยุทธศาสตร์สารสนเทศ		
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ		
การพัฒนาคุณภาพ HA		
บอร์ดประชาสัมพันธ์	64	80
Internet	32	40
เพื่อนร่วมงาน	60	75
การประชุมประจำเดือน	63	78.8
ทีม RM Round	34	42.5
ทีม จป. Round	7	8.8
หนังสือวารสาร	21	26.2
Morning talk	33	41.2
หัวหน้างาน	70	87.5
การประชุมรวมเจ้าหน้าที่	57	71.2
ทีม IC Round	29	36.2
อื่นๆ	7	8.8

2. ความรู้ในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากร มีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรกได้แก่ กิจกรรม 5ส. คือกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต้องทำ ร้อยละ 98.8 รองลงมาคือ คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นและความคาดหวังของผู้รับผลงาน และเมื่อโรงพยาบาลผ่านบันไดขั้นที่ 1 แล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องทบทวนความเสี่ยงอีกต่อไป ร้อยละ 91.2

บุคลากร มีความรู้ที่น้อยที่สุดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหรือตอบผิดมาก 2 ลำดับแรกได้แก่ การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพใช้บันได 5 ขั้น ร้อยละ 66.2 รองลงมาคือ Corrective action คือการแก้ไขชิ้นงานหรือผลงานที่บกพร่อง ร้อยละ 42.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของบุคลากรจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

ข้อที่	ความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ	ตอบถูก	ตอบผิด
		ร้อยละ	ร้อยละ
1	คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นและความคาดหวังของผู้รับผลงาน	91.2	8.8
2	การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพใช้บันได 5 ขั้น	33.8	66.2
3	การพัฒนาในบันไดขั้นที่ 1 คือ การทบทวนและจัดการความเสี่ยง	68.8	31.2
4	การเฝ้าระวังความเสี่ยง คือ กระบวนการจัดการกับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น	83.8	16.2
5	การทบทวน 12 กิจกรรม คือ กิจกรรมของบันไดขั้นที่ 1	83.8	16.2
6	หัวข้อหรือประเด็นในการทบทวน 12 กิจกรรม คือ การทบทวน เฉพาะข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น	65.0	35.0
7	เมื่อโรงพยาบาลผ่านบันไดขั้นที่ 1 แล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องทบทวนความเสี่ยงอีกต่อไป	91.2	8.8
8	มาตรฐานบริการสาธารณสุข คือ มาตรฐานขั้นต่ำที่ทุกโรงพยาบาลต้องปฏิบัติ	75.0	25.0

ตารางที่ 2 ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

ข้อที่	ความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ	ตอบถูก	ตอบผิด
		ร้อยละ	ร้อยละ
9	CQI คือกระบวนการปรับปรุงคุณภาพที่ไม่มีที่จบสิ้น	90.0	10.0
10	วงจร Plan - Do - Check - Act คือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หรือ CQI นั่นเอง	87.5	12.5
11	Corrective action คือการแก้ไขชิ้นงานหรือผลงานที่บกพร่อง	57.5	42.5
12	Standardization คือ เมื่อได้วางมาตรฐานแนวทางการปฏิบัติไว้แล้วห้ามมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานนั้นอีก	60.0	40.0
13	กิจกรรม 5 ส. คือ กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต้องทำ	98.8	1.2
14	C3THER คือการทบทวนการให้บริการ ต้องใช้กับการดูแลผู้ป่วยทุกคน	90.0	10.0

เมื่อพิจารณาความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 18.8 ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 3 ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0 – 8 คะแนน)	15	18.8
ปานกลาง (9 – 12 คะแนน)	13	16.2
สูง (11 - 14 คะแนน)	52	65.0
รวม	80	100

$$\bar{X} = 10.87, S.D. = 2.64, \text{Min} = 3.00, \text{Max} = 22$$

3. เจตคติต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากร มีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่มากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ การทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (HA)ทำให้ท่านได้มีการพัฒนาตนเองร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ การทำกิจกรรม 5ส.ช่วยเพิ่มคุณภาพบริการ ร้อยละ 40 และลำดับที่ 3 คือการพัฒนาคุณภาพ(HA) จะทำให้อั่งค์กรอยู่รอดได้ และการรายงานอุบัติการณ์ คือหน้าที่ของผู้พบเห็นเหตุการณ์ร้อยละ 33.8

