



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาระบบการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจบริบทที่ทำการศึกษามากที่สุดและใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสามารถตอบปัญหาการวิจัยในครั้งนี้ได้ ผู้วิจัยได้เรียบเรียงแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ
 - 1.1 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพ (Quality)
 - 1.2 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพของบริการทางสุขภาพ (Quality of Health care services)
 - 1.3 คุณภาพบริการพยาบาล (Quality of nursing services)
2. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement concepts)
 - 2.1 การประกันคุณภาพและ การควบคุมคุณภาพ (Quality assurance / Quality control)
 - 2.2 แนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total quality management / TQM)
 - 2.3 แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
 - 2.4 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (Quality improvement in nursing services)
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล
5. แนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting hospital)
 - 5.1 ประวัติความเป็นมาของแนวคิดการดำเนินการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 - 5.2 แนวคิดหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จากบทเรียนที่ผ่านมาในยุโรป
 - 5.3 แนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

- 5.3.1 ความหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- 5.3.3 องค์ประกอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- 5.3.4 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและแบบประเมินตนเอง
- 5.3.5 แนวทางการประเมินการสร้างเสริมสุขภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- 5.3.6 แนวคิดการปรับระบบงานบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพแนวใหม่
- 5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- 6. โรงพยาบาลชุมชน
 - 6.1 ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน
 - 6.2 การปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน
- 7. การวิจัยเชิงคุณภาพ แบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach)

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ (Concept of quality)

1.1 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพ (Quality)

การให้ความสำคัญกับความหมายหรือคำกักความของคำว่า “คุณภาพ” เกิดขึ้นครั้งแรกในวงการอุตสาหกรรมเนื่องจากต้องเผชิญกับภาวะการแข่งขันทางการตลาด การสูญเสียตำแหน่งผู้นำในการเสนอสินค้าใหม่ออกสู่ตลาด และประการสำคัญมีการถูกร้องเรียนจากผู้บริโภคเกี่ยวกับสินค้าและผลิตภัณฑ์ โรงงานผลิตสินค้าต่าง ๆ จึงต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพของสินค้าและผลิตภัณฑ์โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้คุณภาพของสินค้าและผลิตภัณฑ์นั้นตรงตามความต้องการของลูกค้าหรือผู้บริโภคและเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันทางการตลาด ต่อมาแนวคิดคุณภาพมีการให้ความหมายกว้างขึ้นโดยรวมกระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิตสินค้าเพื่อลดข้อผิดพลาดต่าง ๆ ที่จะเกิดการสูญเสียในกระบวนการผลิต การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้ลดต้นทุนของสินค้าแต่สามารถสร้างความพึงพอใจแก่ผู้บริโภคมากขึ้น (Juran, 1992 ; Al-Assaf, 1998)

ตัวอย่างคำจำกัดความของคุณภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง มีดังนี้

Juran (1992) ให้ความหมายของคุณภาพว่าความเหมาะสมกับการใช้งาน (Fitness for use)

Crosby (1986) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรฐานที่สอดคล้องกับความต้องการ (Quality is conformance to requirements)

Deming (1986) ได้กล่าวถึงปรัชญาคุณภาพว่า การที่จะได้มาซึ่งคุณภาพนั้นจะต้องมีการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุด โดยคำนึงถึงความต้องการของลูกค้าเป็นสำคัญ

Evans & William (2005) ได้กล่าวถึงผลงานวิจัยในการศึกษาคำจำกัดความของคุณภาพ โดยสอบถามผู้จัดการในบริษัท 86 แห่งที่มีความมั่นคงและเชื่อถือได้ในสหรัฐอเมริกาตอนใต้ พบว่าสามารถให้ข้อสรุปเป็นองค์ประกอบของคุณภาพได้ ดังนี้

- 1) ความสมบูรณ์แบบไม่มีตำหนิ ดีเลิศ (Perfection)
- 2) ความสม่ำเสมอ (Consistency)
- 3) การกำจัดสิ่งที่เปล่าประโยชน์ (Eliminating waste)
- 4) การจัดหาได้ทันต่อความต้องการ (Speed of delivery)
- 5) การดำเนินการตามนโยบายและกระบวนการผลิต (Compliance with policies and procedures)
- 6) การตั้งข้อกำหนดของสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่นำมาใช้ (Providing a good, usable product)
- 7) การทำให้ถูกต้องในครั้งแรก (Doing it right the first time)
- 8) ความพึงพอใจและนิยมนิยมของผู้บริโภค (Delighting or pleasing customers)
- 9) ภาพรวมของการบริการที่สร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้า (Total customer service and satisfaction)

ปัจจุบันแนวคิดและปรัชญาคุณภาพได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย รวมถึงในระบบบริการสุขภาพได้รับแนวคิดและปรัชญาคุณภาพมาปรับใช้ในการให้ความหมาย ปรัชญาหรือคำจำกัดความคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้องค์กรหรือหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพได้เกิดความตระหนักถึงการทำงานอย่างมีคุณภาพ และนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการทำงานขององค์กร/หน่วยงานให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเป็นการสร้างหลักประกันแก่ลูกค้า หรือผู้รับบริการที่จะได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเกิดความพึงพอใจ โดยจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

1.2 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ (Quality of health care services)

ความหมายและองค์ประกอบของ “คุณภาพ” ในระบบบริการสุขภาพ (Quality of health care services) ประกอบด้วยมิติหลายด้านและมีความเป็นพลวัตสูง การให้คำจำกัดความและองค์ประกอบของคุณภาพขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ได้รับผลกระทบของระบบบริการสุขภาพซึ่งพบว่ามีมุมมองที่แตกต่างกัน เช่น มุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพจะมองคุณภาพในแง่ของการปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ ส่วนผู้ใช้บริการจะมองคุณภาพในด้านของผลลัพธ์ใน ส่วนที่เกิดในแต่ละบุคคล มุมมองของผู้บริหารองค์กรจะมองในมุมมองของประสิทธิภาพการทำงาน และประสิทธิผลในด้านรายรับรายจ่าย ส่วนรัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุขมองถึงผลกระทบทางด้านสังคมและผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาพของประชากรโดยรวม

คุณภาพของบริการทางสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมีองค์ประกอบหลายด้าน โดยเฉพาะโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยให้บริการสุขภาพโดยตรง นอกจากการตระหนักถึงคุณภาพของการบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยยังต้องคำนึงถึงกระบวนการบริการสนับสนุน ระบบบริหารจัดการ การพัฒนาองค์กรและรวมถึงประสิทธิผลด้านรายรับรายจ่ายและต้นทุนอีกด้วย อย่างไรก็ตามในระบบบริการสุขภาพกล่าวได้ว่าคุณภาพในมุมมองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นส่วนสำคัญที่สุด การตั้งเป้าหมายของคุณภาพจึงต้องมุ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง และกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจะต้องตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการจะทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเกิดการยอมรับในคุณภาพของบริการดูแลสุขภาพได้ (Quality of care) ก็ต่อเมื่อความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับบริการได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Al-Assaf, 1998 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และจิรัศม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543 ; Leatherman & McCarthy, 2000 cite in Wold, 2004)

1.2.1 ความหมายของคุณภาพของบริการสุขภาพ มีดังตัวอย่างต่อไปนี้

The Institute of Medicine (IMO) (2000) ให้คำจำกัดความของคุณภาพว่า ระดับของบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลและประชาชนทั่วไปทำให้สุขภาพดีขึ้นตามมาตรฐานความรู้เชิงวิชาชีพที่ทันสมัย (อ้างในอนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูลและจิรัศม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA,1991) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า ระดับของการจัดบริการที่ทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดี และเหมาะสมกับความต้องการ โดยลดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ (อ้างในอนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูลและจิรัศม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

จิรัศม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ให้คำจำกัดความของ “คุณภาพ” สำหรับบริการทางด้านสุขภาพว่า หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นที่พึงพอใจ

อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล (2543) กล่าวว่า คุณภาพของบริการสุขภาพ หมายถึง ภาวะเกื้อกูลต่อผู้ใช้บริการหรือลูกค้า ด้วยการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัยและควรมีองค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การปราศจากข้อผิดพลาด (Zero defect) คือ การที่ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการการรักษาพยาบาล กระทำในสิ่งที่ถูกต้องอย่างเหมาะสมตั้งแต่แรก
- 2) ลูกค้าพึงพอใจ (Response to customer's need and expectation) ความพอใจของลูกค้าจะเกิดได้ต่อเมื่อความต้องการที่จำเป็น (Need) ของคนได้รับการตอบสนอง นั่นคือ ปัญหาสุขภาพที่นำผู้ป่วยมาใช้บริการ และได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ในสภาพแวดล้อมที่น่าพอใจ
- 3) ได้มาตรฐาน (Professional standard) เป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

ขึ้นจากความรู้อันทันสมัยและเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของสังคม

4) สถานคุณภาพชีวิต (quality of life) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพ

1.2.2 องค์ประกอบคุณภาพของบริการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาล (Quality of care)

ตามแนวคิดของ Omachonu (1990) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพของบริการดูแลสุขภาพที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) คุณภาพของการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ (Quality of conformance) 2) คุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (Perceived quality) (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

1.2.2.1 คุณภาพของการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ (Quality of conformance)

โรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพหลายวิชาชีพมาปฏิบัติงานร่วมกันในการสร้างคุณภาพของการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า ประสิทธิภาพการบริการโดยภาพรวมของโรงพยาบาลจึงเกิดจากคุณภาพของการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพทุกคนในโรงพยาบาล ซึ่งองค์กรวิชาชีพทางสุขภาพได้มีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติทางวิชาชีพต่าง ๆ ไว้เป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติ ดังนี้

การกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาองค์ประกอบคุณภาพของบริการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของทฤษฎีระบบ (System theory) ซึ่งนำมาใช้เป็นมาตรฐานสากล 3 รูปแบบ คือ (Parsley & Philomena, 1994 ; Gillies, 1994 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543 ; บุพิน อังสุโรจน์, 2543)

1) มาตรฐานด้านโครงสร้าง (Structure standard) คุณลักษณะของการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดองค์การ ระบบการจัดการ สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรต่าง ๆ ทั้ง ด้านบุคลากร เครื่องมือ เครื่องใช้ และงบประมาณ

2) มาตรฐานด้านกระบวนการ (Process standard) ได้แก่ ส่วนประกอบต่าง ๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาล รวมถึงกิจกรรมด้านการปฏิบัติการซึ่งเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ป่วย

3) มาตรฐานด้านผลลัพธ์ (Outcomes standard) หมายถึง ผลการปฏิบัติงานที่จะเกิดกับผู้ป่วยหรือชุมชนหลังจากการให้การรักษาพยาบาลแล้ว รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจและสังคมตลอดจนผลกระทบต่อชุมชน

การจัดกลุ่มมิติคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย จากการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ได้เสนอไว้ดังนี้

- 1) ความสามารถ (Competence) ระดับความรู้ ทักษะ เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- 2) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) การบริการบรรลุถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่เป็นที่ต้องการ (Goal achievement) ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วย (Responsiveness) และมีความสม่ำเสมอ (Consistency)
- 3) ความเหมาะสม (Appropriateness) ความถูกต้องตามข้อบ่งชี้ตามความจำเป็นของผู้ป่วยและหลักวิชาการ
- 4) ความปลอดภัย (Safety) ระดับของความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทางลบ ความผิดพลาด และผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ
- 5) ความต่อเนื่อง (Continuity) ผู้ป่วยได้รับการอย่างต่อเนื่องมีการประสานงานที่ดี
- 6) ประสิทธิภาพ (Efficiency) โรงพยาบาลให้บริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าทันต่อเวลา
- 7) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ตามข้อบ่งชี้และในเวลาที่เหมาะสม
- 8) ความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (Accountability) การบริการเป็นที่ยอมรับ (Acceptability) มีความรับผิดชอบต่อสังคมในสิ่งที่ดำเนินการ สามารถตรวจสอบและอธิบายได้
- 9) ความมุ่งมั่น (Commitment) โรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่ามีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

1.2.2.2 คุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (Perceived Quality)

คุณภาพตามการรับรู้ หมายถึง คุณภาพที่พิจารณาจากการรับรู้ตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละคน จากการศึกษาเริ่มต้นของ Parasuraman, Zeithaml & Berry (1983 อ้างถึงใน โสภิตา ชันแก้ว, 2546) ได้ศึกษาเกณฑ์ในการประเมินการรับรู้คุณภาพบริการตามความคาดหวัง และ ความต้องการของผู้รับบริการ ในองค์กรเกี่ยวกับธุรกิจบริการ เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง องค์กรที่ให้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะในองค์กรทางการแพทย์ได้นำมาปรับใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการและการรับรู้ของผู้ให้บริการ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาลให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการและเกิดความประทับใจ คุณภาพตามการ

รับรู้เป็นการประเมินคุณภาพบริการเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ และปัจจัยแวดล้อมเนื่องจากผู้รับบริการไม่สามารถประเมินคุณภาพตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพได้

ในช่วงแรก Parasuraman และคณะ ได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบริการไว้ 10 ประการ ได้แก่ 1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) 2) ความเชื่อมั่นไว้วางใจ (Reliability) 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการทันที (Responsiveness) 4) สมรรถนะในการให้บริการ (Competence) 5) ความสุภาพ อ่อนโยน ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) 6) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) 7) ความปลอดภัย (Security) 8) การเข้าถึงบริการ (Access) 9) การสื่อสาร (Communication) 10) ความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding/Knowing the customer)

ต่อมา Parasuraman และคณะ (1985) ได้พัฒนาเครื่องมือคุณภาพบริการที่เรียกว่า "SERVQUAL" โดยรวมเกณฑ์ประเมินคุณภาพบริการเหลือเพียง 5 ด้าน คือ (พนิศา คำบุ, 2538 ; สกาวดี ดวงเด่น, 2538 ; นวลลักษณ์ บุญบง, 2541 ; อนุวัฒน์ สุขชุติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543 ; วันเพ็ญ แก้วปานและ สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2546; กิ่งสิริกษณ์ วิไลวรรณ, 2546 ; โสภิตา ชันแก้ว, 2546)

1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง บริการที่จัดให้กับผู้รับบริการต้องแสดงให้เห็นและสามารถคาดคะเนคุณภาพบริการได้ชัดเจน เช่น สถานที่ให้บริการมีความสะอาด สบาย และเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ สวยงาม ทันสมัย เป็นต้น

2) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง บุคลากรผู้ให้บริการมีความสามารถในการปฏิบัติงานทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกไว้วางใจและการให้บริการมีความถูกต้องเที่ยงตรง

3) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที (Responsiveness) หมายถึง บุคลากรผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ตามความต้องการ

4) ความเชื่อมั่นในบริการ (Assurance) หมายถึง บุคลากรผู้ให้บริการมีความรู้และมีอัธยาศัยที่ดีในการให้บริการและความสามารถของผู้ให้บริการส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในการใช้บริการ

5) การเข้าใจ รู้จักรับรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการ (Empathy) หมายถึง บุคลากรผู้ให้บริการมีการให้บริการโดยคำนึงถึงจิตใจ และความแตกต่างตามลักษณะของแต่ละบุคคล

นอกจากการกำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพแล้ว คุณภาพบริการตามการรับรู้ที่จำเป็นสำหรับองค์กรด้านงานบริการเพื่อความอยู่รอดขององค์กรทั้งภาครัฐบาล และภาคเอกชน

นั้นต้องประกอบด้วยคุณภาพที่ผู้มารับบริการต้องการ และรับรู้ได้ ที่สำคัญ 2 ประการ คือ (ปริทรรศน์ พันธบุรุษรงค์ และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541)

1) คุณภาพที่พึงมี (Must-be quality) เป็นสิ่งที่ลูกค้าคาดหวังหรือมุ่งหวังไว้แล้ว หากไม่ได้รับการตอบสนอง ลูกค้าจะไม่พอใจอย่างมาก คุณภาพที่พึงมีนั้น คือ ความสม่ำเสมอของคุณลักษณะ (characteristics) ของผลิตภัณฑ์และบริการนั้น คุณภาพที่พึงมีจะช่วยรักษาลูกค้าเดิมและสร้างรายได้ที่แน่นอนให้กับองค์กร

2) คุณภาพที่ประทับใจ (Attractive quality) เป็นสิ่งที่ลูกค้าไม่ได้คาดหวัง หรือมุ่งหวัง เป็นคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์และบริการที่เกินความคาดหวังของลูกค้า ก่อให้เกิดความประหลาดใจและประทับใจกับลูกค้า ทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกใช้เป็นครั้งแรกและเลือกใช้ซ้ำแล้วซ้ำอีก คุณภาพที่ประทับใจจะช่วยเพิ่มลูกค้าใหม่ และทำให้ลูกค้าเดิมเพิ่มการใช้มากขึ้น ทำให้รายได้ขององค์กรเพิ่มขึ้นและกิจการเจริญเติบโต

การจัดการให้คุณภาพบริการมีความคงอยู่อย่างสม่ำเสมอ และพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นจึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้บริหารและบุคคลในองค์กรที่จะช่วยกันบริหารจัดการและดำเนินการ โดยมีหลักในการดำเนินการ 2 ประการ คือ (ปริทรรศน์ พันธบุรุษรงค์ และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541)

1) การควบคุมหรือการรักษาสภาพ (Control) เพื่อทำให้เกิดความสม่ำเสมอในคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์และบริการ หรือทำให้เกิด “คุณภาพที่พึงมี”

2) การปรับปรุงหรือการยกระดับ (Improvement) เพื่อทำให้คุณลักษณะของผลิตภัณฑ์และบริการดีขึ้น ทำให้เกิด “คุณภาพที่ประทับใจ”

สรุปได้ว่า คุณภาพของบริการทางสุขภาพ ควรต้องประกอบด้วยคุณภาพบริการที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) คุณภาพของการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Quality of conformance) ที่เหมาะสมปราศจากข้อผิดพลาด มีประสิทธิภาพที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งแก่องค์กร/หน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแก่ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน 2) คุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (Perceived Quality) ซึ่งรวมถึง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ที่ได้รับผลกระทบโดยใช้การกำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพตามการรับรู้ ทั้งในส่วนของทั้งผู้ให้บริการ และ ผู้รับบริการ เพื่อให้คุณภาพตามการรับรู้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยควรมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดคุณภาพตามการรับรู้ที่สำคัญ 2 ประการ คือ (1) คุณภาพที่พึงมี (Must be quality) (2) คุณภาพที่ประทับใจ (Attractive quality)

1.3 คุณภาพบริการพยาบาล (Quality of nursing services)

งานบริการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ และลักษณะของงานบริการพยาบาลเป็นการให้บริการเชิงวิชาชีพ (Service profession) ที่มีความสำคัญต่อชีวิตและการมีสุขภาพดีของผู้ที่เจ็บป่วย ครอบครัวและชุมชน (Gillies, 1994 ; กองการพยาบาล, 2542)

ดังนั้น คุณภาพบริการพยาบาล จึงควรต้องประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ส่วน ตามข้อเสนอของ Omachonu (1990) ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้แก่

1.3.1 คุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติทางวิชาชีพ

คุณภาพบริการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพมีการจำแนกตามระดับคุณภาพของมาตรฐานออกเป็น 2 แบบ คือ (กองการพยาบาล, 2542 ; กองการพยาบาล, 2544)

1) การกำหนดคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานระดับที่เป็นสากล (Normative standards) โดยมีการกำหนดแนวทางของมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับที่เลิศตามความคาดหวังที่เป็นอุดมคติ ซึ่งมักจะกำหนดโดยองค์กรวิชาชีพ

2) การกำหนดคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานระดับที่ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการและผู้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องยอมรับได้ (Empirical standards) ซึ่งมักจะกำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมคุณภาพ เช่น การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (Quality assurance) โดยกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางกำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาล และแนวทางการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งด้านการบริหาร และด้านการบริการของหน่วยงานการพยาบาลในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับฝ่าย/กลุ่มงานการพยาบาล แผนกการพยาบาล แต่ละสาขา และ ระดับหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน (Standard of nursing service) และใช้เป็นแนวทางกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (Standard of nursing practice) ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงบทบาทความรับผิดชอบและสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการทางวิชาชีพพยาบาลโดยพยาบาลทุกคนถูกคาดหวังว่าจะต้องมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลตามที่กำหนดไว้เพื่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว

ส่วนเนื้อหาของคุณภาพบริการพยาบาลโดยส่วนใหญ่มีการนำแนวคิดของทฤษฎีระบบ (System theory) มากำหนดคุณภาพบริการพยาบาลเนื่องจากงานบริการพยาบาลมีขอบเขตความรับผิดชอบที่กว้างขวางครอบคลุมงานบริการสุขภาพในทุกส่วนของโรงพยาบาล โดยมีเนื้อหา ดังนี้ (Parsley & Philomena, 1994 ; Gillies, 1994 ; ยุพิน อังสุโรจน์, 2543)

1) มาตรฐานเชิงโครงสร้าง (Structure standard) เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยนำเข้าในระบบทั้งหมด ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของวิชาชีพการพยาบาลเป็นความรับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหน่วยงานบริการ ได้แก่ ลักษณะการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดองค์การ เช่น การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา นโยบาย โครงสร้างองค์กร ระบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์ สิ่งแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือเครื่องใช้ และงบประมาณ การกำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในระดับภาพรวมของวิชาชีพการพยาบาล

เช่น ระยะเวลาการครองเตียง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน การมีระบบกำกับติดตามคุณภาพ การประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

2) มาตรฐานเชิงกระบวนการ (Process standard) เกี่ยวข้องกับวิธีการปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดที่พึงกระทำเพื่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชน โดยมีการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ด้วยขั้นตอนของ กระบวนการพยาบาล (Nursing processes) 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) Assessing การตรวจร่างกาย การซักประวัติและการให้การวินิจฉัยการพยาบาล (2) Planning การวางแผนการพยาบาล ที่รวมถึง การวางมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล การตั้งเป้าหมายการพยาบาล และการเขียนแผนการปฏิบัติการพยาบาล (3) Implementing การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ (4) Evaluating การประเมินผลทางการพยาบาล เช่น การทบทวนทางเวชระเบียน การกลับมารักษาซ้ำ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน / จำนวนวันนอนของผู้ป่วย การให้ความสำคัญต่อการนำผลประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ มาปรับปรุงการให้การบริการพยาบาล เป็นต้น

3) มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ (Outcome standard) เป็นผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการในลักษณะผลลัพธ์ที่คาดหวังในทางบวกว่าจะเกิดขึ้นภายหลังที่มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงโครงสร้าง และเชิงกระบวนการแล้ว เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือชุมชน หลังจากการให้การรักษาพยาบาลแล้ว รวมถึงผลความก้าวหน้าของการดำเนินการของโรค ทักษะคิด ความพึงพอใจ ทักษะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

1.3.2 คุณภาพบริการพยาบาลที่ผู้รับบริการรับรู้และสัมผัสได้

จากการทบทวนวรรณกรรมการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล โดยส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพตามการรับรู้ของเครื่องมือที่ใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานทั่วไป เช่น เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพบริการ ของ Parasuraman และคณะ, แนวคิดของ Taylor เป็นต้น โดยการนำแนวคิดประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการบริการพยาบาลให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งอาจทำในรูปแบบการนำมาสร้างเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพตามการรับรู้ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อสร้างเป็นรูปแบบเกณฑ์การประเมินที่ได้มาตรฐาน หรือเพื่อนำไปใช้ประเมินความต้องการคุณภาพบริการของผู้รับบริการ โดยมีการปรับให้เข้ากับลักษณะเฉพาะของแต่ละหน่วยงานบริการซึ่งควรมีการประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการให้ดียิ่ง ๆ ขึ้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้ (พนิศา คำยุ, 2538 ; สกาวดี ดวงเด่น, 2538 ; นवलลักษณ์ บุญบง, 2541 ; อนุวัฒน์ สุขชาติกุล และจิรัฐม ศรีรัตนบัลล์, 2543 ; วันเพ็ญ แก้วปานและสุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2546 ; กิจสิลักษณ์ วิไลวรรณ, 2546; โสภิตา ชันแก้ว, 2546)

โสภิตา ชันแก้ว (2546) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชน ภาคเหนือตอนบน โดยใช้แนวคิดของ Cronin and Taylor (1992) นำมาปรับให้สอดคล้องกับแนวคิดของนโยบายหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยสาธารณสุข (2544) โดยกำหนดคุณภาพบริการพยาบาลเป็น 9 ด้าน ดังนี้ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) 2) ความน่าเชื่อถือในการให้บริการ (Reliability) 3) การตอบสนองในการให้บริการ (Responsiveness) 4) การสร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการ (Assurance) 5) ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) 6) การเข้าถึงบริการ (Access) 7) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) 8) สิทธิ และความเสมอภาค (Rights and equity) และ 9) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Out of pocket cost)

โดยสรุป คุณภาพบริการพยาบาล จึงสามารถอธิบายได้ว่าเป็นลักษณะของการบริการทางสุขภาพที่ให้ผลเลิศ เป็นผลจากการบริหารจัดการให้เกิดงานบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และการวางแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานที่เหมาะสม ปลอดภัย เอื้ออำนวยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ คุณภาพจากการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพวัดได้จากความรู้ ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาลที่มีการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ใช้บริการด้วยความชำนาญ มีทักษะที่ถูกต้อง และปราศจากข้อผิดพลาด ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ/ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งคุณภาพของงานบริการพยาบาลเป็นงานบริการที่วัดได้จากการรับรู้ของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน โดยการใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานสามารถสร้างความพึงพอใจและความประทับใจในระดับที่เป็นไปตามความคาดหวังและเกินความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

2. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ (Quality improvement in health care service)

การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการทางสุขภาพ หมายถึง ระบบ กลไก กระบวนการ รวมทั้งกิจกรรมที่มีความมุ่งหมายในการยกระดับของคุณภาพของบริการสุขภาพ เพื่อให้สังคมเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลมีระบบการทำงานที่ไว้ใจได้ ผู้ป่วย/ญาติได้รับบริการที่มีคุณภาพไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน และยังช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานง่ายขึ้น ความเสี่ยงในการทำงานลดลง บรรยากาศในการทำงานดี และมีความภูมิใจในหน่วยงาน (ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2547) แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพนั้นได้นำมาจากแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่ใช้ในวงการอุตสาหกรรมซึ่งมีผู้สร้างแนวคิด กลวิธี และกระบวนการไว้เป็นจำนวนมาก ดังนั้น เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ จึงจัดกลุ่มแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพที่ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) การประกันคุณภาพ (Quality assurance/QA) ซึ่งทำในรูปแบบการมุ่งตรวจสอบผลลัพธ์ที่ได้ (Quality by inspection) หรือ การควบคุมคุณภาพ (Quality control/QC) ซึ่งเป็นการมุ่งควบคุมกระบวนการ (Quality by process control) 2) แนวคิดของการ

จัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total quality management/TQM) ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และจิรัตรม ศรีรัตนบัลล์, 2543) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1 การประกันคุณภาพ (Quality assurance / QA) และ การควบคุมคุณภาพ (Quality control/QC)

การประกันคุณภาพ (QA)เป็นกระบวนการที่สร้างขึ้นเป็นการเฉพาะสำหรับควบคุมและประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพหรือของหน่วยงาน เป็นเครื่องมือที่จะใช้กระตุ้นและควบคุมผลงานที่ดีที่สุดต่อผู้รับบริการ รวมถึงการวางแผนและการออกแบบสำหรับคุณภาพด้านโครงสร้าง และการประสานงานที่เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานต่างๆ ซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีต่อผู้รับบริการ (Al-Assaf, 1998 ; Davis, 1994 cite in Wold, 2004) เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอของผลการปฏิบัติงานในระดับที่ยอมรับได้ มีข้อดี คือ การค้นหาปัญหาทำได้ง่าย เห็นผลดีในระยะสั้น เป็นการส่งเสริมมาตรฐานของสาขาวิชาชีพ และสามารถใช้ในการประเมินผลงานของตัวบุคคลได้ดี เช่น โปรแกรมประกันคุณภาพของ JCAHO , การประกันคุณภาพการพยาบาล ของ American Nurse's Association แนวคิดการประกันคุณภาพของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น อย่างไรก็ตามการประกันคุณภาพ (QA) ที่มุ่งกลไกการตรวจสอบ (Inspection) มีข้อด้อย คือ กิจกรรมเหล่านี้มักขาดหลักการและการเชื่อมโยงในภาพรวม ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานจะให้ความสนใจในการทำงานแค่ตามมาตรฐานที่วางไว้จึงขาดความสนใจในการพัฒนาบริการให้ดีขึ้น (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และจิรัตรม ศรีรัตนบัลล์, 2543)

การควบคุมคุณภาพ (QC) เป็นการประยุกต์นำแนวคิดการประกันคุณภาพจากภาคอุตสาหกรรมที่มุ่งเน้นความสม่ำเสมอ (Consistency) และ ความสอดคล้อง (Conformance) กับวิธีการปฏิบัติงานหรือกระบวนการผลิตที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เชื่อว่าเมื่อกระบวนการปฏิบัติงานมีความสม่ำเสมอเป็นไปตามมาตรฐานแล้วจะทำให้ได้ผลลัพธ์หรือผลผลิตมีความสม่ำเสมอด้วย ได้แก่ ระบบ ISO 9000 การทำแนวทางการปฏิบัติ (Practice guideline) เป็นต้น

2.2 แนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total quality management /TQM)

ปี 1980 เป็นต้นมาแนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) ได้นำมาใช้จนเป็นที่รู้จักและยอมรับมากขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนามาจากแนวคิดการควบคุมคุณภาพ (QC) ที่นำไปใช้ในการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการผลิตสินค้าในวงการอุตสาหกรรมในประเทศญี่ปุ่นที่ประสบกับภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจหลังพ่ายแพ้สงครามโลกครั้งที่ 2 และ แนวคิดที่นำไปใช้ประสบผลสำเร็จเป็นอย่างมาก ต่อมาจึงได้มีการนำแนวคิดมาพัฒนาและนำมาใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นในวงการอุตสาหกรรมในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเรียกแนวคิดใหม่ว่า การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total quality management หรือ TQM) เป็นการพัฒนาแนวคิดที่รวมหลักการคุณภาพ QA, QC, และ QI มารวมเป็นหลักการที่เรียกว่า TQM ผู้ที่นำแนวคิดมาพัฒนาและมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย เช่น Juran, Deming และ Crosby

เป็นต้น (Al-Assaf, 1998) ต่อมาจึงเผยแพร่สู่วงการธุรกิจบริการ การให้บริการทางการแพทย์และ
บริการทางสุขภาพ ได้รับแนวคิดดังกล่าวและนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ
บริการสุขภาพ. ในที่นี้จะขอกล่าวถึง TQM ตามแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญที่กล่าวถึงข้างต้นซึ่งเป็น
แนวคิดที่นำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ, 2541)

2.2.1 แนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) 14 ประการ ของ Deming
ประกอบด้วย (Al-Assaf, 1998 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ, 2541 ; สุตติดา พงศ์รัตนมาน, 2542)

1) การสร้างเจตจำนงอันแน่วแน่ที่จะปรับปรุงผลผลิต/บริการ (Create constancy
of purpose for improvement) แต่ละองค์กรต้องสร้างวิสัยทัศน์ของตนเอง และมีการสื่อสาร
วิสัยทัศน์นั้นลงสู่ผู้ปฏิบัติให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

2) การยอมรับปรัชญาใหม่ในการทำงาน (Adopt the new philosophy) แต่ละ
องค์กรต้องสามารถวิเคราะห์และเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าเน้นการบริการที่
มีคุณภาพสูงสุดโดยมีลูกค้าเป็นจุดศูนย์กลางในข้อนี้ Deming เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีมและ
การติดต่อประสานงาน

3) ขกเลิกวิธีการที่ใช้การตรวจสอบ (Cease dependence on inspection to
achieve quality) โดยมุ่งเน้นที่การปรับปรุงกระบวนการทำงาน และเน้นการสร้างสัมพันธภาพ
ระหว่างผู้ปฏิบัติงานแทนการควบคุมตรวจสอบ

4) ขกเลิกการพิจารณาตัดสินโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว (Cease buying based
on price tag alone) การพิจารณาจัดซื้อไม่ควรใช้ราคาซื้อที่ต่ำที่สุดเท่านั้นแต่ควรพิจารณาราคาจาก
อายุการใช้งานของสินค้าและบริการที่รวมถึงคุณภาพที่ได้รับด้วย

5) ปรับปรุงระบบการผลิต/บริการอย่างต่อเนื่องตลอดไป (Constantly improve
the system of production and service) จุดสำคัญ คือ การพัฒนาคุณภาพควรเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
ไม่ใช่เฉพาะช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ในข้อนี้ Deming ได้เสนอ วงจรการพัฒนาคุณภาพ
(The cycle of improvement) ที่ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การ
วิเคราะห์และประเมินผล (Check) การกำหนดเป็นวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน (Act) หรือที่เรียกว่า
P-D-C-A เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินงานอย่างเป็นวงจรไปเรื่อย ๆ ไม่หยุดนิ่ง

6) การฝึกอบรมการปฏิบัติงาน (Institute training on the job) โดย Deming
เน้นให้มีการฝึกอบรมการปฏิบัติงาน และ ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานต่อผู้รับบริการเพื่อ
หลีกเลี่ยงปัญหาการทำงานที่จะเกิดขึ้น และ เพื่อเป็นการพัฒนาการปฏิบัติงานของบุคลากร

7) การยอมรับและสร้างภาวะผู้นำ (Adopt and institute leadership) เพื่อเป็น
การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคลากร โดยฝึกให้เป็นผู้นำที่เป็นผู้ฟังที่ดี
เป็นที่เลื่อมใสและเป็นที่ยอมรับแก่ผู้ปฏิบัติงาน

8) ขจัดความกลัว (Drive of fear) มีการสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ปราศจากความกลัวต่าง ๆ เช่น การกลัวทำผิด การกลัวถูกลงโทษ กลัวถูกเปิดเผยความผิดพลาด เป็นการให้รู้จักการตัดสินใจ การแก้ไขความผิดพลาดหรือป้องกันความเสี่ยงที่จะผิดพลาด เรียนรู้และสามารถแสดงความคิดเห็นในทางสร้างสรรค์

9) ขจัดอุปสรรคที่ขวางกั้นระหว่างหน่วยงาน (Break down barriers between departments) Deming เน้นที่การทำงานคร่อมสายงานหรือการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชา เป็นการให้ประสบการณ์การทำงานระหว่างกัน

10) ขจัดคำขวัญ/ คำปลุกใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน (Eliminate slogans, exhortations and targets for work force) ให้หลีกเลี่ยงประโยคจูงใจ ชักชวน โปสเตอร์ และเป้าหมายในการทำงานเพื่อกระตุ้นการปฏิบัติงานเนื่องจากเป็นวิธีที่สร้างความหวังที่ผิดและไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง จึงเป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารที่จะนำกระบวนการจัดการสู่ผู้ปฏิบัติงานโดยตรง

11) ขจัดโควตาการผลิต/ผลงานที่เป็นตัวเลขเพื่อให้ทำงานได้มากขึ้นสำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร (Eliminate numerical quotas for the workforce and numerical goals for the management) การที่ผู้ปฏิบัติงานจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อาจอยู่เหนือการควบคุมของระบบการบริหารงาน ดังนั้นการทำความเข้าใจในเรื่องนี้จะช่วยป้องกันการให้รางวัลและการถูกทำโทษโดยไม่เหมาะสม

12) ขจัดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภูมิใจในผลงานของตน (Remove barriers that rob people of pride of workmanship) Deming เน้นว่า 85 เปอร์เซ็นต์ ของการผิดพลาดไม่ใช่เกิดจากผู้ปฏิบัติงานแต่เป็นความผิดพลาดของระบบบริหารงานหรือระบบงาน

13) สร้างโปรแกรมการศึกษาและการพัฒนาตนเองสำหรับผู้ปฏิบัติงาน (Institute a vigorous program of education and self-improvement for everyone) ต้องมีความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้าที่จะสำรวจและเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้ศึกษาเรียนรู้และพัฒนาความสามารถทางวิชาชีพ