บุคลากร มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่น้อยถึงน้อย ที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ กิจกรรมการพัฒนาต่างๆ ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ กิจกรรมการพัฒนาต่างๆ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 31.2 และการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(HA)ที่ผ่านมาช่วยลดขั้นตอนการทำงานในหน่วยงาน ร้อยละ23.8 ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของบุคลากร จำแนกตามเจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อ ที่	เจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพ HA	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1	การพัฒนาคุณภาพต้องทุ่มเทงบประมาณ มาก จึงไม่ควรคำนึงเรื่องความประหยัด	3.8	17.5	35.0	30.0	13.8
2	การตรวจสอบคุณภาพ (ตรวจสอบหลังให้บริการไปแล้ว) เป็นวิธีการที่สายเกินไป แพงเกินไป และไม่คุ้มค่า	7.5	20.0	26.2	31.2	15.0
3	การประกันคุณภาพ เป็น การควบคุมคุณภาพที่คุ้มค่ากว่าการตรวจสอบ	17.5	51.2	23.8	5.0	2.5
4	การพัฒนาคุณภาพ(HA) จะทำให้องค์กรอยู่รอดได้	33.8	40.0	20.0	3.8	2.5
5	การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(HA)ที่ผ่านมาช่วยลดขั้นตอนการทำงานในหน่วยงาน	17.5	30.0	28.8	15.0	8.8
6	6. การทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ(HA)ทำให้ท่านทำงานอย่างมั่นใจมากขึ้น	22.5	51.2	20.0	2.5	3.8
7	7. เจ้าหน้าที่ที่จะทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(HA)ควรแยกออกจากผู้ปฏิบัติงานประจำ	25.0	28.8	27.5	11.2	7.5
8	8. กิจกรรมการพัฒนาต่างๆ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย	15	26.2	37.5	13.8	7.5
9	9. การพัฒนาคุณภาพ(HA) ไม่มีความจำเป็นต่อผู้รับบริการ	2.5	5.0	10.0	31.2	51.2
10	10. การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(HA)ทำให้ท่านได้พัฒนาตนเอง	47.5	38.8	12.5	0.0	1.2
11	11. การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(HA)มีส่วนสนับสนุนให้ความสามารถทางวิชาชีพของท่านเพิ่มขึ้น	28.8	50.0	16.2	3.8	1.2
12	12. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ(HA)เป็นการเพิ่มความเสี่ยงให้หน่วยงาน	5.0	10.0	13.8	38.8	32.5
13	13. การทำกิจกรรม 5 ส. ช่วยเพิ่มคุณภาพบริการ	40.0	50.0	10.0	0.0	0.0
14	14. การทบทวน 12 กิจกรรม เป็นกิจกรรมของหัวหน้างานเท่านั้น	1.2	1.2	15.0	35.0	47.4

ตารางที่ 4 ร้อยละของบุคลากร จำแนกตามเจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อ ที่	เจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพ HA	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
15	การบันทึกและรายงานความเสี่ยงทำให้เสียเวลา เปล่า	1.2	1.2	12.5	38.8	46.2
16	การรายงานอุบัติการณ์ คือหน้าที่ของผู้พบเห็น เหตุการณ์	38.8	38.8	12.5	7.5	2.5
17	การทบทวน C3THER มีประโยชน์ในการพัฒนา คุณภาพบริการ	1.2	40.0	47.5	10.0	1.2
18	ผู้อำนวยการให้การสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนา คุณภาพ(HA)	1.2	43.8	43.8	8.8	2.5
19	ผู้บังคับบัญชารับฟังความเห็นและข้อเสนอแนะการ พัฒนาคุณภาพบริการจากท่าน	22.5	52.5	18.8	6.2	0.0
20	เพื่อนร่วมงานมีความไว้วางใจการทำงานของท่าน	11.2	56.2	28.8	2.5	1.2
21	หน่วยงานของท่านแก้ไขปัญหาโดยทำงานเป็นทีม ช่วยเหลือเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน	25.0	50.0	20.0	2.5	2.5
22	หน่วยงานของท่านมีการกระจายความรับผิดชอบงาน ให้ทุกคนในทีม	21.2	60.0	11.2	2.5	5.0
23	ท่านเข้าใจจุดมุ่งหมายของหน่วยงาน	22.5	57.5	20.0	0.0	0.0
24	ท่านมีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือเสนอแนะเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยงาน	16.2	46.2	30.0	7.5	0.0
25	ท่านสามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการทำงานได้เป็นอย่างดี	5.0	48.8	42.5	3.8	0.0
26	ท่านได้รับคำชมหรือคำขอบคุณจากผู้รับบริการเสมอ	3.8	38.8	46.2	10.0	1.2

เมื่อพิจารณาเจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 และ ระดับสูง ร้อยละ 36.2 ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามเจตคติ

เจตคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0 – 77 คะแนน)	0	0.0
ปานกลาง (78 – 103 คะแนน)	51	63.8
สูง (104 – 130 คะแนน)	29	36.2
รวม	80	100

$$\bar{X} = 100.3, S.D. = 10.08, \text{Min} = 79.00, \text{Max} = 121.00$$

4. การปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากร มีการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มากถึงมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ การปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดไว้เสมอ ร้อยละ 77.4 ลำดับที่ 2 การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ในหน่วยงาน ร้อยละ 72.4 และลำดับที่ 3 คือ การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหน่วยงานให้มีระบบความปลอดภัยที่ดี ร้อยละ 67.5

บุคลากร มีการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่น้อยถึงน้อยที่สุด 3 ลำดับแรกคือ การร่วมทบทวนหรืออ่านเอกสารการทบทวน 12 กิจกรรมประจำสัปดาห์ของหน่วยงานทุกครั้ง ร้อยละ 36.3 ลำดับที่ 2 คือ การใช้ C3THER เพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 18.8 ลำดับที่ 3 คือ การทบทวนรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานทุกเดือน ร้อยละ 18.7 ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละของบุคลากร จำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