14) นำทุกคนมาร่วมมือกันเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Put everyone to work to accomplish the transformation) จุดที่เน้น คือ ผู้บริหารต้องมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพประสบความสำเร็จ ความมุ่งมั่นต้องแสดงออกอย่างจริงจังและกระตือรือร้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับรู้และรู้สึกได้ที่สำคัญต้องทำให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกถึงการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร จึงจะเกิดความร่วมมือที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง



2.2.2 การจัดการคุณภาพแบบ 3 ชั้นตอน ของ จูราน (The juran trilogy)

(Juran, 1992 ; Parsley & Philomena, 1994 ; Goonan, 1995) ประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 การวางแผนคุณภาพ (Quality planning) เป็นขั้นตอนที่ เป็นกิจกรรมการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ และกระบวนการหรือวิธีการทำงานเพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้บริโภค ประกอบด้วย 5 ชั้นตอน คือ 1) การทบทวนเป้าหมายของคุณภาพ 2) การวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้าเนื่องจากเป้าหมายของคุณภาพ คือ การทำให้ตรงกับความต้องการของลูกค้า 3) ค้นหาวิธีการวัดและประเมินคุณภาพ 4) วางแผนการทำงานเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายของคุณภาพภายใต้สถานการณ์ตามสภาพที่เป็นจริง และ 5) สร้างผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มส่วนแบ่งการตลาด มีการตั้งราคาที่จูงใจรวมทั้งการลดอัตราความผิดพลาดในสำนักงานและโรงงานผลิต

ขั้นที่ 2 การควบคุมคุณภาพ (Quality control) ประกอบด้วย 3 ชั้นตอน คือ 1) การประเมินผลการปฏิบัติงานตามความจริง 2) การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามจริงกับเป้าหมายคุณภาพที่วางแผนไว้ 3) สร้างวิธีการทำงานหรือกิจกรรมใหม่ที่มีความแตกต่างจากเดิม

ขั้นที่ 3 การปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement) ประกอบด้วย 10 ชั้นตอน คือ 1) การตระหนักในความต้องการของลูกค้าเพื่อเป็นโอกาสในการปรับปรุงคุณภาพ 2) กำหนดให้มีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 3) ใช้วิธีการเพื่อให้ถึงเป้าหมายโดยการค้นหาปัญหา การเลือกกิจกรรมการพัฒนา การมุ่งการทำงานเป็นทีม การสร้างทีมที่ปรึกษา 4) กำหนดให้ทุกคนได้รับการฝึกอบรมอย่างทั่วถึง 5) การดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา 6) การรายงานความก้าวหน้า 7) การแสดงความรับผิดชอบ 8) การนำเสนอผลงานที่สื่อให้เข้าใจได้ 9) การเก็บบันทึกข้อมูล 10) การดำเนินงานตามวิธีการพัฒนาคุณภาพที่สร้างขึ้นมาให้เป็นระบบงานประจำของหน่วยงาน

2.2.3 การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของ Crosby

(Crosby, 1986 ; Al-Assaf, 1998 ; อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ, 2541; สุลัดดา พงศ์รัตนานาน, 2542)

หลักการพื้นฐานของ Crosby มี 4 ประการ คือ

1) คุณภาพ คือ ความสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า (The definition of quality is conformance to requirement) เป็นยุทธวิธีที่จะหันเหความสนใจจากการให้ความสำคัญกับผู้ผลิต / ผู้ให้บริการไปสู่การทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้ใช้บริการภายนอก

2) ระบบคุณภาพที่ดี คือการป้องกัน โดยทำอย่างถูกต้องเสียแต่แรกเริ่ม (The system for causing quality is prevention / Do it right the first time) การส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนตรวจสอบผลงานของตนเองก่อนที่จะส่งผ่านไปให้ผู้อื่น องค์กรที่มีคุณภาพจะมีผู้ตรวจสอบน้อยมากเพราะทุกคนรับผิดชอบในงานของตนเองไม่มีใครอื่นที่จะตรวจสอบความผิดพลาดได้ดีเท่ากับตัวเอง

3) มาตรฐานการทำงาน คือ ความผิดพลาดเป็นศูนย์ (The performance standard is zero defect) Crosby เชื่อว่าไม่มีมาตรฐานการทำงานใดที่จะรับข้อผิดพลาดในการทำงานที่ต่ำกว่ามาตรฐานนี้

4) เครื่องชี้วัดคุณภาพเป็นต้นทุนที่เกิดจากผลการปฏิบัติงานที่ไม่ดี (The measurement of quality is the price of non-conformance) คุณภาพเป็นสิ่งที่วัดได้จากต้นทุนของการปฏิบัติงานที่ไม่ดี และต้นทุนที่เกิดจากความผิดพลาดสามารถนำมาเป็นตัวบ่งชี้ถึงปัญหาและบ่งชี้การป้องกันปัญหาได้

ขั้นตอนการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ Crosby 14 ขั้นตอน ได้แก่

1) การสร้างความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ (Management commitment) เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง โดยถือเป็นงานหลัก

2) การปรับปรุงคุณภาพโดยทีม (Quality improvement team) สนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมคุณภาพและกล่าวซ้ำกับทุกคนในองค์กรตลอดเวลาเกี่ยวกับคำว่า "คุณภาพ"

3) การวัดคุณภาพ (Quality measurement) เป็นการค้นหาปัญหา ป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำเพื่อลดความสูญเสียในกระบวนการผลิตและรักษาระดับคุณภาพขององค์กร

4) การประเมินค่าของคุณภาพ (Cost of quality evaluation) โดยคำนึงถึงต้นทุนของคุณภาพที่เกิดจากการทำงานซ้ำซ้อน

5) การตระหนักถึงจิตสำนึกในความหมายของคุณภาพ (Quality awareness)

6) เน้นการทำงานให้ถูกต้องตามข้อกำหนดพื้นฐาน (Corrective action)

7) การวางแผนงานเพื่อลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานให้เป็นศูนย์ (Establish an Ad Hoc committee for the Zero defect program)

8) สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมในเรื่องของเทคนิคการปฏิบัติงานโดยไร้ข้อผิดพลาด (Supervisor training)

9) จัดวันแห่งคุณภาพ หรือ มหกรรมคุณภาพ เป็นวันที่มีการลดข้อผิดพลาดให้เป็นศูนย์ (Zero defects day) เพื่อเป็นเป้าหมายในการรณรงค์ลดความผิดพลาดต่าง ๆ

10) การกำหนดเป้าหมายของระบบงานที่มีคุณภาพ (Goal setting) รวมทั้งกำหนดระยะเวลาประเมินคุณภาพเป็น 30 , 60 , 90 วัน

11) การขจัดข้อผิดพลาด โดยให้ผู้ปฏิบัติงานรับรู้ถึงวิธีการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา (Error cause removal) โดยจัดให้มีการอบรมในแนวคิด วิธีการปฏิบัติ และวิธีบริหารคุณภาพ

12) การให้การยอมรับ (Recognition) ให้การยอมรับผลการปฏิบัติงานในระดับบุคคล หรือรางวัลในระดับทีม เพื่อให้ทีมพึงระลึกเสมอว่า คือ รางวัลจากการค้นพบปัญหา และข้อผิดพลาดในการทำงาน

13) การให้ความรู้ และประสบการณ์แก่หน่วยงานอื่น เป็นการให้ข้อมูลในการตัดสินใจ และ กระตุ้นให้มีการพัฒนา หรือ ยกระดับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (Quality council)

14) การตรวจสอบการใช้โปรแกรมคุณภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าการทำงานมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพราะสถานการณ์ต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอด จึงต้องมีการทบทวนซ้ำเพราะคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องปรับปรุงตลอดเวลา (Do it over again)

2.2.4 ขั้นตอนการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมาปรับใช้ในองค์กร ดังนี้ (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540)

1) เริ่มต้นที่การศึกษาของผู้บริหารระดับสูง (Top managements' education) ผู้บริหารระดับสูงมีการศึกษาแนวคิดให้เข้าใจอย่างถ่องแท้และเกิดศรัทธาเชื่อมั่นต่อระบบบริหารดังกล่าว

2) วินิจฉัยระบบบริหารคุณภาพ (Diagnose quality management system) เมื่อตัดสินใจแล้วต้องวินิจฉัยระบบบริหารคุณภาพกับวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันขององค์กร

3) วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของบริษัท (Analyze current situation) เป็นการใช้วิธีการ SWOT หรือการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม แนวโน้มความต้องการของตลาดและลูกค้า วัตถุประสงค์หรือภารกิจขององค์กร ระบบงานและกระบวนการทำงาน ความสามารถในการแข่งขัน และการใช้ Benchmarking รวมทั้งความรู้ความสามารถขั้วผู้กำลังใจและคุณภาพชีวิตของบุคลากร

4) สร้างวิสัยทัศน์ (Create a vision) โดยให้นิยามว่า คือ ความฝันหรือความปรารถนาหรือความมุ่งหมายที่ต้องการจะบรรลุในอนาคตของกลุ่มผู้นำในองค์กร

5) จัดทำแผนยุทธศาสตร์องค์กร (Create a strategic plan) เป็นวิถีทางที่จะนำไปสู่จุดหมาย

6) กำหนดเข็มมุ่งประจำปี (Hoshins determination) เข็มมุ่ง (Hoshin) มาจากคำในภาษาญี่ปุ่น ที่แปลว่า เป้าหมาย รวมกับคำว่า แนวทางหรือมาตรการ หรือวิธีการเพื่อการบรรลุเป้าหมายนั้น ซึ่งเป็นภารกิจหรือหัวข้อที่จะต้องดำเนินการหรือแก้ไขในปีหนึ่ง ๆ ต้องจัดเรียงตามลำดับความสำคัญ (prioritization) โดยประเมินจากผลกระทบและประสิทธิผลที่มีต่อองค์กรมาก ความเร่งด่วน ความง่ายในการดำเนินการ และ ความเป็นไปได้ที่จะบรรลุผล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร

7) จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี (Functional action plan) มีการให้ความรู้หรือเผยแพร่เข็มมุ่งประจำปีไปสู่ความรับผิดชอบของทุกหน่วยงานด้วยรูปแบบการสร้างแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้สอดคล้องกัน

8) ปฏิบัติงานประจำวันตามแผน (Daily operations) ในระหว่างการปฏิบัติงานประจำวันของแต่ละหน่วยงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้แล้วนั้น คณะผู้บริหารมีหน้าที่

ติดตามให้การสนับสนุน ช่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรค เพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างราบรื่น ตลอดจนรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะของคน วัสดุอุปกรณ์ กระบวนการระบบงานเพื่อนำไปเป็นประเด็นสำหรับการปรับปรุงและพัฒนา

2.3 แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้นำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM/CQI) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และการทำงานเป็นทีม เป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการทางสุขภาพ ร่วมกับการทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ เช่น การพัฒนาพฤติกรรมองค์กร (Organization development) พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ (Excellence service behavior / ESB) กิจกรรม 5 ส เป็นต้น โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ต่อมาได้ก่อตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ในปี พ.ศ. 2541 เป็นหน่วยงานอิสระในสังกัดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญที่ให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation / HA) โดยนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ และ ประสบการณ์ของต่างประเทศมาปรับใช้ในประเทศไทยที่มีข้อคิดว่าการพิจารณาทั่วโลกเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ต้องพิจารณาปัจจัยแวดล้อมรอบด้านควบคู่ไปกับลักษณะของสังคมไทยและปรัชญาแนวคิดเรื่องคุณภาพหรืออาจใช้กลวิธีผสมผสานจากประสบการณ์ของที่ต่าง ๆ มาปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหน่วยงานของตนเองให้เหมาะสมเนื่องจากระบบบริการสุขภาพของที่ต่าง ๆ และแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน โดยถือเป็นสถาบันหลักที่กระตุ้นให้หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพในประเทศไทยตื่นตัวเรื่องการค้าเนินงานการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น (อนุวัฒน์ สุภชุตินุกูล และคณะ, 2541 ; อนุวัฒน์ สุภชุตินุกูล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

2.3.1 เนื้อหาสำคัญของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของ พรพ. ประกอบด้วย

- 1) ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ PDCA cycle
 - P หรือ Plan ได้แก่ การค้นหาโอกาสพัฒนา การวิเคราะห์ระดับข้อมูล
 - D หรือ Do ได้แก่ การทดลองนำทางเลือกไปปฏิบัติ
 - C หรือ Check ได้แก่ การตรวจสอบผลการทดลองเลือก
 - A หรือ Act ได้แก่ การนำผลการทดลองไปกำหนดเป็นมาตรฐานในการทำงาน
- 2) มาตรฐานของ JCAHO ว่าด้วยโรงพยาบาลแบ่งเป็น 3 ส่วน 15 บท ดังนี้
 - ส่วนที่ 1 Patient-focused function ได้แก่ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร การประเมินผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ การดูแลต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 Organization-focused function ได้แก่ การปรับปรุงสมรรถนะองค์กร (การพัฒนาคุณภาพ) การนำ การบริหารสิ่งแวดล้อม การบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารสารสนเทศ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ

ส่วนที่ 3 Structures with function ได้แก่ ธรรมนูญ (governance) การบริหารคณะแพทย์ การพยาบาล

3) มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนภิเษก เพื่อให้เป็นมาตรฐานสำหรับกระบวนการพัฒนาระบบงานการดูแลผู้ป่วย และ ระบบงานทั่วไปทั้งหมดของโรงพยาบาลอย่างมีทิศทาง ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และความอยู่รอดของโรงพยาบาล มาตรฐานแบ่งไว้เป็น 5 ตอน ได้แก่ (1) การนำองค์กร (2) มาตรฐานร่วม (3) การบริหารระดับองค์กร (4) บริการทางคลินิก และ (5) บริการสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งต่อมาได้บูรณาการเป็น 6 หมวด 20 บท ดังนี้

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การนำองค์กร และทิศทางนโยบาย

หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ได้แก่ การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ ทรัพยากรบุคคล สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เครื่องมือ ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล

หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการคุณภาพทั่วไป กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ได้แก่ องค์กรแพทย์ และการบริหารการพยาบาล

หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินและวางแผนดูแลรักษา กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย การบันทึกข้อมูล การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

4) กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพงานอย่างครบวงจรตามมาตรฐานทั่วไปของ HA มี 9 ข้อ ได้แก่

GEN 1 มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขตการจัดบริการในหน่วยงาน สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล รวมทั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และวัดได้ สื่อสารไปยังบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจ และทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง

GEN 2 การจัดองค์กรและการบริหาร ประกอบด้วยการมีโครงสร้างขององค์กรชัดเจนและเหมาะสมผู้บริหารมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะรับมอบหมายหน้าที่ มีความสามารถบริหาร

ได้บรรลุตามพันธกิจ มีการกำหนด คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร มีการกำหนด แนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ มีกลไกให้หน่วยงาน ต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการวางแผน คัดสรรใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลในภาพรวม

GEN 3 การจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อบริการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดย การจัดอัตรากำลังอย่างเหมาะสม การประเมินผลงานอย่างสม่ำเสมอ และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง บุคลากรมีคุณสมบัติครบถ้วนและนักศึกษาฝึกงานต้องปฏิบัติตามได้การควบคุม

GEN 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีการประเมินปัญหาและความต้องการ บุคลากรเพื่อเป็นข้อกำหนดในการพัฒนาบุคลากร จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและการปฐมนิเทศ บุคลากรใหม่ทุกคนเพื่อเตรียมพร้อมในการปฏิบัติงาน และมีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ในระหว่าง การปฏิบัติงาน

GEN 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ มีกระบวนการจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ เผยแพร่ให้บุคลากรรับรู้เข้าใจและปฏิบัติตามโดยทั่วกัน รวมทั้งมีการประเมินและปรับปรุงนโยบาย และวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอให้สมบูรณ์สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมการทำงาน

GEN 6 สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่อำนวยความสะดวกแก่บุคลากร จัดพื้นที่ ใช้สอยเพียงพอและจัดแบ่งโครงสร้างภายในหน่วยงานเหมาะสมกับการบริการ การเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ สภาพทั่วไปในหน่วยงานมีความปลอดภัย การระบายอากาศดี แสงสว่างอุณหภูมิ เหมาะสมไม่มีสิ่งรบกวน สะอาด และเป็นระบบ สถานที่ตรวจรักษา ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วนมีขีด พ้นจากสายตาและการได้ยิน

GEN 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยมี ระบบการบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ มีระบบสำรองเครื่องมือ วัสดุการแพทย์ที่จำเป็น ระบบการตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา รวมทั้งมีความเพียงพอต่อ การปฏิบัติงาน การอบรมเฉพาะในวิธีการใช้เครื่องมือ

GEN 8 ระบบงาน/ กระบวนการให้บริการ มีการทำงานร่วมกันระหว่างสาขา วิชาชีพการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบริการ มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการดูแลรักษา ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและการวางแผน ดูแลรักษาเป็นระยะ มีกระบวนการให้การดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ การบันทึกข้อมูล ปัญหาการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนและผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมให้มีความต่อเนื่องในการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวโดยเร็วที่สุด

GEN 9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (Continuous quality improvement) ทุกหน่วยงาน มีกิจกรรม CQI ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานให้ความ ร่วมมือในกิจกรรมนี้ โดยนำมาตรฐานวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาร่วมเป็น

พื้นฐานสำหรับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนไปปรับปรุง

2.3.2 ปัจจัยส่งเสริมทำให้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ HA เป็นไปอย่างราบรื่นและต่อเนื่อง ควรมีสิ่งต่อไปนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2545)

- 1) ผู้บริหารระดับสูงเข้าใจแนวคิด มีนโยบายชัดเจน มีผู้รับผิดชอบและโครงสร้างสนับสนุน กำหนดทิศทางนโยบาย สนับสนุนทรัพยากร ติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขข้อติดขัด
- 2) ผู้ประสานงานคุณภาพ / ศูนย์คุณภาพ มีทักษะในการเป็น Facilitator มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีข้อมูลและผู้ช่วยเหลือสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ สร้างกระบวนการเรียนรู้ที่จำเป็น
- 3) หัวหน้าหน่วยงาน / สมาชิกในหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานรับผิดชอบการประเมินและพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน สมาชิกให้ความร่วมมือกับกิจกรรมคุณภาพ
- 4) ทีมคร่อมสายงานช่วยเหลือกันและกันเพื่อพัฒนาในส่วนที่แต่ละหน่วยงานไม่สามารถทำเองได้สำเร็จ

2.3.3 จุดเริ่มและการเชื่อมต่อของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มี 4 ลักษณะ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2545)

- 1) การเริ่มจากบนลงล่าง คือ การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ขององค์กร จัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุพันธกิจ นำแผนยุทธศาสตร์ไปถ่ายทอดเป็นแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน
- 2) การเริ่มจากล่างขึ้นบน คือ การประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาในจุดย่อย ๆ ขององค์กร ดำเนินการพัฒนาในแต่ละหน่วยงานและสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
- 3) การเริ่มจากภายนอก คือ การรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ และการใช้มาตรฐานมาประเมินสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน
- 4) การเริ่มจากภายใน คือ การสร้างการมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นให้เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่แต่ละคน

ส่วนการเชื่อมต่อระหว่างการเริ่มจากบนลงล่างและการเริ่มจากล่างขึ้นบน คือ การประสานแผนการพัฒนาคุณภาพที่แต่ละหน่วยวิเคราะห์ด้วยตนเองเข้ากับแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล

2.3.4 ลำดับขั้นของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แบ่งลำดับขั้นของการพัฒนาออกเป็นสี่ช่วงเพื่อช่วยโรงพยาบาลในการวางแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ (QI implementation plan) ดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2545)

ช่วงที่หนึ่ง การเตรียมการ เป็นการทำความเข้าใจของผู้นำเพื่อตัดสินใจ กำหนดผู้รับผิดชอบ รับฟังเสียงสะท้อนทั้งจากภายนอกและภายใน ประเมินตนเองเพื่อกำหนด แนวทางพัฒนาที่กว้าง ๆ

ช่วงที่สอง การพัฒนาและเรียนรู้ เป็นการฝึกทักษะของการทำงานร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการลงมือปฏิบัติกับของจริงในลักษณะของ โครงการนำร่อง รวมทั้งการจัดทำหรือปรับแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสำหรับช่วงต่อไป

ช่วงที่สาม การดำเนินการ เป็นการทำกิจกรรมคุณภาพซึ่งบูรณาการแนวคิด การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน เป็นการ ดำเนินงานทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน ครอบคลุมสายงาน และทั้งองค์กร โดยหัวหน้าหน่วยงานแต่ละ หน่วยงานจะต้องรับผิดชอบกระบวนการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตนและร่วมมือประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ช่วงที่สี่ บูรณาการและวางรากฐานเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เป็นการปรับ โครงสร้างองค์กรเพิ่มเติม ปรับระบบแรงจูงใจ บูรณาการกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้องกัน วางระบบ เพื่อจุดประกายการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการทบทวนความก้าวหน้าและกำหนดเป้าหมายให้ สูงขึ้น

2.4 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (Quality improvement in nursing services)

กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนาน โดยเริ่มต้น ในยุคของ Florence Nightingale ปี 1860 โดย นิดิงเกิล ถือได้ว่าเป็นผู้ที่สร้างมาตรฐานการพยาบาล เป็นบุคคลแรก และในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 วิชาชีพการพยาบาลได้เน้นการปฏิบัติการ พยาบาลที่เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการ พยาบาลและใช้ในการประเมินผู้ป่วย จากอดีตจนถึงปัจจุบัน Wold (2004) ได้สรุปการพัฒนาคุณภาพ การบริการพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแบบทั่วไป (General) และ การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแบบเฉพาะ (Specific) ดังนี้

2.4.1 การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแบบทั่วไป (General approach)

เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้กระบวนการสร้างหลักประกัน คุณภาพแก่ประชาชนจากระดับความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการทางวิชาชีพการพยาบาล โดยการรับรองจากหน่วยงานของรัฐบาล หรือองค์กรทางวิชาชีพ เช่น การมีใบประกาศหรือ หนังสือรับรองในการทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย (Credentialing) การมีใบอนุญาตการประกอบ วิชาชีพการพยาบาล (Licensure) มีใบประกาศการรับรองคุณภาพจากสถาบันการศึกษา หรือ สภา การพยาบาล (Accreditation) ใบรับรองการปฏิบัติงานตามความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Certification) เป็นต้น

2.4.2 การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลแบบเฉพาะ (Specific approach)

เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยการใช้วิธีการจัดการระบบบริการพยาบาลทั้งด้านการบริหารการพยาบาล และ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ/องค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานและเป็นการยกระดับคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการใช้ QA/QI โปรแกรมในการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพบริการพยาบาลให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ การใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรแบบ TQM/CQI นำมาใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยหลักปรัชญาการจัดการคุณภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การใช้ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปฏิบัติงาน ความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงผลลัพธ์การปฏิบัติงาน เพื่อจัดหรือป้องกันความผิดพลาดในการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน หลักสำคัญของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเป็นแนวคิดแบบบูรณาการโดยใช้ร่วมกับแนวคิด QA/QI หรือการใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพที่หลากหลายผสมผสานกัน เช่น การทบทวนทางเวชระเบียน (Utilization review) การบริหารความเสี่ยง (Risk management) การวางแผนยุทธศาสตร์ (Strategic management) การสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานข้อมูล (Evidence-based practice guideline) การระดมสมอง (Brain storming) ความเห็นร่วม(Consensus) แนวคิดการจัดการทางการพยาบาล (Nursing management) เป็นต้น (Gillies, 1994 ; อาริยา สัพพะเลขา และคณะ, 2540 ; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อิศรวิเศษ, 2540 ; กองการพยาบาล, 2542 ; อนุวัฒน์ สุภชุติกุล, 2543 ; กองการพยาบาล, 2544 ; จิตรศิริ ชันเงิน, 2547 ; Wold, 2004) ตัวอย่างเช่น

การนำมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของกองการพยาบาล (2542) เป็นเครื่องมือในการสร้างเกณฑ์มาตรฐานของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานการพยาบาล เป็นพื้นฐานในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั้งด้านการบริหารการพยาบาล ด้านวิธีการปฏิบัติ และผลลัพธ์ของการบริการพยาบาล ซึ่งกรอบแนวคิดสำคัญของการดำเนินการ คือ 1) ให้ยึดผู้รับบริการและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของบริการพยาบาล โดยมีความตระหนักว่าผู้ป่วยผู้ใช้บริการ และประชาชนทั่วไปมีสิทธิที่จะคาดหวังในการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามที่ตนต้องการ 2) ความเป็นพลวัตและความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และการสะท้อนกลับ (Feed back) ตามแนวคิดเชิงระบบ (System theory) โดยมีความเชื่อว่าคุณภาพการพยาบาลเป็นผลลัพธ์ของการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) เป็นแนวทางในการปฏิบัติรวมทั้งการติดตามประเมินผลและเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ 3) ภาวะผู้นำและ ความสามารถในการ

การจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต่าง ๆ มีความสำคัญต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ

4) พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการที่มีคุณภาพสูงสุดและมีการประกันคุณภาพ การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ จึงต้องมีวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมให้ทุกหน่วยงานบริการพยาบาล ดำเนินการตามมาตรฐานนี้ และ 5) การพัฒนาหรือการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ต้อง เป็นไปตามข้อเท็จจริงซึ่งมีการเก็บรวบรวมโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ไม่ใช่การปรับปรุง ตามโอกาส

โดยกองการพยาบาลได้กำหนดว่าเกณฑ์ของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการ พยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาล นั้นประกอบด้วย

1) มีแผนแม่บทในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาล เพื่อ ตอบสนองวิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร

2) มีแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพของกลุ่มงานการพยาบาลและหน่วยบริการใน ความรับผิดชอบสอดคล้องกับแผนแม่บท โดย (1) กำหนดมิติของคุณภาพการพยาบาลและ/ หรือเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังทั้งในภาพรวมของกลุ่มงานการพยาบาลและใน แต่ละหน่วยบริการ (2) กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ของทีมบริหารทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับทั้งในประเด็นความรับผิดชอบของแต่ละคนและความ รับผิดชอบร่วมกัน (3) กำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังคุณภาพ และประสิทธิภาพการพยาบาลตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล วิธีการประเมินผลการ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล วิธีการรายงานผลการดำเนินการพัฒนาและการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ

3) ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลทุกระดับ ติดตามสนับสนุน ช่วยเหลือให้คำแนะนำ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลของหน่วยบริการในความรับผิดชอบให้มีการดำเนินการพัฒนาเพื่อ ประกันคุณภาพการพยาบาลของหน่วยบริการอย่างสม่ำเสมอ โดยให้การสนับสนุนในเรื่องต่อไปนี้ คือ (1) จัดให้มีกิจกรรมการประเมินตนเองเพื่อประเมินสถานการณ์ทางการแพทย์พยาบาลของหน่วยงาน ครอบคลุมการวิเคราะห์ระบบงานบริการ วิเคราะห์ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ หรือบุคคล / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาลตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการ พยาบาลของหน่วยงาน ทบทวนหาข้อบกพร่องของกระบวนการดูแล / การให้บริการของหน่วยงาน โดยการติดตามผลการนำมาตรฐานการพยาบาล / มาตรฐานวิธีปฏิบัติไปใช้ (2) กำหนดกิจกรรม หรือ โครงการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาล และประเมินผลสำเร็จของกิจกรรมหรือโครงการ โดยจัดให้มีการรายงานผลการพัฒนาให้กับกลุ่มงานการพยาบาล

4) วิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลเพื่อประเมินสถานการณ์ทางการแพทย์พยาบาลและ ติดตามเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลเพื่อมุ่งรักษาคุณภาพบริการพยาบาล และการ พัฒนาคุณภาพของหน่วยงานในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจากข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่

ผลการวิเคราะห์ทบทวนคุณภาพการพยาบาลของแต่ละหน่วยบริการ ผลลัพธ์เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาล และแต่ละหน่วยบริการ เช่น อุบัติการณ์ / ความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และ ภาพพจน์ของวิชาชีพโดยไม่ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ ผลการทบทวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการและญาติ

5) กำหนดวิธีปฏิบัติในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล หรือ ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับแต่ละหน่วยบริการรวมทั้งผู้ใช้บริการบนพื้นฐานข้อมูลที่ต้องเชื่อถือได้

6) ปรับปรุง / พัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามแนวทางแก้ไขที่กำหนด รวมทั้งร่วมกับทีมงานสาขาวิชาชีพอื่นในการประเมินผลการปฏิบัติการทางคลินิก หรือการบริการพยาบาล

7) ประเมินผลการดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และนำข้อสรุปมาเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนหรือกำหนดมาตรการหรือมาตรฐานวิธีปฏิบัติงาน

8) สรุปรายงานผลการดำเนินการพัฒนาประเด็นข้อบกพร่องของระบบ หรือกระบวนการที่ต้องการพัฒนาต่อเนื่อง และความร่วมมือในการพัฒนา รวมทั้งวิธีแก้ไขและมาตรการที่ต้องดำเนินการแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนเกณฑ์มาตรฐานของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานบริการพยาบาล ประกอบด้วย

1) หัวหน้าหน่วยงานสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิเคราะห์ประเมิน และปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2) มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและติดตามผลการดำเนินการ โดยเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับ วิเคราะห์ระบบงานบริการพยาบาล วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย และผู้ใช้บริการหรือบุคคล / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามเฝ้าระวังคุณภาพการพยาบาลตามเกณฑ์ชี้วัด ทบทวนหาข้อบกพร่องของกระบวนการดูแล / ให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง กำหนดกิจกรรมหรือโครงการปรับปรุง / พัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้ผลการเฝ้าระวัง การวิเคราะห์ข้อมูลของกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพ

3) มีการประเมินผลสำเร็จของกิจกรรมหรือโครงการปรับปรุง / พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

4) กำหนดมาตรการหรือมาตรฐานวิธีปฏิบัติงานจากผลการประเมินกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพ

5) เฝ้าระวังติดตามการปฏิบัติงานตามมาตรการหรือมาตรฐานวิธีปฏิบัติเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

จิตรศิริ ชันเงิน (2547) ได้นำระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มาใช้ในการพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมและเชื่อในความรู้ประสบการณ์และ

ศักยภาพของคนในการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาของกลุ่มหรือองค์กรตนเองตามข้อเท็จจริง โดยประยุกต์กระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988 ; 2000) ที่ประกอบด้วย การสะท้อนคิด การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกตประเมินผลเพื่อนำไปสู่การสะท้อนคิดในวงจรใหม่ ผลการศึกษา พบว่า แนวทางในการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลที่ใช้ศึกษาที่สำคัญมี 2 วิธี คือ

1) กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ สร้างเวทีในการสะท้อนคิด (Reflection) และ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Dialogue) และ แสวงหากลุ่มที่มีความมุ่งมั่น (กลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน)

2) กระบวนการทำงานร่วมกัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผนตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และ ร่วมประเมินผล / สังเกตการณ์

สรุปได้ว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง กระบวนการดำเนินงานหรือวิธีการในการสร้างมาตรฐานของการปฏิบัติกรพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และการให้การดูแล ให้ถึงระดับที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่จะสามารถทำให้การบริการพยาบาลไปสู่เป้าหมายนั้น (Hughes, 1987 cite in Gillies, 1994) ร่วมกับนำแนวคิด เครื่องมือ หรือ วิธีการพัฒนาคุณภาพ มาใช้ในการดำเนินการอย่างเป็นระบบทั้งในด้านการบริหารและด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีการปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลหรือการยกระดับของคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพในระดับองค์กร (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2 543) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล พบว่า ปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับองค์กร มีดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยด้านผู้บริหาร ผู้บริหารที่จะนำองค์กร ไปสู่ความสำเร็จ คือ ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำสูง นำด้วยการทำเป็นแบบอย่าง กล่าวที่จะตัดสินใจสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น และส่งเสริมให้มีผู้นำในองค์กรเพิ่มมากขึ้น งานวิจัยของ William (1998) พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลที่เป็นแบบอย่างที่ดีเป็นปัจจัยส่งเสริมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล Langemo, Anderson and Volden (2002) ได้ศึกษาตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของคุณภาพการพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อผู้ตรวจการที่เป็นทั้งผู้จัดการและผู้นำที่ดี จะก่อให้เกิดความสำเร็จในการทำงานของทีม และผู้บริหารต้องมีการรับฟังความคิดเห็นและตอบสนองต่อผู้ปฏิบัติงาน นิภาพร ลครวงศ์ (2547) พบว่า ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำองค์กรมีอิทธิพลต่อ

คุณภาพบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม สนอง สืบสายอ่อน และพยอม อยู่สวัสดิ์ (2547) พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นและการสร้างขวัญกำลังใจของผู้บริหารระดับสูง โดยเฉพาะผู้อำนวยการ 2) ภาวะผู้นำของหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่มีลักษณะเอาจริงและมีจุดยืนเป็นของตัวเอง ความรู้กว้าง ทัศนคติกว้าง ฉลาดทันคน รู้ที่จะพูดและรู้ที่จะหยุดพูด เก่งคิด สรุปรวบยอด มองคนออก ให้โอกาสทำงาน สามารถดึงคนมาใช้งานได้ถูกต้องและสนับสนุนด้วยกลยุทธ์ที่แหวกแนวและรวดเร็ว

3.2 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร วัฒนธรรมองค์กรที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพได้สำเร็จ ได้แก่ การทำงานเป็นทีม การมีความตื่นตัวและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การใช้ความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล และการเปิดโอกาสให้ทีมงานระดับล่างได้มีส่วนตัดสินใจ สนอง สืบสายอ่อน และ พยอม อยู่สวัสดิ์ (2547) พบว่า การดำเนินการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ การทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม โดยการใช้วิธีการฝึกระดมสมอง การค้นหาและแก้ไขปัญหาร่วมกัน และการทำงานเป็นทีม หรือมีทีมที่มีประสิทธิภาพเป็นผู้มีความรู้และความมั่นใจ เห็นความสำคัญของ HA เห็นการเปลี่ยนแปลงแล้วรู้สึกมีความสุข รวมทั้งความร่วมมือร่วมใจของทีม ความเสียสละและความรับผิดชอบสูง William (1998) พบว่า วัฒนธรรมองค์กรที่เป็นอุปสรรคต่อคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ การขาดการประสานงานในระหว่างผู้บริหารจัดการกับทีมการพยาบาล

3.3 ปัจจัยด้านทรัพยากร ทรัพยากรที่เพียงพอเหมาะสมเป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับการกำหนดระดับของบริการและบริการที่มีคุณภาพ การพิจารณาเรื่องทรัพยากรจำเป็นต้องให้มีความสมดุลระหว่างความจำเป็นที่ต้องมี กับการใช้ความขาดแคลนทรัพยากรเป็นข้ออ้างที่จะไม่พัฒนาทรัพยากรที่สำคัญที่สุดขององค์กร คือ การลงทุนพัฒนาคน เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเพราะทำให้ทรัพยากรบุคคลมีคุณค่าเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แทนที่จะเสื่อมไปตามระยะเวลาเหมือนทรัพยากรประเภทอื่น ๆ ไชแสง โทธิโกสม และ คณะ (2545) พบว่า ผู้บริหารพยาบาลพบอุปสรรคของการปฏิบัติการดำเนินการรับรองคุณภาพในด้านทรัพยากร เช่น การไม่พัฒนาตนเองของบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ ส่วน Langemo, et al. (2002) พบว่า ตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของคุณภาพการพยาบาล คือ การมีบุคลากรเพียงพอเป็นข้อบ่งชี้ความพึงพอใจของพยาบาลและชี้วัดความสำเร็จของงาน