หัวข้อ	การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ(HA)	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านมีส่วนในการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ในหน่วยงาน	21.2	51.2	21.2	6.2	0.0
2	เมื่อพบข้อบกพร่อง ท่านบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกครั้ง	13.8	36.2	33.8	15.0	1.2
3	ท่านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหน่วยงานให้มีระบบความปลอดภัยที่ดี	20.0	47.5	25.0	7.5	0.0
4	ท่านทบทวนรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานทุกเดือน	12.5	26.2	42.5	16.2	2.5
5	ท่านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการความเสี่ยงเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงานของท่าน	25.0	35.0	32.5	5.0	2.5
6	ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขและปรับปรุงพัฒนาระบบงานของหน่วยงาน	25.0	38.8	30.0	5.0	1.2
7	ท่านมีส่วนร่วมในการทบทวนปัญหาเกี่ยวกับหน่วยงานและผู้ป่วยเพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด	20.0	55.0	17.5	5.0	2.5
8	ท่านร่วมทบทวนหรืออ่านเอกสารการทบทวน 12 กิจกรรมประจำสัปดาห์ของหน่วยงานทุกครั้ง	11.2	15.0	37.5	22.5	13.8
9	ท่านทำกิจกรรม 5 ส. ทุกวัน	17.5	43.8	26.2	10.0	2.5
10	ท่านได้รับมอบหมายให้มีส่วนในการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงาน	13.8	28.8	40.0	13.8	3.8
11	ท่านทราบเรื่องการจัดทำมาตรฐานของหน่วยงาน	16.2	43.8	32.5	5.0	2.5
12	ท่านเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบในการจัดทำมาตรฐานของหน่วยงานท่าน	17.5	33.8	36.2	10.0	2.5
13	ท่านมีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตาม มาตรฐานวิชาชีพ	12.5	43.8	27.5	8.8	7.5

ตารางที่ 6 ร้อยละของบุคลากร จำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

หัวข้อ	การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ(HA)	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
14	ท่านอ่านบทบทวนแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานแม้จะไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นก็ตาม	10.0	35.0	38.8	12.5	3.8
15	ท่านปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดไว้เสมอ	21.2	56.2	20.0	1.2	1.2
16	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนด เป้าหมายของหน่วยงานและนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพ	18.8	37.5	35.0	5.0	3.8
17	ท่านมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานค้นหาความต้องการและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย	12.5	40.0	36.2	7.5	3.8
18	ท่านเป็นผู้มีส่วนช่วยให้หน่วยงานมีบรรยากาศการทำงานที่ดี	18.8	53.8	21.2	3.8	2.5
19	ท่านมีส่วนในการเสนอความคิดเห็นในการแก้ไข/ปรับปรุงการให้บริการในหน่วยงานของท่าน	21.2	40.0	31.2	5.0	2.5
20	ท่านใช้ C3THER เพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วย	16.2	35.0	30.0	13.8	5.0

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 และมีการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 13.8 ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของบุคลากร จำแนกตามการปฏิบัติ

การปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0 – 59 คะแนน)	11	13.8
ปานกลาง (60 – 79 คะแนน)	50	62.5
สูง (80 – 100 คะแนน)	19	23.8
รวม	80	100

$$\bar{X} = 71.80, S.D. = 13.26, \text{Min} = 27.00, \text{Max} = 100.00$$

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ใช้ สหสัมพันธ์อย่างง่ายในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ โดยทำการแปลงตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่มให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) ดังต่อไปนี้

เพศ	ชาย=0, หญิง =1
สถานภาพสมรส	คู่ =1 , อื่นๆ =0
การศึกษา	ระดับปริญญาตรีลงมา =1, สูงกว่าปริญญาตรี =0
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ =1, อื่นๆ =0
หน้าที่ความรับผิดชอบ	หัวหน้างาน =0, ผู้ปฏิบัติงาน =1
กลุ่มงาน	การพยาบาล=1, อื่นๆ =0

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

สถานภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพคู่มิการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพมากกว่าสถานภาพอื่น

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

ตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ โดย พยาบาลวิชาชีพ มีการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพมากกว่าวิชาชีพอื่น

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

หน้าที่ความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ ผู้ปฏิบัติงานมีการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพน้อยกว่าหัวหน้างาน

กลุ่มงานที่ปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

เจตคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)
อายุ	.295**
เพศ	.085
สถานภาพ	.225*
ระดับการศึกษา	.159
ตำแหน่งงาน	.338**
รายได้	.178
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	.284*
หน้าที่ความรับผิดชอบ	-.441**
กลุ่มงานที่ปฏิบัติ	.188
ความรู้	.260*
เจตคติ	.519**

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผล

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ จำนวน 30 คนและการสุ่มอย่างง่าย ในกลุ่มวิชาชีพทั่วไป จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีอัลฟาของครอนบาคโดยค่าความเชื่อมั่น วัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเท่ากับ 0.66 , 0.81 และ 0.94 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับบุคลากรทุกฝ่ายในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 31 ตุลาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Simple Correlation

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 48.8 และเป็นผู้ปฏิบัติถึงร้อยละ 77.5 ปฏิบัติงาน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 100 มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65 ระดับต่ำ ร้อยละ 18.8 มีเจตคติที่ดีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 และการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพผลการวิจัยพบว่า อายุ สถานภาพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ ตำแหน่งงาน ความรู้และเจตคติ มีความสัมพันธ์กันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพHA

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1.เพื่อศึกษาระดับความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 18.8 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีความรู้มากที่สุดคือ กิจกรรม5ส. ร้อยละ 98.8 เนื่องจากกิจกรรม 5ส.

เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพ และเป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลในเรื่องของการพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเยียวยาและที่สำคัญเจ้าหน้าที่ทุกคนผ่านการอบรม 5ส. และมีการปฏิบัติกิจกรรมทุกวัน มีการทำ Big Cleaning Day ทุกไตรมาส ซึ่งสอดคล้องกับ การพัฒนาคุณภาพ TQM ที่กิจกรรม 5ส.ถือเป็นรากฐานในการพัฒนาคุณภาพเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคนในทุกหน่วย และทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน สถาบันเพิ่มผลผลิต (2542:3) ส่วนความรู้ที่บุคลากรมีน้อยที่สุดคือ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลใช้บันได 5 ขั้น ร้อยละ 66.2 เนื่องจาก โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยที่ผ่านการรับรองคุณภาพทั้งในระยะแรกและปัจจุบัน ไม่ได้เริ่มต้นจากบันไดขั้นที่ 1 – 3 แต่มีการรวบยอดในการประเมิน และเจ้าหน้าที่ส่วนน้อยที่ผ่านการอบรมจากองค์กรภายนอกซึ่งจะเป็นระดับที่นำมาที่รับผิดชอบงานคุณภาพโดยตรงอีกทั้งการสื่อสารถึงระดับผู้ปฏิบัติไม่ชัดเจนทำให้ผลการประเมินอยู่ในระดับต่ำ

เจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีเจตคติที่ดีที่สุดคือการทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (HA)ทำให้ท่านได้มีการพัฒนาตนเองร้อยละ 47.5 สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA คือ การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนา เพื่อประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสานหลักแนวคิดทั้งหมดคือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี (2549;184) สำหรับเจตคติที่น้อยที่สุดคือกิจกรรมการพัฒนาต่างๆ ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 41.2 สืบเนื่องจาก ผู้รับบริการมีจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้ภาระงานสำหรับผู้ให้บริการมีมากและไม่สอดคล้องกับอัตรากำลังที่มีอยู่ และผู้ให้บริการผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคลากรฝ่ายการพยาบาลระดับปฏิบัติขึ้นเวรผลัด และมีกิจกรรมในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ จึงทำให้ผลการประเมินอยู่ในระดับต่ำ

การปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 และมีการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 13.8 พิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ การปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดไว้เสมอ ร้อยละ 77.4 สืบเนื่องจากนโยบายเข็มมุ่งของโรงพยาบาลคือคุณภาพและความปลอดภัย ในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลทุกหน่วยทุกงานจะต้องมีกฎ กติกา ข้อตกลง แนวทางปฏิบัติ ระเบียบปฏิบัติ มาตรฐานบริการ การปฏิบัติงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน ส่วนการปฏิบัติที่น้อยที่สุดคือ การร่วมทบทวนหรืออ่านเอกสารการทบทวน 12 กิจกรรมประจำสัปดาห์ของหน่วยงานทุกครั้ง ร้อยละ 36.3 สืบเนื่องจาก การปฏิบัติ 12 กิจกรรมคุณภาพหัวหน้าพาทำนุระนาการอยู่ในงานประจำและเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายทุกงาน ได้มีการทบทวนตามกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดความเสี่ยงที่เกิดขึ้น การอ่านทบทวนจะเกิดขึ้นเมื่อมีข้อปฏิบัติที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง และส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้างานที่ปฏิบัติ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จากการศึกษา พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการพัฒนาและรับรองคุณภาพคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการพัฒนาและรับรองคุณภาพคุณภาพ ($r=.519$) หมายความว่า การมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีผลต่อการปฏิบัติในการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่มากขึ้น โดย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุในช่วง 30 – 40 ปี ร้อยละ 42.9 รองลงมา คือ ช่วงอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 38.8 เนื่องจากการมีอายุสะท้อนถึงการมีอายุในการทำงาน ประสบการณ์การทำงานที่เพิ่มขึ้น ทำให้มี โอกาสในการปฏิบัติในการพัฒนาและการรับรองโรงพยาบาลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญภา พระอารักษ์ (2555) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกันทรลักษ์ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุณภาพ(HA) ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป มีการปฏิบัติงานคุณภาพ(HA) มากที่สุด ร้อยละ 19.5 รองลงมา กลุ่มอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 10.4

สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ ($r = .225^*$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ร้อยละ 68.8 หมายความว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมีบุคลากรที่มีสถานภาพคู่และปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเดียวกัน เข้าใจในงานที่ปฏิบัติมีการปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ได้ง่ายจึง ทำให้มี โอกาสในการปฏิบัติในการพัฒนาและรับรองคุณภาพมากขึ้น