3.4 ปัจจัยด้านโครงสร้าง โครงสร้างองค์กรโดยทั่วไปจะเน้นสายการบังคับบัญชาในแนวดิ่ง ในขณะที่การพัฒนาคุณภาพที่เน้นกระบวนการและผู้ป่วยนั้นต้องอาศัยการประสานงานในแนวราบมากกว่า ภาณุมาศ ไกรสัย (2545) พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าโครงสร้างองค์การพยาบาลนั้นควรมีช่วงของการบังคับบัญชาชัดเจน และช่วงของการบังคับบัญชาต้องสั้น และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ เป็นแบบสายการบังคับบัญชาที่แบนราบที่สุด ส่วน ปรีดา

ทัศนประคิษฐ์ และ คณะ (2544, อ้างถึงใน ภาณุมาศ ไกรสัย, 2545) พบว่า รูปแบบการจัดสร้าง องค์การของโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นแบบการบริหารแนวราบ และมีการปรับรูปแบบการบริหาร อยู่ตลอดเวลา

3.5. ปัจจัยด้านความรู้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องศึกษาให้เข้าใจหลักการ และ ปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังแนวคิดวิธีการหรือทฤษฎีแต่ละอย่าง นำหลักการร่วมสู่การปฏิบัติอย่าง เป็นหนึ่งเดียวกันโดยการเชื่อมโยงอย่างกลมกลืน ไขแสง โพธิโกสม และคณะ (2545) พบว่า มี อุปสรรคในด้านการขาดแนวคิดด้านการรับรองคุณภาพ และบุคลากรมีความรู้ดีกว่าเรื่องการพัฒนา คุณภาพเป็นเรื่องยาก สนอง สืบสายอ่อน และพยอม อยู่สวัสดิ์ (2547) พบว่า การศึกษาแนวคิด การพัฒนาและรับรองคุณภาพให้เข้าใจก่อนถ่ายทอดให้บุคลากรในหน่วยงานให้รับทราบและนำสู่ การปฏิบัติก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

3.6 ปัจจัยด้านเจตคติ เจตคติมีความสัมพันธ์กับวิถีคิด การแสวงหาความรู้ และ การนำ ความรู้ที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติ เจตคติที่จะส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ความเข้าใจว่า กระบวนการเรียนรู้ที่แท้จริงนั้นเกิดจากการทำงานร่วมกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับพฤติกรรมใน การทำงานร่วมกัน เกื้อกูล สันติตรานนท์ และ คณะ (2547) พบว่า การเตรียมความรู้ความเข้าใจ ของผู้นำการพยาบาลและผู้นำการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในการพัฒนาคุณภาพการ พยาบาลสูงใจที่จะปฏิบัติเกิดความเชื่อมั่น ที่สอดคล้องกับแจ่มจิต เทพนามวงศ์ และคณะ (2541, อ้างถึงใน เกื้อกูล สันติตรานนท์, 2547) พบว่า ความรู้ ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ ปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาล ส่วนนารีรัตน์ รุ่งงาม (2542) พบว่า การได้รับข้อมูลป้อนกลับด้านคุณภาพบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพบริการตามการ รับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล

3.7 ปัจจัยด้านการปฏิบัติ การส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อไม่ต้องกลัวทำ ผิดไม่ติดรูปแบบ หาวีธีการที่ใช้ศักยภาพของทุกคนได้ตลอดเวลา ใส่จิตวิญญาณของความมุ่งมั่น และรับผิดชอบที่จะทำงานอย่างมีคุณภาพ เปิดกว้าง ขอมรับ ให้เกียรติกันและกัน Dunbam-Taylor (2000, อ้างถึงใน สนอง สืบสายอ่อน และ พยอม อยู่สวัสดิ์, 2547) พบว่า ผู้นำต้องรู้จักดึง ศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ตามออกมาใช้ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ได้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานมี ส่วนร่วมในการทำงานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์การ ทำให้ผู้ตามมีพลังกายและใจพร้อมที่ จะสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ได้ตลอดเวลา

3.8 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครอง นโยบายจากรัฐบาลหรือ กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งระบบบริการ สุขภาพ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านแนวคิดและรูปแบบของการบริการ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่งผลกระทบต่อองค์การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งต้องมีการปรับตัวเพื่อ

ยอมรับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพเข้ามาดำเนินการ ไขแสง โปธิโกสม และ คณะ (2545) พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลมีแนวความคิดและการปฏิบัติในการพัฒนาคนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงและมีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่วนการพัฒนาตนเองใช้วิธีการ เช่น 1) อ่านหนังสือ ตำรา พูดคุยกับผู้เข้าร่วมการประชุมสัมมนา พูดคุยกับบุคลากรของโรงพยาบาลใกล้เคียง 2) เข้ารับการอบรม/สัมมนา 3) ทำกิจกรรมหาประสบการณ์ด้วยตนเอง เช่น ทำกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานอื่น และ 4) ศึกษาดูงานโดยตรง เป็นต้น ส่วนรวีวรรณ อัจฉาศัย (2545) พบว่า การใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารการพยาบาล ในด้านกรมีส่วนร่วมและมีส่วนเกี่ยวข้อง การให้การศึกษาและการติดต่อสื่อสาร การอำนวยความสะดวกและการสนับสนุน การเจรจาต่อรองและการตกลงเห็นด้วย การจัดกระทำและการร่วมมือ และการใช้อำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล พบว่า ได้มีการศึกษา ดังต่อไปนี้

อาริยา สัพพะเลข และคณะ (2540) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสุโขทัย โดยใช้นโยบายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผสมผสานกับแนวคิดการพัฒนาบริการแนวใหม่ ผลการศึกษา พบว่า 1) เกิดผลลัพธ์ในทางบวกกับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ แบบแผนการทำงานของเจ้าหน้าที่เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างชัดเจนทั้งในระดับบริหาร ระดับหัวหน้างาน/หัวหน้าหอและระดับปฏิบัติการ ระดับบริหารมีการบริหารเน้นการมีส่วนร่วมในการบริหารมากขึ้น ผู้บริหารระดับสูงมีบทบาทการทำงานในฐานะ Facilitator เป็นผู้ชี้แนะ ให้กำลังใจและจูงใจให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการบริหารและการบริการ รวมทั้งคอยเป็นที่ปรึกษา ระดับปฏิบัติการทุกคนทุกสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเกิดความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานดีขึ้น บุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาลได้นำทักษะการมีส่วนร่วม ไปประยุกต์ใช้ในการบริการพยาบาลกับประชาชนผู้มาใช้บริการ เช่น การนำชุมชนมาร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล โดยให้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง และสนับสนุนด้านงบประมาณ

เพ็ญจันทร์ ส. โมโนยพงศ์ และคณะ (2541) ได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารการพยาบาลในประเทศไทยต่อมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลมีความคิดเห็นต่อมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาลทุก

ข้อความมาตรฐานและทุกเกณฑ์ว่า มีความเหมาะสมระดับสูงที่จะเป็นมาตรฐานการพยาบาลระดับชาติ ยกเว้นมาตรฐานเรื่องความสามารถในการวิจัย ผู้บริหารการพยาบาลมีความเห็นว่า มีความเหมาะสมระดับปานกลาง

รุ่งนภา ขางเอน (2542) ศึกษาโดยการเปรียบเทียบคุณภาพบริการ โรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลที่ใช้และไม่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยในมีความแตกต่างกันโดยรวมและรายด้านทุกด้าน และโรงพยาบาลที่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการ โรงพยาบาลของผู้ป่วยในสูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ใช้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม

สุลัดดา พงศ์รัตนามาน (2542) ได้ทำการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีการนำแนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของเดมมิง (Deming' s 14 management principles) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นอย่างจริงจังที่จะพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ และยกระดับมาตรฐานบริการให้สูงขึ้น เนื่องจากในยุคแห่งเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลง และมีการแข่งขันกันสูงมากในเรื่องของคุณภาพการบริการ ทั้งนี้เพื่อความคงอยู่ขององค์กร และการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องอาศัยคุณลักษณะภาวะผู้นำผสมผสานระหว่างผู้นำการเปลี่ยนแปลง และภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน

นารีรัตน์ รูปงาม (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจ การได้รับข้อมูลป้อนกลับด้านคุณภาพบริการ การให้รางวัล และวัฒนธรรมคุณภาพบริการ กับคุณภาพบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐที่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การได้รับข้อมูลป้อนกลับด้านคุณภาพบริการ วัฒนธรรมคุณภาพบริการ และคุณภาพบริการ อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านการให้รางวัลอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ตัวแปรที่ร่วมทำนายคุณภาพบริการตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ วัฒนธรรมคุณภาพบริการ การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านผลกระทบ และการได้รับข้อมูลป้อนกลับด้านคุณภาพบริการ

ภูศล ญาณะจारी (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศการให้บริการในองค์กรกับการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลของผู้ประกันตน โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปร ที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ บรรยากาศการให้บริการในองค์กร ประสิทธิภาพการให้บริการ และการรับฟังจากสื่อภายนอก

ไชแสง โทธิโกสม และทัศนีย์ นะแส (2545) ได้ศึกษาแนวความคิดและการปฏิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาคน คน และระบบงานเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา ผลการวิจัย พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลใช้แนวคิดการเรียนรู้ที่หลากหลายสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ 4 แบบ คือ การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้โดยบังเอิญ การเรียนรู้จากกลุ่ม และการเรียนรู้ที่จัด โดยสถาบันการศึกษา และดำเนินการอย่างมีความสอดคล้องกับกระบวนการจัดประสบการณ์ คือ สร้างความพร้อมที่จะรับประสบการณ์ ให้แรงจูงใจในการเรียนรู้ จัดระบบและความหมายในการเรียนรู้ ลงมือกระทำหรือมีกิจกรรมเสริมแรงการเรียนรู้ เชื่อมโยงการเรียนรู้เข้าสู่สถานการณ์ใหม่

โสภิตา ชันแก้ว (2546) ศึกษาระดับคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชน ภาคเหนือตอนบน พบว่า คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ อยู่ในระดับสูง และพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และถิ่นที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 .01 และ .05 โดยผู้ให้บริการที่มีอายุมากกว่ามีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ให้บริการที่มีอายุน้อย ผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาต่ำมีการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ให้บริการที่มีระดับการศึกษาสูง และผู้ให้บริการที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาล / สุขาภิบาล มีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าผู้ให้บริการที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาล / สุขาภิบาล

สนอง สืบสายอ่อน และพยอม อยู่สวัสดิ์ (2547) ได้ศึกษาประสบการณ์ภาวะผู้นำของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของภาวะผู้นำ 4 ลักษณะ คือ 1) เป็นพรสวรรค์และสิ่งที่สั่งสมมา 2) การนำพาให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม 3) การสนับสนุนช่วยเหลือทีมงานสู่ความสำเร็จ และ 4) เป็นแบบอย่างด้านความคิดและพฤติกรรม มีการแสดงภาวะผู้นำที่สามารถสร้างความศรัทธาเชื่อถือและยอมรับ การเสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างขวัญกำลังใจ และ เคารพในศักดิ์ศรี ส่วนการดำเนินการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ 1) ศึกษาแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพให้เข้าใจก่อนถ่ายทอดสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ 2) สื่อสารต่อผู้ปฏิบัติ และสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ใช้วิธีการหลายวิธีขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความเหมาะสม เช่น การพูดให้เห็นความสำคัญของการพัฒนา พูดจากเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย พูดบ่อย ๆ ทุกที่ที่มีโอกาสถ่ายทอดเป็นลูกโซ่และรับฟังข้อมูลป้อนกลับ เป็นต้น 3) ทำให้ได้ใจในการพัฒนาคุณภาพให้ประสบผลสำเร็จ ผู้นำต้องมีความมุ่งมั่นในการทำงาน ไม่ทอดทิ้ง ทุมเททั้งกายและใจ อดทนและเสียดสี ให้ความรักและความจริงใจ อยู่ร่วมกันอย่างพี่น้อง 4) ให้ทุกคนมีส่วนร่วม เช่น การฝึกระดมสมอง การค้นหา และแก้ไขปัญหาร่วมกัน และ การทำงานเป็นทีม 5) กระตุ้นให้เกิดการพัฒนา โดยการสร้างความภาคภูมิใจและความมั่นใจให้ลูกน้อง ให้คิดเองทำเองไม่สั่งการ ยอมรับ

ความผิดพลาดเพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชามีความมั่นใจ ใช้กลุ่มช่วยคิด และการติดตามประเมินผลอย่าง ต่อเนื่อง ส่วนด้านปัจจัยที่สนับสนุนให้หัวหน้าหอผู้ป่วยดำเนินการจนประสบผลสำเร็จ ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นและการสร้างขวัญกำลังใจของผู้บริหารระดับสูงในองค์กร โดยเฉพาะผู้อำนวยการ 2) ภาวะผู้นำของหัวหน้ากลุ่มงาน 3) ทีมงานที่มีประสิทธิภาพ 4) สิ่งกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ได้แก่ ทีมเยี่ยมสำรวจภายในและภายนอกองค์กร 5) วัฒนธรรมองค์กรและท้องถิ่น และ 6) การ สนับสนุนจากครอบครัว

William (1998) ได้ศึกษาคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้นำทางการพยาบาล พบว่า ผู้นำทางการพยาบาลให้ความหมายของคุณภาพการพยาบาล 4 ลักษณะ คือ 1) การดูแลที่มี ประสิทธิภาพตรงตามความต้องการที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ (Meeting patients' needs to accomplish expected outcomes) 2) เป็นการดูแลที่จัดให้ตามลักษณะของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้อย่าง เหมาะสม (Providing individual patient-oriented care) 3) การให้การดูแลด้วยความรู้ ความสามารถและทักษะทางวิชาชีพที่เชี่ยวชาญ (Delivering care with clinical competence and expertise) 4) มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Providing knowledge to patients)

Langemo, et al (2002) ได้ศึกษาตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของคุณภาพการพยาบาล พบว่า ตัว บ่งชี้ประสิทธิผลของคุณภาพการพยาบาล ในด้านความพึงพอใจของพยาบาลที่สำคัญ 5 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) การทำงานกับพยาบาลที่มีความชำนาญ 2) มีผู้ตรวจการที่เป็นทั้งผู้จัดการและผู้นำที่ดี 3) การมีบุคลากรในการทำงานอย่างเพียงพอ 4) มีทีมที่ปรึกษาที่ช่วยสนับสนุนการทำงาน 5) มี โปรแกรมการอบรมและปฐมนิเทศที่ดีสำหรับผู้ที่เข้าทำงานใหม่

5. แนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital)

5.1 ประวัติความเป็นมาของแนวคิดการดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติมีการพัฒนาแนวคิดมาจากการ ประชุมระดับนานาชาติขององค์การอนามัยโลกเรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรก พ.ศ. 2529 (ค.ศ. 1986) ณ ประเทศแคนาดา ซึ่งได้มีคำประกาศกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพขึ้น โดยให้คำนิยามของการส่งเสริมสุขภาพว่า “กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะ ให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพตนเองเป็นผลให้ผู้นั้นมี สุขภาพดีขึ้น รวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพที่ดี” ต่อมาใน ปี พ.ศ. 2531 (ค.ศ. 1988) ได้มีการประชุมถึงเรื่องแนวคิด ขอบเขตและกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ โรงพยาบาลเป็นฐาน ณ กรุงโคเปนเฮเกน คำว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจึงเกิดขึ้นและมีการ ส่งเสริมอย่างต่อเนื่องด้วยเหตุผลว่าการรักษาโรคซึ่งเป็นแนวทางหลักของการดำเนินการใน โรงพยาบาลไม่สามารถบรรลุถึงความมีสุขภาพดีของประชาชนได้อย่างแท้จริง เนื่องจากการมี

สุขภาพดี(Good health) ไม่สามารถใช้การรักษาเป็นพื้นฐานในการให้บริการเพียงอย่างเดียว ดังนั้นในปี พ.ศ. 2532 โครงการนำร่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจึงเกิดขึ้นที่กรุงเวียนนา ภายใต้ชื่อ “Health and Hospital” ซึ่งเป็นโครงการทดลองให้มีการปรับเปลี่ยนการให้บริการทางสุขภาพของโรงพยาบาล โดยการนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมาเป็นแนวทางหลักในการดำเนินงาน เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพเนื่องจากมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก เมื่อมีการปรับบทบาทของโรงพยาบาลให้เป็นแหล่งเรียนรู้และแหล่งสร้างสุขภาพให้แก่สังคมจึงเป็นแนวคิดที่จะสร้างคุณประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมหาศาลและเป็นแนวทางที่ให้ผลอย่างยั่งยืน (นันทา อ่วมกุล และเพชรรัตน์ ศิริวงศ์, 2543 ; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545 ; มูนา วงศาโรจน์, 2545)

ในปี พ.ศ. 2534 (ค.ศ. 1991) ได้ประกาศแถลงการณ์ บูคาเปสต์ เรื่องแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนำเสนอด้านแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พร้อมกับกระจายแนวคิดสู่ประเทศออสเตรเลียและแคนาดา ในปี พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) ประสบผลสำเร็จในการปรับระบบบริการของโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้มีการจัดตั้งสำนักงานเพื่อการประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในระดับภาคพื้นยุโรป ในปี พ.ศ. 2540 (ค.ศ. 1997) ในที่ประชุม ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้มีการยอมรับข้อเสนอของเวียนนาในการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (The Vienna recommendations on health promoting hospital)

สรุปได้ว่าแนวคิดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาเป็นลำดับจากกระบวนการดำเนินงานของโรงพยาบาลนำร่องและจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการประชุมวิชาการระหว่างประเทศในเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพถึง 9 ครั้ง ดังนี้ (อ้างใน มูนา วงศาโรจน์, 2545)

ครั้งที่ 1 จัดขึ้นที่เมืองวอซอร์ (Warsaw) พ.ศ. 2536 เน้นการก่อตั้งโครงสร้างและเครือข่ายใหม่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของยุโรป การนำเสนอผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลนำร่องและโรงพยาบาลปลอดภัย

ครั้งที่ 2 จัดขึ้นที่เมืองปัวดา (Puada) พ.ศ. 2537 หัวข้อการพัฒนาองค์กรแห่งสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาของชุมชน การพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล และโครงการอาหารเพื่อสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน

ครั้งที่ 3 จัดขึ้นที่เมืองลินโคปิง (Linkoping) พ.ศ. 2538 เน้นเรื่องการประเมินการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้นนั้นเป็นเครื่องมือสำคัญต่อการบริหารจัดการของโรงพยาบาล และการกำหนดนโยบายทางสุขภาพของโรงพยาบาลร่วมกับการสร้างเครือข่ายทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

ครั้งที่ 4 จัดขึ้นที่เมืองลอนดอนเคอรี (Londondery) พ.ศ. 2539 เน้นเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ด้านวิสัยทัศน์ของการพัฒนาในยุคสมัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสาธารณสุข

ครั้งที่ 5 จัดขึ้นที่กรุงเวียนนา (Vienna) ประเทศออสเตรีย พ.ศ. 2540 เน้นเรื่องการสร้างเครือข่าย เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมีมาตรฐานและเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนของโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ครั้งที่ 6 จัดขึ้นที่เมืองดาร์มสตัด (Darmstadt) ประเทศเยอรมัน พ.ศ. 2541 เน้นให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นสถานที่ทำงานที่ปลอดภัย เป็นศูนย์บริการทางสุขภาพที่เป็นเลิศ และหุ้นส่วนในการบริการแบบผสมผสาน นับเป็นครั้งแรกที่มีตัวแทนจากประเทศในแถบเอเชียเข้าร่วมประชุมด้วย เช่น ประเทศสิงคโปร์ อินเดีย อินโดนีเซีย และประเทศไทย โดยตัวแทนจากกรมอนามัยและโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ครั้งที่ 7 จัดขึ้นที่เมืองสวอนซี ประเทศอังกฤษ พ.ศ. 2542 มีการบรรยายทางวิชาการและการนำเสนอผลงานการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จและน่าสนใจจากการนำ 2 หลักการดำเนินงาน คือ การพัฒนาคุณภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ นำมาผสมผสานกันในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจและความพึงพอใจในระดับสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเพิ่มประสิทธิผลสูงสุดในการบริการสุขภาพแก่ผู้มารับบริการ มีการนำเสนอแนวคิด European Foundation for Quality Management (EFQM) ซึ่งเป็นรูปแบบขององค์กรที่เป็นเลิศในบริการทางสุขภาพ เพื่อการตอบสนองกระแสขององค์กรทางธุรกิจในเรื่องคุณภาพ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และคุณภาพการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการนำวิธีการพัฒนาคุณภาพ เช่น TQM/CQI การใช้ข้อมูลพื้นฐาน (Evidence-based) การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ นโยบายยา ตัวชี้วัดคุณภาพ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ระบบคุณภาพ ISO 9000 การควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจะต้องช่วยเหลือกันและกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายสูงสุด คือ การมีสุขภาพดีของผู้มารับบริการและของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีการประเมินผลตนเอง ความปลอดภัยในการทำงาน ระบบจริยธรรมทางวิชาชีพและการสร้างทีมสหวิชาชีพเพื่อประสานงานให้เกิดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ครบวงจร ในช่วงนั้นทั่วโลกได้ให้ความสำคัญและมุ่งมั่นที่จะพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพด้วยการเรียนรู้ประสบการณ์และผลการดำเนินงานและการสะท้อนกลับผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน เพื่อการพัฒนาแบบองค์รวมไม่แยกส่วนในการพัฒนา มีการใช้กลยุทธ์การสร้างภาคี เพื่อความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ทั้งระดับบริหาร นักวิชาการ และระดับปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาบริการสุขภาพไปสู่เป้าประสงค์ นั่นคือ การมีสุขภาพดีของประชาชน

ครั้งที่ 8 จัดขึ้นที่เมืองเอเธน (Athens) ประเทศกรีซ พ.ศ. 2543 หัวข้อ The Health promoting hospital in the 21 century เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลกับชุมชนและสร้างสรรค์องค์กรทางด้านสุขภาพ

ครั้งที่ 9 จัดขึ้นที่กรุงโคเปนเฮเกน (Copenhagen) ประเทศเดนมาร์ก พ.ศ. 2544 เน้นเรื่องปัญหาสุขภาพและบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในภาคพื้นยุโรป นโยบายสุขภาพระดับชาติที่ให้ความสำคัญกับกลยุทธ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย บุคลากร โรงพยาบาลและชุมชน การพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นสถานที่ทำงานนำอยู่ โครงการส่งเสริมสุขภาพเน้นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในโรงพยาบาล ได้แก่ การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน หอบหืด โรคปอด และโรคจิต การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานในคลินิก และความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ

ในปัจจุบัน มีการประกาศกฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งเป็นผลจากการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 มีเนื้อหาสำคัญ ประกอบด้วย การกำหนดกิจกรรม พันธสัญญา และคำมั่นต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์ ด้วยวิธีการส่งเสริมสุขภาพ มีวัตถุประสงค์ เพื่อยืนยันนโยบายและภาคีเครือข่ายต้องเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาทั้งระดับชาติและระดับโลก ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยและความเท่าเทียมกันในด้านสุขภาพ และเพื่อสนับสนุนและกำหนดขึ้นบนพื้นฐานของค่านิยม หลักการ และกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในกฎบัตรรอดดาดา และข้อเสนอแนะจากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งต่อ ๆ มา ซึ่งได้รับการรับรองจากประเทศสมาชิกในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยมีรายละเอียดของเนื้อหาหลัก ดังนี้ (อมร นนทสุด, ชนวนทอง ธนสุกานต์ และคณะ, 2549)

กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพยุคโลกาภิวัตน์ ได้แก่ การทำให้ประชากรโลกมีสุขภาพดีขึ้น ต้องอาศัยการดำเนินการทางการเมืองที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และการขึ้นอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมสุขภาพมีมาตรการต่าง ๆ ที่ได้พิสูจน์มาแล้วว่ามีประสิทธิผลจำนวนมาก แต่สิ่งสำคัญ คือ ต้องนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่อย่างเป็นรูปธรรม

กิจกรรมที่จำเป็น ได้แก่ 1) การขึ้นำเพื่อสุขภาพโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและภราดรภาพ 2) การลงทุนเพื่อการพัฒนา นโยบายที่ยั่งยืนและเพื่อการดำเนินงานตลอดจนการจัดโครงสร้างพื้นฐานที่จะจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพ 3) การสร้างศักยภาพเพื่อการนโยบาย สร้างภาวะผู้นำ พัฒนาทักษะส่งเสริมสุขภาพ การถ่ายทอดความรู้และศึกษาวิจัยตลอดจนมีความแตกฉานด้านสุขภาพ 4) การออกระเบียบ กฎ และกฎหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองจากภัยอันตราย และมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมกัน 5) การสร้างภาคีเครือข่ายและ

พันธมิตร ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน

พันธสัญญาหลัก 4 ประการ 1) ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ระดับโลก 2) ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบหลักของรัฐบาล 3) ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญของชุมชนและประชาสังคม 4) ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นข้อกำหนดหนึ่งของการดำเนินธุรกิจที่ดี

5.2 แนวคิดหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จากบทเรียนที่ผ่านมาในยุโรป

ประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ ดังนี้ (นันทา อ่วมกุล และเพชรรัตน์ คีร์วงก์, 2543)

1) การเปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาล ได้แก่ การทำงานเป็นทีม และใช้การบริหารงานคุณภาพ มีวิสัยทัศน์ พันธกิจร่วมกัน

2) การเปลี่ยนเป้าหมายการทำงานด้านสุขภาพของโรงพยาบาล ได้แก่ รักษา “คน” ไม่ใช่รักษา “โรค” มองวิถีชีวิตมากกว่าพฤติกรรม

3) การเปลี่ยนวิธีคิด และกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาสุขภาพผู้รับบริการของโรงพยาบาล การใช้สิ่งแวดล้อมเครือข่าย มามีส่วนในการแก้ปัญหาสุขภาพ

4) การเปลี่ยนหลักการและวัฒนธรรมในการทำงานเพื่อปรับบทบาทของโรงพยาบาล ที่มีต่อผู้รับบริการ ชุมชนและต่อสังคมที่โรงพยาบาลตั้งอยู่เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีค่าใช้จ่ายน้อยลง มีแนวร่วมหรือพันธมิตรมากขึ้นทำให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น

ตัวอย่างประสบการณ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจากบูดาเปสต์ (The Budapest declaration on health promoting hospitals) มีกระบวนการในการก้าวไปสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1) การดำเนินการที่มุ่งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ให้สุขศึกษาและการให้บริการปรึกษาเพื่อปรับวิถีชีวิต การรักษาและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง การประกันคุณภาพ /สร้างมาตรฐาน/การทำงาน/การดูแลผู้ป่วย พัฒนาสถานะแวดล้อมของโรงพยาบาล กำกับดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่ ปรับอาคารสถานที่ / อุปกรณ์ภายในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีโอกาสเคลื่อนไหวร่างกายและใช้กล้ามเนื้อมัดต่าง ๆ อย่างถูกสุขลักษณะ จัดเวลาให้บริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ปรับระบบการสื่อสารของโรงพยาบาลให้รวดเร็วเหมาะสม

2) การดำเนินการที่มุ่งต่อชุมชน ได้แก่ สร้างเครือข่ายและพันธมิตรในชุมชน โครงการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน จัดให้มีการสื่อสาร โดยไม่มีช่องว่างหรือกำแพงปิดกั้น มีสิ่งแวดล้อมที่มีระบบนิเวศน์ที่ดีและส่งเสริมสุขภาพ

3) การดำเนินการที่มุ่งต่อองค์กร หรือ โรงพยาบาล ได้แก่ การพัฒนาโครงสร้างระบบบริหารและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ พัฒนาวัฒนธรรมขององค์กร การบริการที่มีคุณภาพ การพัฒนาองค์กร โดยใช้ทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วย ปรับนโยบายของโรงพยาบาลให้เป็นผลลัพธ์สูงสุดในเชิงสุขภาพ

5.3 แนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Health Promoting Hospital)

กระทรวงสาธารณสุข ได้รับแนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาดำเนินการ โดยมีนโยบายที่จะพัฒนาโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยกำหนดให้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการดำเนินการ ในปลาย ปี พ.ศ. 2541 จึงได้กำหนดแผนแม่บท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขึ้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลให้มีทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีระบบมีมาตรฐานร่วมกับการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพที่มีคุณภาพ โดยกำหนดให้มีการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน แนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย จึงมีแนวคิดต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกดิวาขององค์การอนามัยโลก (Ottawa Charter) พ.ศ. 2529 (ค.ศ. 1986) และผสมผสานกับประสบการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ โดยเนื้อหาหลักของแนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย มีรายละเอียดที่ประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้

5.3.1 ความหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ความหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ กรมอนามัย หมายถึง โรงพยาบาลที่ผู้บริหารโรงพยาบาลมีการประกาศนโยบายมุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน และจัดระบบบริหารจัดการ เพื่อปรับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ให้มีทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากขึ้นร่วมไปกับการรักษาพยาบาล และ การฟื้นฟูสภาพที่มีคุณภาพ โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบตาม แนวคิด กลยุทธ์ และองค์ประกอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การดำเนินการครอบคลุมเป้าหมายทั้งบุคลากร โรงพยาบาล/ผู้รับบริการ/ครอบครัวและชุมชนในเขตความรับผิดชอบ กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้น ชี้นำ ประสานความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพ และปรับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาล ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และ เพิ่มอัตรา ของสภาวะสุขภาพที่ดีทั้งของบุคลากร โรงพยาบาล ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน

5.3.2 กฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter)

กฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) มีสาระสำคัญที่เป็นทั้งในด้านความรู้พื้นฐานกลยุทธ์ และ กลวิธีดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ที่สามารถนำมาประยุกต์เข้ากับการดำเนินการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 ประการ ได้แก่ กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ และ กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (บวร งามศิริอุดม และสายพิน คุสมิทธิ, 2542)

1) กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

(1) Advocate หมายถึง การชี้นำสนับสนุน การรณรงค์ผลักดันสังคม ให้มีความตระหนัก และดำเนินการให้ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพสร้างผลด้านบวกต่อสุขภาพของประชาชน ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การชี้นำ ให้ความหมาย คือ การที่จะทำให้ทุกคนทุกส่วนที่เกี่ยวข้องได้เกิดความรู้ ความตระหนัก และ ร่วมดำเนินการในทางใดทางหนึ่งเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีโรงพยาบาลเป็นจุดศูนย์กลางในการดำเนินการ

(2) Enable หมายถึง กระบวนการร่วมกันระหว่างบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ในการสร้างเสริมให้เกิดปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ บุคคล / ชุมชน ได้เข้าถึงโอกาสในการรับรู้ข่าวสาร การบริการหรือกิจกรรมอื่นใด ที่จะประโยชน์ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ หรือ การปกป้องสุขภาพ เป็นการสร้างโอกาสให้กับทุกคน ทุกเพศ และทุกวัย

(3) Mediate หมายถึง การประสานความร่วมมือช่วยกันจากทุกส่วนในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมและปกป้องสุขภาพ เพราะสุขภาพดีหรือไม่ดี มีผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่นอกเหนือเกินกว่าภาคสาธารณสุขเพียงภาคเดียวจะดำเนินการได้สำเร็จ

2) กิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางกฎบัตรออตตาวา

ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก คือ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

(1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build healthy public policy) โรงพยาบาลจำเป็นจะต้องสร้างนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และบุคลากรของโรงพยาบาล และมีการปรับระบบบริการของโรงพยาบาลที่มีทิศทางที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในทุกด้าน นโยบายเหล่านี้บุคลากรโรงพยาบาลจะต้องนำไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัด และบุคลากรทุกคนจะต้องได้รับความรู้ความเข้าใจ และยอมรับนโยบายต่าง ๆ

(2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถแยกตัวออกจากสิ่งแวดล้อมได้ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพด้วย เช่น การทำงาน การเรียน การอยู่อาศัย และการพักผ่อน เป็นต้น โดยความสัมพันธ์ของกิจกรรมเหล่านี้เป็นพื้นฐานทางสังคมนิเวศวิทยาที่สามารถประยุกต์เป็นกลวิธีสร้างสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนอกจากจะต้องคำนึงถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรและผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึง

การลดผลกระทบจากโรงพยาบาลที่จะมีต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชนด้วย รวมทั้งการให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจและสังคมที่มีผลต่อสุขภาพด้วย

(3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (Strengthen community action) การส่งเสริมสุขภาพ จะต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล ทั้งในด้านการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพที่ดีกว่าเดิม โดยการเสริมสร้างอำนาจของชุมชนและสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ โดยชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

(4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) การส่งเสริมสุขภาพจะต้องสนับสนุนในเรื่องการเรียนรู้และพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อให้ทราบถึงข้อมูล เหตุผลและทางเลือก ในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้ประชาชนแต่ละวัยสามารถเรียนรู้เพื่อเตรียมตนเองให้ก้าวผ่านระยะต่าง ๆ ของชีวิต

(5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) โรงพยาบาลจะต้องทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยมีการดำเนินการในด้านการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน การปรับทิศทางการจัดระบบบริการสุขภาพที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลในฐานะองค์รวมและปัญหาของชุมชน โดยร่วมมือกับบริการด้านอื่น ๆ ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม

5.3.3 องค์ประกอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยส่วนที่สำคัญ 11 ประการ คือ (มานิต ธีระตันติกานนท์, 2542 อ้างใน มุนา วงศาโรจน์, 2547 ; นันทา อ่วมกุล และเพชรรัตน์ ศิริวงศ์, 2545)

1) มีการสร้างนโยบายสาธารณะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting hospital policy) ต้องเริ่มต้นจากการปรับแนวคิดของผู้บริหารโรงพยาบาลก่อนรวมทั้งคณะกรรมการทุกคนต้องเห็นชอบ และมีการถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพราะการดำเนินงานจะต่อเนื่องและยั่งยืนได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุก ๆ ส่วนในโรงพยาบาล

2) มีการจัดทำแผนงานและการบริหารจัดการ (Health promoting planning and management) โรงพยาบาลต้องมีการจัดทำแผนงานที่แสดงถึงกิจกรรมที่ทำด้านส่งเสริมสุขภาพ งบประมาณที่จะสนับสนุน รวมถึงการกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรมหรือมีส่วนในกิจกรรมให้ชัดเจน

3) มีการจัดให้มีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย รวมทั้งผู้มาเฝ้าผู้ป่วย (Patients relative and friends) โรงพยาบาลจะต้องมีการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย รวมทั้งผู้มาเฝ้าผู้ป่วยหรือมาเยี่ยมผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ทุกคนเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย

4) มีการจัดให้มีกิจกรรมและบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร (Staff) โรงพยาบาลจะต้องมีการบริหารจัดการที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพกาย จิต และสังคมของบุคลากร ในโรงพยาบาล เพื่อทำให้เป็นองค์กรที่มีสุขภาพดี (Healthy organization) โดยการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาล เช่น มีบริการตรวจสุขภาพและการประเมินภาวะเสี่ยงรวมทั้งการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม มีบริการที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร เช่น อาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ สถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย

5) จัดสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล (Healthy environment / Healthy workplace) โรงพยาบาลมีการจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานให้ปลอดภัยและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีอุปกรณ์ และเครื่องมือในการป้องกันอันตรายจากการทำงานอย่างพอเพียง

6) การเข้าถึงโดยนำชุมชนเป็นฐาน (Community based approach) โรงพยาบาลควรจะเป็นองค์กรที่เป็นแบบอย่างให้กับชุมชนในการริเริ่มดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานกับองค์กร/ ชุมชน ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ สร้างพันธมิตรทางสุขภาพ และประสานงานกับองค์กร/ ชุมชน และหน่วยบริการอื่น ๆ ในชุมชน เช่น โรงเรียน โรงงาน สถานประกอบการ เป็นต้น ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานที่เหล่านั้น

7) การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic approach) แนวคิดของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจำเป็นที่จะต้องมีการค้นหาโรคในระยะแรก มีการป้องกันส่วนบุคคลเพื่อป้องกันอันตราย นอกจากนี้ยังต้องการมาตรการเสริมอื่น ๆ เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เป็นต้น ในกรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะในสังคมที่มีผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ หรือผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ โรงพยาบาลสามารถให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสม และพัฒนาวิถีชีวิตที่จะเผชิญกับภาวะเช่นนั้น นอกจากนี้การให้บริการให้กับผู้ป่วยควรเป็นลักษณะแบบองค์รวมโดยให้คำนึงถึงมิติอื่น ๆ ที่ไม่เฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น เช่น มีการคำนึงถึงมิติด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ควบคู่ไปด้วยเสมอซึ่งจะทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

8) สร้างให้เกิดความรู้ความเข้าใจและทักษะการส่งเสริมสุขภาพ (Empowering and enabling to target group) โรงพยาบาลจะต้องทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคลากรของโรงพยาบาลเน้นการมีสุขภาพดีและเป็นตัวอย่าง

ทางสุขภาพให้กับผู้มารับบริการ มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่ผู้มารับบริการและประชาชนทั่วไป เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา กิจกรรมสุขศึกษาอื่น ๆ เป็นต้น

9) การเชื่อมต่อกับภาคีความร่วมมือในระบบบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ (Linkage of parties involved) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน กิจกรรมต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการประสานงานกับเครือข่ายสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสนับสนุนกิจกรรมซึ่งกันและกัน

10) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement) คุณภาพของโรงพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ถูกต้องด้วยความเต็มใจ กระตือรือร้น มีความเอาใจใส่ ห่วงใย จนผู้ป่วยและญาติมีความพอใจ และประทับใจจนอยากกลับมาใช้บริการอีกหรือแนะนำคนอื่นให้มารับบริการของโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับบริการที่เท่าเทียมกันและมีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่งโรงพยาบาลควรจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการทั้งโรงพยาบาล ทั้งด้านบริการ ด้านบริหารและอื่น ๆ อย่างสม่ำเสมอ

11) สร้างกิจกรรมในเชิงนวัตกรรม (Innovative oriented) เนื่องจากการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่นอนอย่างหนึ่งอย่างใด การดำเนินงานจึงเป็นลักษณะของการพัฒนาและวิจัยควบคู่กันไป เพื่อเกิดรูปแบบหรือกิจกรรมใหม่ ๆ เพื่อดูแลสุขภาพของทุกคน ดังนั้น การแปลแนวคิดไปสู่การปฏิบัติจึงอาจมีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งจะเป็นแบบอย่างนวัตกรรมสาธารณสุขสำหรับโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ดี

5.3.4 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและแบบประเมินตนเอง

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการผสมผสานของการส่งเสริมสุขภาพเข้ากับบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลในด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องมีขั้นตอนในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนแนวทางการประเมินตนเองเพื่อทราบความก้าวหน้า ร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการไปสู่เป้าหมาย แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจะเป็นเครื่องมือที่โรงพยาบาลและผู้ประเมินหรือผู้เยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกจะทราบระดับการพัฒนาโรงพยาบาลในภาพรวมและแต่ละองค์ประกอบ โดยมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ของ กรมอนามัย เป็นการรวบรวมมาตรฐานและข้อกำหนดจากประสบการณ์ของต่างประเทศและประเทศไทย รวมถึงกลยุทธ์และกลวิธีของกฎบัตรออกตาวา (Ottawa charter) เพื่อให้หน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานและแนวทางในการประเมินตนเองเพื่อนำไปสู่การรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH) แบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

องค์ประกอบที่ 1 การนำองค์กรและการบริหาร

เป็นมาตรฐานด้านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา และนโยบาย ที่แสดงความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนงาน/แผนปฏิบัติการ ให้มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ร่วมกับมีกลไกให้บุคลากรและชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนและมีการถ่ายทอดสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอเนื่อง การสร้างทีมงานให้มีความรู้ความเข้าใจในทักษะการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ในรูปการตั้งคณะกรรมการทีมงาน แกนนำ โดยมีกลไกการดูแล กำกับและติดตามประเมินผล รวมทั้งกลไกในการเชื่อมโยงประสานความร่วมมือ มีการค้นหาปัญหาโดยกระบวนการรับฟังเสียงสะท้อนจากบุคลากรของโรงพยาบาล ผู้รับบริการ และชุมชน ด้วยรูปแบบต่าง ๆ มีการดำเนินการแก้ไข และรายงานผลต่อผู้บริหาร / คณะกรรมการ พร้อมประกาศให้สาธารณชนได้รับทราบ และควรมีวัฒนธรรมองค์กรที่เหมาะสมต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้กฎ ระเบียบ ทักษะการทำงานเป็นทีม การยอมรับผู้อื่น การสอดแทรกกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุกระบบงานประจำ บุคลากรทุกระดับเป็นแบบอย่างด้านส่งเสริมสุขภาพและมีจิตวิญญาณของการส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 2 การจัดการทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพด้วยงบประมาณเพียงพอ สำหรับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล/ผู้รับบริการ/ ครอบครัว / ญาติ และประชาชนในชุมชน มีการจัดทำแผนการใช้งบประมาณ ระบบตรวจสอบติดตามในด้านเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพเพียงพอสำหรับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในโรงพยาบาลควรคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ มีการพัฒนาบุคลากรและเทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ มีเวทีนำเสนอนวัตกรรมกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทีมงานและพัฒนาคุณภาพของงานส่งเสริมสุขภาพ ให้กับบุคลากรทุกระดับ โดยมีการรายงานผลงานความรับผิดชอบเป็นระยะ ๆ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

โครงสร้างทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมเป็นไปตามข้อกำหนด ระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อม หรือ ผ่านเกณฑ์การประเมินข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ ตามข้อกำหนดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย หรือผ่านการรับรองตามมาตรฐานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (Healthy workplace) ไม่ต่ำกว่าระดับเงิน หรือ ผ่านการรับรองคุณภาพ ISO 14000 และมีการจัดการสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น มีบรรยากาศของการต้อนรับและบริการที่เป็นมิตรกับผู้รับบริการและผู้มาติดต่อ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้จากการแสดงความคิดเห็น การสำรวจ และ มีกิจกรรมที่

สนับสนุนการมีส่วนร่วมและบรรยากาศที่ดีในการทำงาน มีการจัดสถานที่ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และพัฒนาทักษะของบุคลากร ผู้รับบริการ ครอบครัว และประชาชน มีการจัดให้มีสถานที่ ร้านค้า ที่ให้บริการสินค้าผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารสุขภาพ และไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์และอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล

มี กฎ ระเบียบ ข้อตกลง ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาล โดยสื่อสารให้บุคลากรทุกคนรับทราบ มีกลไกและมาตรการส่งเสริมให้บุคลากร ปฏิบัติตามนโยบาย กฎ ระเบียบ ข้อตกลงที่กำหนดร่วมกัน มีกิจกรรมพัฒนาเพิ่มพูนทักษะ และการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสำรวจข้อมูลความต้องการของบุคลากรด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีกระบวนการฝึกอบรม เรียนรู้ การสร้างความตระหนัก/ การสร้างแรงจูงใจในบทบาทของการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนทักษะเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพ อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง ทีมบริหารและผู้นำเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและแสดงบทบาทที่ชัดเจน มีการประเมินผลกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นและรับฟังความคิดเห็นเพื่อพัฒนา มีระบบเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อศึกษาแนวโน้มของปัญหาและ กำหนดแนวทางป้องกัน มีการจัดทำรายงานประจำปีด้านสุขภาพเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง

องค์ประกอบที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับบริการและครอบครัวที่มารับบริการในโรงพยาบาล

มีการปรับระบบบริการของโรงพยาบาล เช่น โครงสร้างการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรมีความชัดเจนและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพโดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการเก็บข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการและระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการครอบครัวและญาติในพื้นที่รับผิดชอบมีการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมโครงการ (ความครอบคลุม ค่าใช้จ่าย ผลต่อสุขภาพ) มีกระบวนการในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อจัดทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการ กลุ่มญาติ ครอบครัว กลุ่มที่มีความเสี่ยง กลุ่มที่มีสุขภาพดี เป็นต้น มีแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และ ให้บริการข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ ในการให้ความรู้ ให้บริการ ให้คำปรึกษา ตลอดจนเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

องค์ประกอบที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนในโรงพยาบาลและเครือข่าย มีกลไกรับฟังความคิดเห็นและความคาดหวังต่อการบริการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน โดยจัดให้ชุมชนได้มีสถานที่ที่เหมาะสมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน โรงพยาบาลร่วมมือกับเครือข่ายและชุมชนในการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีการพัฒนาด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น ชุมชนมีข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลสถิติและหน้าที่และข้อมูล

อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ชุมชนมีการรวมตัวกันเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ มีกลไกสนับสนุนการสร้างเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชน

องค์ประกอบที่ 7 ผลลัพธ์ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของเจ้าหน้าที่ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสิ่งแวดล้อมที่ทำงานและบ้านพัก การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การใช้อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็นในการทำงาน การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน การป้องกันอุบัติเหตุจราจร การลาป่วยลดลง ภาวะเครียดระดับปกติเพิ่มขึ้นพฤติกรรม ส่วนสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ พฤติกรรมเสี่ยง/ พฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพลดลง การป่วยซ้ำลดลง การเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเรื้อรังลดลง สภาวะสุขภาพชุมชนมีอัตราหรือสัดส่วนประชากรที่มีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ความชุกของโรคทางกายที่เป็นปัญหาของชุมชนลดลง ภาวะเครียดระดับปกติเพิ่มขึ้น

5.3.5 แนวทางการประเมินการสร้างเสริมสุขภาพ ของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) คือ (รายงานประจำปีของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2547) มีหลักสำคัญ 4 ข้อ คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (Holistic) การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมไปถึงมิติด้านจิตใจสังคม และสิ่งแวดล้อม 2) ทีมงานได้เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วย (Empowerment) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพและควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น 3) ทีมงานได้พิจารณาวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (Lifestyle) 4) มีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยรายเดียวกันและป้องกันการเจ็บป่วยทำนองนี้ในผู้ป่วยรายอื่น (Prevention)

5.3.6 แนวคิดการปรับระบบงานบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพแนวใหม่

สมหมาย หิรัญนุช (2541) ได้เสนอแนวทางการปรับระบบงานทางการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นนโยบายสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ ซึ่งมีความสอดคล้องและสามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงานการพยาบาล โดยกล่าวว่าสิ่งจำเป็นประการแรก คือ การปรับกรอบแนวคิด ทักษะคติเดิมของบุคลากรให้เป็นแนวคิดใหม่มีความเข้าใจตรงกัน เห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนระบบงานร่วมกัน โดยเริ่มตั้งแต่โครงสร้าง นโยบายการบริหารงาน ระบบการจัดการ กระบวนการปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ของการบริการ และหลักสำคัญของการปรับระบบบริการต้องดำเนินไปพร้อม ๆ กัน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของสถานการณ์จริง บุคลากรพยาบาลทุกคนทุกระดับตระหนักรู้เห็นถึงความสำคัญและมีส่วนร่วมดำเนินการทุกขั้นตอน ร่วมกันกำหนดกลวิธีดำเนินการนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยน พร้อมทั้งพยายามหาแนวทางป้องกันไม่ให้เกิดความสับสน โดยมียุทธศาสตร์ ดังนี้

1) การปรับระบบด้านการจัดการทางการพยาบาล (Nursing management) โดยการบริหารจัดการทางการพยาบาลปรับเป็นระบบงานสนับสนุน ดังนี้

(1) กลวิธีการจัดการสอดคล้องกับสถานการณ์จริงสามารถนำไปปฏิบัติได้ทุกหน่วยงานทางการพยาบาล

(2) เป็นการบริหารงานแบบ Matrix organization ที่เน้นรูปแบบการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในองค์กร มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจ มีกฎระเบียบน้อย ลำดับชั้นของสายการบังคับบัญชาสั้น และที่สำคัญต้องสามารถแสดงให้เห็นถึงผลผลิตและคุณภาพของผลงาน โดยเน้นการเกิดผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ มากกว่ากิจกรรมหรือกระบวนการปฏิบัติการพยาบาล

(3) เน้นรูปแบบการบริหารงานซึ่งส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพอนามัยดีด้วยต้นทุนต่ำ โครงสร้างการบริหารการพยาบาล ประกอบด้วยผู้แทนของบุคลากรพยาบาลครอบคลุมทุกสาขาทำหน้าที่บริหารกลุ่มงานการพยาบาล กำหนดความต้องการด้านการพัฒนาบริการพยาบาล เสริมสร้างขวัญกำลังใจและการพัฒนามูลนิธิพยาบาล ส่วนพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญสูงในแต่ละสาขาของการพยาบาลเฉพาะทาง ทำหน้าที่เป็นผู้เข้ารับผิดชอบในการจัดการ เป็นที่ปรึกษาและพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานและผลลัพธ์ที่กำหนด

2) การปรับระบบด้านการบริการพยาบาล (Nursing service) โดยเน้นนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตามกรอบแนวคิดของความต้องการพื้นฐานของผู้ใช้บริการ ดังนี้ ได้รับความสะดวก รวดเร็วในการใช้บริการ มีความพึงพอใจ ได้รับการดูแลใกล้ชิดต่อเนื่องตามความเหมาะสม ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง ได้รับการคุ้มครองตามสิทธิของผู้ป่วย ปรับตัวได้ดีกับโรคโดยอยู่ได้อย่างมีความสุข ได้รับการสนับสนุนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม พ้นหายจากความเจ็บป่วยมีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลสั้น ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายอย่างสมศักดิ์ศรี การปรับระบบด้านการบริการพยาบาล ประกอบด้วย

(1) ทุกหน่วยงานต้องทำการวิเคราะห์ คุณภาพของงาน พร้อมทั้งกำหนด มาตรฐานบริการของหน่วยงาน โดยเน้นผลลัพธ์ของการบริการที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ

(2) มีการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด โดยมีเป้าหมายที่การเร่งรัดและส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ไม่เจ็บป่วยซ้ำด้วยโรคเดิมบ่อยครั้ง มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้น หรือไม่เกิดการเจ็บป่วยบ่อย ๆ

(3) ปรับใช้วิธีการบริการเชิงรุก(Proactive) โดยเน้นให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuum care) ระหว่างสถานบริการและชุมชน และระหว่างชุมชนกับสถานบริการ เช่น จัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (Pre-hospital care) ในกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีระบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan) ในงานผู้ป่วยในทุกสาขา จัดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอนามัยให้กับประชาชนที่มาใช้บริการ โดยเทคนิคของการ

ให้ข้อมูล การถ่ายทอดความรู้วิธีต่าง ๆ ได้แก่ การบริการปรึกษา จัดนิทรรศการ แจกเอกสาร จัดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง (Self care) ในงานผู้ป่วยนอกและงานผู้ป่วยใน สร้างระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการและประชาชนกลุ่มเสี่ยง

(4) ส่งเสริมการดูแลในชุมชน (Community care) เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มการส่งเสริมให้ประชาชนที่มีภาวะถาวรเจ็บป่วยไม่รุนแรงใช้การบริการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการระดับ Primary care

3) การให้บริการเป็นทีมในลักษณะของทีมสหสาขา (Multidisciplinary team) เนื่องจากการเจ็บป่วยของประชาชนส่วนใหญ่เนื่องมาจากการพฤติกรรมอนามัยไม่ถูกต้อง ดังนั้น การแก้ไขปัญหของผู้ป่วยจึงค่อนข้างยากและซับซ้อนจำเป็นต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติงานเป็นทีม ทั้งทีมงานในวิชาชีพเดียวกันและทีมงานสหสาขาทั้งนี้เพื่อให้การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหของผู้ป่วย รวดเร็ว และครอบคลุมทั้งหมด

4) การสร้างความรับผิดชอบให้กับญาติหรือผู้รับผิดชอบผู้ป่วย (Care giver) โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจในด้านสุขภาพอนามัย และให้มีส่วนในการสนับสนุนกิจกรรมการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่รับผิดชอบตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จนสามารถทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลง่าย ๆ ได้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะรับการรักษา เกิดการยอมรับและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จะทำให้หายจากสภาพการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลสั้น และการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพปกติทำได้เร็ว

5) การพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลสำหรับบุคลากร และแนวทางการส่งเสริมความรู้ของประชาชน โดยมีแนวทางการปฏิบัติงาน คู่มือการปฏิบัติงานหรือชุดการพยาบาล (Nursing package) สำหรับบุคลากรและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน โดยจัดทำเป็นเอกสาร แบบเรียนด้วยตนเอง จะช่วยให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ถูกต้อง รวดเร็ว มีมาตรฐาน ประชาชนได้รับความรู้และการบริการที่มีคุณภาพ ถูกต้องตามหลักวิชาการ จะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายส่วนเกิน และการมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นลงได้

6) บุคลากรทางการพยาบาลทุกประเภท ทุกระดับ ต้องมีการปรับเปลี่ยนตั้งแต่แนวคิดทัศนคติในการทำงาน ตามแนวคิดพื้นฐานของการบริการ ได้แก่ ให้บริการด้วยเทคนิคที่ถูกต้องสอดคล้องกับความรู้ เทคโนโลยีและมีมาตรฐาน มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องให้ก้าวทันวิทยาการและการเปลี่ยนแปลง สามารถวินิจฉัย คาดการณ์ การเกิดปัญหาที่คุกคามความปลอดภัยในชีวิต และให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการ มีจริยธรรม และเมตตาธรรม และปรับปรุงบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้

ทั้งนี้แนวคิดการปรับระบบบริการพยาบาลต้องมีการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานให้มีความกระตือรือร้น อยากรจะปรับเปลี่ยนหรือพัฒนางานอยู่เสมอ ได้แก่ 1) การผ่อนคลายกฎระเบียบในการทำงานให้มีอิสระที่จะคิดค้นหรือริเริ่มงานใหม่ ๆ 2) ปรับวิธีการมอบหมายงาน

โดยพยายามให้มีความเป็นเจ้าของงานที่ปฏิบัติ เช่น ใช้ระบบ Case management 3) มีการชมเชย และให้รางวัลตอบแทนบ้างเมื่อทำความดี หรืองานประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย 4) การสร้าง Model หรือตัวอย่างที่ดีในการทำงาน ควรเริ่มจากผู้บริหาร และ 5) สนับสนุนส่งเสริมให้มีการเลื่อนระดับตำแหน่งในหน้าที่การงาน ส่วนในด้านปรับเปลี่ยนแนวคิดทัศนคติ ได้แก่ 1) เปลี่ยนแนวคิดในการปฏิบัติงาน โดยเน้นที่ผู้ใช้บริการ (Consumer oriented) แทนการมุ่งที่ภาระงานเป็นหลัก (Task oriented) 2) สร้างทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพและการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้บริหารระดับสูงต้องดำเนินการอย่างจริงจัง เพื่อให้บุคลากรระดับล่างเกิดแรงบันดาลใจที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบงานทั้งหมด และ 3) จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติงานในแต่ละสาขา ให้มีศักยภาพสูงในงานคลินิก สามารถทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่รับผิดชอบและร่วมปฏิบัติงานในทีมสหสาขาได้อย่างสมศักดิ์ศรี

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

อุไรลักษณ์ ไชยนิษฐ์ (2543) ได้ทำการศึกษาการดำเนินการสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใช้รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย ในโรงพยาบาลน่านร่อง 24 แห่ง พบว่า กลุ่มงานการพยาบาลมีการดำเนินการดำเนินงานสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพครบทั้ง 5 ด้าน ตามแนวทางของกฎบัตรออกตาวา และระดับการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมขององค์การตามการรายงานของกลุ่มงานการพยาบาลมีในระดับสูงและระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มงานการพยาบาลให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างมากที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2542) ที่พบว่า กลุ่มงานการพยาบาลเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีความตื่นตัวในเรื่องงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างมาก

มุนา วาศาโรจน์ (2545) ได้ทำการศึกษาพบว่ากระบวนการดำเนินงานสู่การพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้วิธีการศึกษาแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัย พบว่า มีการริเริ่มดำเนินการเริ่มต้นจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีอุดมการณ์มองการณ์ไกลถึงความเปลี่ยนแปลงตามกระแสการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล จึงได้ทำการศึกษาแนวคิดโดยการทบทวนเอกสารหรือช่องทางสารอื่น ๆ และเริ่มดำเนินการพัฒนาโดยประกาศนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและมีที่ปรึกษาที่สำคัญ คือ ที่ปรึกษาโรงพยาบาลด้านสาธารณสุข ต่อมามีการถ่ายทอดแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่สู่กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล คณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล คณะทำงานกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สมาชิกกลุ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ โดยใช้วิธีการถ่ายทอดแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ คือ 1) ในโอกาสการประชุมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล 2) การนำเจ้าหน้าที่ไปศึกษา/ดูงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอื่นที่ทำงานจริงและเห็นผลพอสมควร 3) จากการดำเนินงาน

จริง เจ้าหน้าที่ศึกษาและเรียนรู้งานไปพร้อมกัน 4) การถ่ายทอดในระดับเดียวกัน ที่ถือว่ามีความสำคัญวิธีหนึ่ง การถ่ายทอดเป็นลักษณะการพูดคุย ปรีกษา ได้เช่นกันในระหว่างการปฏิบัติงาน หรือในช่วงขณะพัก หรือในทุกช่วงที่มีโอกาส ทำให้เกิดการถ่ายทอด ความเข้าใจ การซึมซับในแนวคิดและการดำเนินงานสู่การพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป

ชนวนทอง ธนะสุกาญจน์ (2545) ได้สรุปผลโครงการทดลองนำร่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน 26 แห่ง ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในภาพรวมของการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีดังนี้ 1) การให้ความสำคัญสนับสนุนของผู้นำ เช่น เป็นผู้อำนวยการมานานกว่า 5 ปี -10 ปี มีเครือข่าย เป็นที่ยอมรับของคนในพื้นที่ มีความสนใจด้านชุมชน เป็นผู้ให้ความสำคัญและสนับสนุนการทำงานใหม่ ๆ เป็นผู้บริหารแบบคิดค้น คิดชุมชน และรับฟังปัญหาจากทุกฝ่าย ทั้งเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ผู้รับบริการ และประชาสังคม 2) โครงสร้างองค์กรที่มีการผสมผสานระหว่างการพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพ (HA) และ โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ (HPH) 3) การทำงานที่เป็นระบบโดยเฉพาะระบบคุณภาพ PDCA 4) การทำงานที่มีการวางกรอบแนวคิดที่ชัดเจนและเข้าใจตรงกันของเจ้าหน้าที่ทุกคน 5) ระบบข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและมีการทบทวนประมวลผลข้อมูลเป็นระยะ ๆ ตามตัวชี้วัดสุขภาพทางบวก (Positive health indicator) และตัวชี้วัดปัญหาสุขภาพ (Negative health indicator) 6) การทำงานเป็นเครือข่ายกับประชาชน องค์กรต่าง ๆ 7) การสร้างเครื่องมือในการทำงาน ในการสร้างความเข้าใจ ในการกระตุ้นความสนใจ และในการตรวจสอบการทำงาน เช่น จดหมายข่าว แผนการดูแลต่อเนื่อง 8) การทำงานที่ใช้กลยุทธ์สำคัญของการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ นั่นคือ กลยุทธ์ด้านการเรียนรู้ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ

รวมพร คงกำเนิด (2546) ทำการศึกษากระบวนการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการหลัก คือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฐานองค์ความรู้ที่พยาบาลใช้ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า พยาบาลต้องใช้องค์ความรู้หลายด้านผสมผสานกัน ด้านวิชาชีพทางการพยาบาล ด้านสาธารณสุข จิตวิทยา และ สังคม ส่วนสัมฤทธิ์ผลในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ พบว่า มีระดับพึงพอใจมาก ร้อยละ 65.5 จากการสัมภาษณ์ในระดับลึกประชาชนรู้สึกมั่นใจในวิธีการรักษา การให้คำแนะนำปรึกษา การมีมนุษยสัมพันธ์ของพยาบาลแต่สิ่งที่ต้องการเพิ่มขึ้น คือ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ (2547) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ในด้านปัจจัยอุปสรรคของการทำให้การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ 1) ขาดความรู้ความเข้าใจแนวคิดโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน 2) สร้างโครงการและกิจกรรมที่หลากหลายโดยไม่ได้คำนึงถึงบริบทของโรงพยาบาลและกลุ่มเป้าหมาย 3) ขาดความเชื่อมโยงงานสร้างเสริมสุขภาพกับหน่วยงานสาธารณสุขอำเภอและหน่วยงานอื่นในชุมชน 4) ขาดความต่อเนื่องในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ 5) บุคลากรโรงพยาบาลทำงานไม่ประสานกัน 6) ขาดการติดตามประเมินผลจากกระทรวงสาธารณสุข 7) ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณและขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล

ศิริพร สืบสัมพันธ์วงศ์ และคณะ (2547) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ : บทเริ่มต้นเพื่อการพัฒนา ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้เรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน 7 องค์ประกอบ มีทักษะดีโดยรวมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางบวก

6. โรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายใน ตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไปจนถึง 150 เตียง เป็นศูนย์บริการและวิชาการทางด้านส่งเสริม การรักษาพยาบาล การควบคุมโรค การปรับปรุงสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อมชุมชน ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพในระดับชุมชน มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ในเขตพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาล ครอบคลุมประชากร 100,000 คน เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้อำนวยการเป็นหัวหน้าหน่วยงาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2533 ; กระทรวงสาธารณสุข, 2542 ช่างโน ไสภิตา ชันแก้ว, 2546)

6.1 ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน

- 1) ทำการตรวจวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- 2) จัดทำแผนงาน/โครงการและดำเนินการให้บริการทางสาธารณสุข แก่ประชาชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานทันตสาธารณสุข งานสุขภาพจิต
- 3) การจัดบริการรักษาพยาบาลแบบหน่วยเคลื่อนที่ การจัดและควบคุมระบบส่งต่อผู้ป่วย และการรักษาพยาบาลทางวิทยุในฐานะที่เป็นเครือข่ายย่อย
- 4) นิเทศ ฝึกอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและอำเภอ ให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการทางการรักษาพยาบาลตามนโยบายแผนงาน และโครงการต่าง ๆ

5) ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำสถิติข้อมูลเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และจัดทำ รายงานผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา เสนอต่อหน่วยเหนือตามลำดับ

6) ประสานกับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขและการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน ได้ผลดีตาม วัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

6.2 การปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มงานการพยาบาล หรือกลุ่มงานการพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการวางแผน สนับสนุนการจัดบริการพยาบาล การศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ และวิจัยงานที่เกี่ยวข้องกับการ พยาบาล นิเทศงาน ติดตามประเมินผลงาน พัฒนางาน ฝึกอบรม ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ สนับสนุนการจัดบริการและพัฒนางานสาธารณสุขแก่สถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับการจ้ดระบบงานบริการพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ พบว่า มีการจัดระบบงานบริการพยาบาล ออกเป็น 6 งาน โดยแต่ละจะมีหัวหน้าขึ้นตรง ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้บริหารงานให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล จังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข งานบริการแต่ละงานในโรงพยาบาลชุมชน มีขอบเขตการ ปฏิบัติงาน ดังนี้

1) งานผู้ป่วยนอก เป็นงานบริการด้านแรกของโรงพยาบาล โดยให้บริการในการ ตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเป็นงานหลัก รวมถึงการให้บริการประชาสัมพันธ์ และงานเวช ระเบียบแก่ผู้ป่วยและผู้ใช้บริการที่มารับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้ง หน้าที่ติดต่อประสานงานเพื่อการส่งต่อการรักษาพยาบาลกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง งานผู้ป่วย นอกจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างศรัทธา ความประทับใจ และภาพพจน์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและ ผู้ใช้บริการทั่วไป รวมไปถึงหน่วยงานและองค์กรอื่น ๆ

2) งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นงานที่ต้องให้บริการ 24 ชั่วโมง โดย ให้บริการพยาบาลในการประเมินอาการ ตรวจรักษาและให้การพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและ ผู้ใช้บริการที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ และผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อ ช่วยชีวิตเบื้องต้นให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤติและความพิการ คัดกรองผู้ป่วยและช่วยแพทย์ในการ ตรวจรักษาโรคทั่วไป ให้การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างและหลังการตรวจรักษา

3) งานผู้ป่วยใน ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยให้บริการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านการ รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งให้การสนับสนุนผู้ป่วยในรายที่จำเป็นต้องให้บริการ รับ-ส่งต่อการรักษา

4) งานห้องผ่าตัด ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาโรคด้วยการผ่าตัดแบบครบวงจรอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย การเตรียมและดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้บริการระงับความรู้สึกเฉพาะที่และทั่วไปในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งการประสานงานเพื่อการส่งต่อการพยาบาล

5) งานห้องคลอด ให้บริการทำคลอดหรือการดูแลการรอกคลอด หลังคลอดระยะต้น และการดูแลทารกแรกเกิดให้ปลอดภัยในทุกระยะคลอด รวมทั้งการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

6) งานหน่วยจ่ายกลาง รับผิดชอบจัดเตรียมชุดเครื่องมือเครื่องใช้ทางการรักษาพยาบาลซึ่งผ่านขบวนการทำลายเชื้อ การทำความสะอาด การทำให้ปลอดเชื้อเพื่อให้บริการแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลได้อย่างเพียงพอกับความต้องการใช้และได้มาตรฐาน

บทบาทหน้าที่ของกลุ่มงานการพยาบาล จำแนกออกเป็น 4 ด้าน

1) ด้านบริหารการพยาบาล เป็นการบริหารให้การดำเนินงานของกลุ่มงานการพยาบาลดำเนินไปอย่างมีระบบ มีประสิทธิภาพ และสามารถให้การสนับสนุนการจัดบริการรักษาพยาบาลให้เป็นระเบียบขั้นตอน โดยมีปัญหาอุปสรรคในการทำงานให้น้อยที่สุด

2) ด้านบริการพยาบาล มีการจัดบริการพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักการพยาบาลสมบูรณแบบที่รวดเร็ว ปลอดภัย ประหยัด ผู้ป่วยบรรเทา หรือทุเลาจากความเจ็บป่วยต่าง ๆ โดยปราศจากอาการทุพพลภาพ หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และสามารถกลับเข้าดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องภายหลังการเจ็บป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ขอบข่ายของงานบริการพยาบาล มีดังนี้ (1) งานส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยญาติ รวมทั้งการดำเนินการและร่วมสอนสุขศึกษาในแผนกการพยาบาลทุกรูปแบบ ดำเนินการและร่วมประสานงานในการจัดคลินิกต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพอนามัย ดูแลและส่งเสริมด้านโภชนาการ จัดหาน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดแก่ผู้ป่วยและญาติ (2) งานป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค ได้แก่ การจัดระบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อรวมทั้งผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ใช้หลักการทำให้ปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) ในการปฏิบัติงาน จัดระบบการดูแลรักษาความสะอาดและการทำลายเชื้อในหน่วยงาน จัดการเฝ้าระวังโรค โดยการค้นหาแหล่งติดเชื้อ การบันทึกสถิติโรคติดเชื้อและการรายงานสภาวะการติดเชื้อ และจัดบริการให้ภูมิคุ้มกันโรคเมื่อเกิดโรคระบาดตามฤดูกาล (3) งานรักษาพยาบาล ได้แก่ การจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบตลอดเวลาเพื่อปฐมพยาบาลผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการเกี่ยวกับ ระเบียบ และข้อปฏิบัติต่าง ๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้คล่องตัวในการให้บริการ จำแนกประเภทผู้ป่วยตามกลุ่มเฉพาะอาการของโรค จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอและอยู่ในสภาพที่จะใช้ได้ทันที มี

การบันทึกระเบียบรายงานต่าง ๆ อย่างถูกต้องครบถ้วน ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องตามเทคนิคและต่อเนื่อง ให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องรวดเร็วปลอดภัยและประหยัด รวมทั้งจัดระบบการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และภาวะปกติทั้งในงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (4) งานฟื้นฟูสมรรถนะ ได้แก่ การสอน และช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยเร็วที่สุด (5) งานการประสานงาน ได้แก่ การจัดระบบการติดต่อและประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน จัดให้มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ทุกหน่วยงานเพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้าของงานซึ่งกันและกัน

3) ด้านวิชาการพยาบาล เป็นการจัดระบบงานเพื่อสนับสนุนการบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะ ตลอดจนมีคุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สามารถที่จะสอน นิเทศงาน และควบคุมกำกับงานที่รับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพ

4) ด้านการประสานกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง เป็นการจัดระบบงานเพื่อให้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของหน่วยงานสอดคล้องกันบรรลุจุดหมายของการจัดบริการพยาบาลตลอดจนลดปัญหาอุปสรรคและข้อขัดแย้ง ทำให้การทำงานคล่องตัว เจ้าหน้าที่มีแนวทางในการดำเนินงานติดต่อกับหน่วยงานต่าง ๆ ก่อให้เกิดความมั่นใจและมีขวัญกำลังใจในการทำงาน

7. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach)

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Quality research) เป็นระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ศึกษาปรากฏการณ์สังคมซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ ประกอบด้วย ความหมายของปรากฏการณ์รวมทั้งความหมายของพฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคลในปรากฏการณ์นั้น ๆ ซึ่งมีความสลับซับซ้อน เป็นพลวัต และมีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันของบุคคลในสังคมนั้น การศึกษาหรือทำความเข้าใจปรากฏการณ์จึงต้องพิจารณาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์อย่างเป็นองค์รวม แล้วเชื่อมโยงเหตุผลของพฤติกรรมและเหตุการณ์ร่วมกับการตีความปรากฏการณ์จากความเชื่อความคิดของบุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น

การทำวิจัยจึงเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้น โดยนักวิจัยนำตัวเองเข้าไปศึกษาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ นั้น ๆ เพื่อเข้าถึงความหมายภายในบริบท (Context) ของสิ่งที่ศึกษา ตัวนักวิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูล ร่วมกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต การถ่ายภาพ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมการวิเคราะห์ข้อมูลของการทำวิจัยแบบเชิงคุณภาพมีวิธีการที่เป็นหลักสำคัญ เช่น การดึงประเด็นสำคัญของข้อมูล หรือกลุ่มคำ (Theme) ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย นำมาจัด

กลุ่มเพื่อตั้งชื่อของกลุ่มคำเพื่อสร้างเป็นแนวคิด (Concept) หรือ ในบางประเด็นอาจมีการเปรียบเทียบข้อมูลโดยการมองหาความเหมือนหรือความต่างของข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปของแนวคิด โดยมีการเขียนสรุปผลการวิเคราะห์เป็นระยะ ๆ ขั้นตอนสุดท้ายของการวิเคราะห์ คือ การตีความข้อมูล ใช้วิธีการตีความแบบสายตาของคนนอก (etic approach) แล้วเชื่อมโยงข้อมูลประกอบกับผลที่เกิดจากการวิเคราะห์แบบคนใน (emic approach) เพื่อสร้างข้อสรุปของผลการศึกษาโดยเขียนอธิบายสื่อให้ผู้อ่านงานวิจัยเข้าใจมองเห็นภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และ ควรเขียนงานวิจัยแบบกระตุ้นให้ผู้อ่านได้คิดวิเคราะห์เพื่อนำไปสร้างสรรค์งานที่เกิดประโยชน์ต่อไป Berg (2004) ได้กล่าวว่า การเขียนรายงานการวิจัยขึ้นอยู่กับข้อมูลและมุมมองของผู้ทำวิจัยที่หยิบประเด็นน่าสนใจมาเผยแพร่ การเขียนรายงานอาจมีหลายต้นฉบับสำหรับผู้ทำวิจัยที่ไม่มีประสบการณ์ซึ่งควรคำนึงถึงผู้ศึกษางานวิจัยที่มีหลายกลุ่มการเขียนจึงต้องสื่อให้กลุ่มที่หลากหลายสามารถเข้าใจได้ โดยอาจนำไปให้ผู้อ่านหลายกลุ่ม รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ทำการวิจัยช่วยตรวจสอบ (คารุณี จงอุดมการณ์, 2545 ; สุภางค์ จันทวานิช, 2547 ; ชาย โพธิสิตา, 2547 