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากที่สุด 16 – 20 ปี ร้อยละ 30 หมายความว่า เจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลมีอายุงานหรือระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า กลุ่มอื่นทำให้มี โอกาสในการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น นอกจากนั้น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทีมนำต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้ากลุ่มงาน โรงพยาบาลได้จัดการอบรมในกลุ่มหัวหน้างาน กิจกรรมหัวหน้าพาทำที่โรงพยาบาลได้ดำเนินงานต่อเนื่องมายาวนาน การได้รับความรู้ในการปฏิบัติงานในกลุ่มหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานส่งผลให้กลุ่มที่มีการปฏิบัติงานที่นานกว่ามีการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญภา พระอารักษ์ (2555) ที่พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุณภาพ(HA) ในกลุ่มที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี และ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 11-20 ปี มีการปฏิบัติงานใกล้เคียงกันที่ ร้อยละ 23.1 และ ร้อยละ 22.2

หน้าที่ความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ หมายความว่า หน้าที่ความรับผิดชอบงาน สายงานผู้บริหารมีการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ (HA)มากกว่าผู้ปฏิบัติงานสายงานผู้ปฏิบัติงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้อง ผลการศึกษาของ ทิพย์วดี

บำเพ็ญบุญและคณะ(2542) ศึกษาความพร้อมในการเข้าสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลา โดยเปรียบเทียบความพร้อมของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน พบว่าผู้บริหารมีความพร้อมสูงกว่าผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสาเหตุเกิดจากผู้ปฏิบัติงาน อาจไม่ได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพที่มากพอ และผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาล มีภาระงานในการบริการแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง สัดส่วนอัตรากำลังระหว่างพยาบาลต่อผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ จึงทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลมีปัญหาในการจัดสรรเวลาเพื่อพัฒนาคุณภาพ

ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ จากการศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูงร้อยละ 65 หมายความว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้มาก มีโอกาสในการปฏิบัติงานในการพัฒนาคุณภาพได้มากกว่า ผู้ที่มีความรู้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา รักษาราช (2544) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษาโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าความรู้ความเข้าใจของบุคลากรพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมถึงร้อยละ 86.7 และ สุวัชรีย์ เดชาธอมร (2545) ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และทัศนคติของบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษากรณีโรงพยาบาลหัวหิน พบว่าบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพในภาพรวมถึงร้อยละ

เจตคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพจากการศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีเจตคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 36.2 หมายความว่าเจ้าหน้าที่มีเจตคติที่ดีมี ผลทำให้การปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา สุวัชรีย์ เดชาธอมร (2545) ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์และ ธัญภา พระอารักษ์ (2555) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลก้นทรลักษ์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับระดับเจตคติสูง มีการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ(HA) มากที่สุด ร้อยละ 46.2 รองลงมา ระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 8.1

เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และกลุ่มงานที่ปฏิบัติ จากการศึกษา พบว่า ไม่มี ความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญภา พระอารักษ์ (2555) ที่พบว่ารายได้ ไม่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุณภาพ(HA)

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ควรให้ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐานHA บันได 3 ขั้นสู่การรับรองคุณภาพ เพิ่มเติมในเจ้าหน้าที่ทุกกลุ่มงาน โดยเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ปฏิบัติ ที่มีอายุน้อย เป็นโสดและมีอายุการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ต่ำหรือกลุ่มบรรจุใหม่ โดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่ดี Internet, Intranet การอบรมภายนอกองค์กร เชิญวิทยากรจาก สรพ. อบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ เวทีการประชุมรวมเจ้าหน้าที่ในทุกเดือน การบูรณาการให้ HA อยู่ในงานประจำ โดยหัวหน้างาน เช่นการ Morning Talk การประชุมประจำเดือน และเพื่อนร่วมงาน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ(HA) ที่ต่อเนื่อง

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หรือทีมนำคุณภาพด้านต่างๆควรส่งเสริมการสนับสนุนให้กิจกรรมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย กลุ่มโสดอายุน้อย ในการทบทวนหรืออ่านเอกสาร ทบทวน 12 กิจกรรมคุณภาพเป็นประจำของหน่วยงาน โดยเฉพาะการรายงานและการบันทึกความเสี่ยงเมื่อมีอุบัติการณ์ และการอ่านทบทวนแนวทางปฏิบัติต่างๆของ แม้จะไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นก็ตาม อย่างสม่ำเสมอ เพื่อจะได้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3. ผู้บริหารระดับสูงควรมีนโยบายการสร้างความเข้าใจและปรับเจตคติของเจ้าหน้าที่ ให้มีเจตคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยเฉพาะเรื่อง กระบวนการทำกิจกรรมการพัฒนาต่างๆ ให้บูรณาการอยู่ในงานประจำ การช่วยลดขั้นตอนการทำงานในหน่วยงาน การบริหาร การรายงานความเสี่ยงต่างๆเมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือ ต้องเฝ้าระวัง ให้เป็นหน้าที่ของทุกคน ไม่ให้ถือเป็นความผิดหรือมีผลต่อการพิจารณาประเมินต่างๆ เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้มีความกล้าแสดงออก รายงานข้อเท็จจริงเพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนา และมีทักษะ เจตคติที่ดีในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ และเกิดความปลอดภัยสำหรับผู้มารับบริการ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). แผนนโยบายพัฒนาคุณภาพผู้มาตรฐานบริการสาธารณสุขของ
กระทรวงสาธารณสุขตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2548-
2549. กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ.(เอกสารอัดสำเนา).
- กฤษณา ศักดิ์ศรี.(2540). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ: สหวิทยาลัยรัตน โกสินทร์.
- จันทร์จิรา เหล่าพงษ์นันท์. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะกับความพึง
พอใจในอาชีพของพยาบาล สังกัดสำนักกรรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.ปริญญา
นิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหารบัณฑิต,สาขาจิตวิทยาการแนะแนว,บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.(2543). เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล.กรุงเทพฯ: บ.ดีไซร์ จำกัด.
- ธัญภา พระอารักษ์.(2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ(HA)
โรงพยาบาลก้นทลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
- ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล.(2537). จุดหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร:แนว
ความคิดและแนวปฏิบัติ.กรุงเทพฯ: โอ เอส พรินติ้งเฮ้าส์.
- ฉันทจิตต์ ประสมสุข.(2540). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ
ต่อสิทธิผู้ป่วยกับการปฏิบัติพยาบาลที่เคารพสิทธิของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์
มหาบัณฑิต,สาขาการบริหารการพยาบาล,บัณฑิตวิทยาลัย,จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชม ศรีสะอาด.(2537).การพัฒนาการสอน.(พิมพ์ครั้งที่ 1).กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประสิทธิ์ ทองอ่อน.(2542). พฤติกรรมมนุษย์ในการพัฒนาคน. กรุงเทพฯ:เชอร์คเวฟ เอ็ดดูเคชั่น.
- รำพึง เมียงชม.(2544). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เอกลักษณะของงานและเจตคติต่อการ
พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงระยะตั้งครรภ์ กับความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาล
ประจำการตามทฤษฎีพยาบาลของรอย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต,
สาขาการบริหารการพยาบาล,บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์.(2536).50ปี ชีวิตและงานอาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์.กรุงเทพฯ:ภาค
วิชาการพยาบาลศึกษาคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนัสนันท์ มีครุต. (2542) ความรู้ความเข้าใจของผู้ประกันตนเกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนตาม
พระราชบัญญัติประกันสังคม. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- วิจิตร ศรีสุพรรณ ชะลอศรี แดงเปี่ยม สุชาติ เหล่ารักพงษ์ วารุณี ฟองแก้ว วิลาวลัย เสนารัตน์ และชวพรพรรณ สอนง่าย.(2533). ความรู้ ความคิดเห็นและพฤติกรรมเกี่ยวกับ เพศศึกษาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา จังหวัด เชียงใหม่.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชัย ดิสสระ.(2535). การพัฒนาหลักสูตรและการสอน.(พิมพ์ครั้งที่ 1).กรุงเทพฯ:สุวีริยา สารานันต์.
- ศิริกุล จันทร์พุ่ม.(2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการบริหารงาน แบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลใน โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาลัย.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขา การบริหารการพยาบาล,บัณฑิตวิทยาลัย,จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล.ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ต.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล.(2542).เครื่องมือและพัฒนาคูณภาพ.กรุงเทพฯ:ม.ป.ท.
- _____.(2543).มาตรฐาน HAและเกณฑ์พิจารณา: บูรณา การภาพรวมระดับ โรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 8).กรุงเทพฯ: ดีไซร์.
- _____.(2544). คู่มือกันหลงทางหากมุ่งสู่ HA.กรุงเทพฯ: อาร์ ดี พี.
- _____.(2545).แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA.(2545) ส่วนที่ 1 ระดับโรงพยาบาล กรุงเทพฯ: ดีไซร์.
- _____.(2545).แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA.(2545) ข้อมูลระดับหน่วยงาน กรุงเทพฯ: ดีไซร์.
- _____.(2547).มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี.ม.ป.ท.
- _____.(2551).มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราช สมบัติครบ 60 ปี.ม.ป.ท.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค โภคด้านสุขภาพ.(2541). มาตรฐาน โรงพยาบาล:แนวทางพัฒนาคูณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง.(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:ดีไซร์.
- สังจากรณ์ ชันธิ์ภูม့်.(2541). ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อ โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร. ภาคนิพนธ์พัฒนา บริหารศาสตรมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์.
- สงวน นิตยารัมพงศ์.(2547). หนังสือคู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: หลักประกันแห่งความ เสมอภาคและคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ.

- สุวัชรย์ เดชารอมร. (2545). ความรู้ทัศนคติของบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์รัฐ
ประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- สุลัดดา พงษ์รัตนมาน.(2542). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนา
คุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต บัณฑิต
วิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตต์ ศรีรัตนบัลล์.(2543).คุณภาพของระบบสุขภาพ.กรุงเทพฯ:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ.(2541) ก้าวแรกของTQM/CQI ในโรงพยาบาล.กรุงเทพฯ:
โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Benjamin, S Bloom. 1986 “ Learning For mastery . Evaluation comment. Center for the study
Of instruction program. University of California at Los Angeles. Vol 2 :47-62.
- Cohen, J and Cohen, P. 1983. Applied multiple regression/correlation. Analysis for the behavioral
sciences. (2 nd ed.) Nw Jery : John Wiley & Son. Lnc.
- Likert,R.(1967) The human organization. New York:McGraw-Hill.
- Robert, N. (2002) Human relations in organization: Applications and skill building (5th ed.) New
York: The McGraw – Hill companies.
- Schermerhorn, J. R .,James, G., & Osborn, R. N. (1991). Managing organizational behavior. New
York: John Wilcy & Sons.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม การวิจัย เรื่อง
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ(HA) โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย
ปี2555

- คำชี้แจง** แบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ส่วนคือ
- ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ
- ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ(HA) จำนวน 14 ข้อ
- ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเจตคติต่อปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ(HA) 26 ข้อ
- ส่วนที่ 4** แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพ(HA) จำนวน 20 ข้อ

กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณและขอภัยที่ได้รับกวนเวลาอันมีค่าของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะถือเป็นความลับและจะเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน [] ที่ตรงกับความเป็นจริง หรือกรอกข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับลักษณะของท่าน

1. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพ
- [] 1. โสด [] 2. คู่
- [] 3. หม้าย หย่า แยก
4. ระดับการศึกษา [] 1. ต่ำกว่ามัธยมศึกษา
- [] 2. มัธยมศึกษา [] 3. อนุปริญญา/ปวช/ปวส
- [] 4. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า [] 5. ปริญญาโทหรือสูงกว่า
5. รายได้ของท่านต่อเดือนบาท(รวมเงินเดือนและค่าตอบแทนต่างๆ)
6. ความเพียงพอของรายได้
- [] 1. พอเพียง ใช้จ่ายหมด [] 2. พอเพียง เหลือเก็บ
- [] 3. ไม่พอเพียง เป็นหนี้ [] 4. ไม่ค่อยแน่นอน
7. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก้นทรลักษ์ ปี
8. ตำแหน่งในปัจจุบัน

1. แพทย์ 2. ทันตแพทย์
 3. เกษีกร 4. พยาบาลวิชาชีพ
 5. เจ้าหน้าที่อื่นๆ 6. ลูกจ้างประจำ
 7. ลูกจ้างชั่วคราว

9. หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. ผู้บริหาร(หัวหน้างาน/ฝ่าย/กลุ่ม) 2. ผู้ปฏิบัติ

10. กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน

1. องค์กรแพทย์ 2. กลุ่มงานทันตกรรม
 3. กลุ่มงานเกษีกร 4. กลุ่มงานการจัดการ
 5. กลุ่มงานการพยาบาล 6. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์
 7. กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ
 8. กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศ

11. ท่านเคยได้รับทราบข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพHAจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่ได้รับ
 2. ได้รับ จากแหล่งใด โปรดระบุ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.บอร์ดประชาสัมพันธ์ | <input type="checkbox"/> 7.หนังสือ วารสาร |
| <input type="checkbox"/> 2. Internet | <input type="checkbox"/> 8.Morning Talk |
| <input type="checkbox"/> 3.เพื่อนร่วมงาน | <input type="checkbox"/> 9.หัวหน้างาน |
| <input type="checkbox"/> 4.การประชุมประจำเดือน | <input type="checkbox"/> 10.การประชุมรวมเจ้าหน้าที่ |
| <input type="checkbox"/> 5.ทีมRM Round | <input type="checkbox"/> 11.ทีมIC Round |
| <input type="checkbox"/> 6.ทีมจป. Round | <input type="checkbox"/>] 12.อื่น ๆ |

(ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ(HA)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดของท่าน

ความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ(HA)	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นและความคาดหวังของผู้รับผลงาน			
ความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ(HA)	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
2. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ใช้บังคับได้ 5 ปี			
3. การพัฒนาในบันไดขั้นที่ 1 คือ การทบทวนและจัดการความเสี่ยง			
4. การเฝ้าระวังความเสี่ยง คือ กระบวนการจัดการกับข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น			
5. การทบทวน 12 กิจกรรม คือ กิจกรรมของบันไดขั้นที่ 1			
6. หัวข้อหรือประเด็นในการทบทวน 12 กิจกรรม คือ การทบทวนเฉพาะข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้น			
7. เมื่อโรงพยาบาลผ่านบันไดขั้นที่ 1 แล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องทบทวนความเสี่ยงอีกต่อไป			
8. มาตรฐานบริการสาธารณสุข คือ มาตรฐานขั้นต่ำที่ทุกโรงพยาบาลต้องปฏิบัติ			
9. CQI คือกระบวนการปรับปรุงคุณภาพที่ไม่มีที่จบสิ้น			
10. วงจร Plan - Do - Check - Act คือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หรือ CQI นั่นเอง			
11. Corrective action คือการแก้ไขชิ้นงานหรือผลงานที่บกพร่อง			
12. Standardization คือ เมื่อได้วางมาตรฐานแนวทางการปฏิบัติไว้แล้วห้ามมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานนั้นอีก			
ความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ(HA)	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
13. กิจกรรม 5 ส. คือ กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต้องทำ			
14. C3THER คือการทบทวนการให้บริการ ต้องใช้กับการดูแลผู้ป่วยทุกคน			

ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพ(HA)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดของท่าน

เจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพHA	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การพัฒนาคุณภาพต้องทุ่มเทงบประมาณ มาก จึงไม่ควรคำนึงเรื่องความประหยัด					
2. การตรวจสอบคุณภาพ (ตรวจสอบหลังให้บริการไปแล้ว) เป็นวิธีการที่สายเกินไป แพงเกินไป และไม่คุ้มค่า					
3. การประกันคุณภาพ เป็น การควบคุมคุณภาพที่คุ้มค่า กว่า การตรวจสอบ					
4. การพัฒนาคุณภาพ(HA) จะทำให้ห้องศัลยกรรมอยู่รอดได้					
5. การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(HA)ที่ผ่านมาช่วยลดขั้นตอนการทำงานในหน่วยงาน					
เจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพHA	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6. การทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ(HA)ทำให้ท่านทำงานอย่างมั่นใจมากขึ้น					
7. เจ้าหน้าที่ที่จะทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(HA)ควรแยกออกจากผู้ปฏิบัติงานประจำ					
8. กิจกรรมการพัฒนาต่างๆ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย					
9. การพัฒนาคุณภาพ(HA) ไม่มีความจำเป็นต่อผู้รับบริการ					
10. การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(HA)ทำให้ท่านได้พัฒนาตนเอง					
11. การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(HA)มีส่วนสนับสนุนให้ความสามารถทางวิชาชีพของท่านเพิ่มขึ้น					
12. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ(HA)เป็นการเพิ่มความเสียหายให้หน่วยงาน					
13. การทำกิจกรรม 5 ส. ช่วยเพิ่มคุณภาพบริการ					
14. การทบทวน 12 กิจกรรม เป็นกิจกรรมของหัวหน้างานเท่านั้น					

15. การบันทึกและรายงานความเสี่ยงทำให้เสียเวลา สูญเปล่า					
16. การรายงานอุบัติการณ์ คือหน้าที่ของผู้พบเห็นเหตุการณ์					
เจตคติต่อการพัฒนาคุณภาพHA	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
17. การทบทวน C3THER มีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการ					
18. ผู้อำนวยการให้การสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (HA)					
19. ผู้บังคับบัญชรับฟังความเห็นและข้อเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพบริการจากท่าน					
20. เพื่อนร่วมงานมีความไว้วางใจการทำงานของท่าน					
21. หน่วยงานของท่านแก้ไขปัญหาโดยทำงานเป็นทีมช่วยเหลือเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน					
22. หน่วยงานของท่านมีการกระจายความรับผิดชอบงานให้ทุกคนในทีม					
23. ท่านเข้าใจจุดมุ่งหมายของหน่วยงาน					
24. ท่านมีโอกาสดูความคิดเห็นหรือเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยงาน					
25. ท่านสามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานได้เป็นอย่างดี					
26. ท่านได้รับคำชมหรือคำขอบคุณจากผู้รับบริการเสมอ					

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรมการการพัฒนาคุณภาพ(HA)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

การปฏิบัติกิจกรรมการการพัฒนาคุณภาพ(HA)	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีส่วนในการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ในหน่วยงาน					
2. เมื่อพบข้อบกพร่อง ท่านบันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกครั้ง					
3. ท่านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหน่วยงานให้มีระบบความปลอดภัยที่ดี					
4. ท่านทบทวนรายงานความเสี่ยงของหน่วยงานทุกเดือน					
5. ท่านมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการความเสี่ยงเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้นในหน่วยงานของท่าน					
6. ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขและปรับปรุงพัฒนาระบบงานของหน่วยงาน					
7. ท่านมีส่วนร่วมในการทบทวนปัญหากับหน่วยงานและผู้ป่วยเพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด					
8. ท่านร่วมทบทวนหรืออ่านเอกสารการทบทวน 12 กิจกรรมประจำสัปดาห์ของหน่วยงานทุกครั้ง					
การปฏิบัติกิจกรรมการการพัฒนาคุณภาพ(HA)	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9. ท่านทำกิจกรรม 5 ส. ทุกวัน					
10. ท่านได้รับมอบหมายให้มีส่วนในการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงาน					
11. ท่านทราบเรื่องการจัดทำมาตรฐานของหน่วยงาน					
12. ท่านเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบในการจัดทำมาตรฐานของหน่วยงานท่าน					
13. ท่านมีส่วนร่วมในการวางระบบในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตาม มาตรฐานวิชาชีพ					

14. ท่านอ่านบททวนแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน แม้จะไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นก็ตาม					
15. ท่านปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดไว้เสมอ					
16. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนด เป้าหมายของหน่วยงาน และนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพ					
17. ท่านมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานค้นหาความต้องการและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย					
18. ท่านเป็นผู้มีส่วนช่วยให้หน่วยงานมีบรรยากาศการทำงานที่ดี					
การปฏิบัติกิจกรรมการการพัฒนาคุณภาพ(HA)	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
19. ท่านมีส่วนในการเสนอความคิดเห็นในการแก้ไข/ปรับปรุง การให้บริการในหน่วยงานของท่าน					
20. ท่านใช้ C3THER เพื่อทบทวนการดูแลผู้ป่วย					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล นางกานต์พิชชา พลศรีเมือง
การศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและการผดุงครรภ์ชั้น 1
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย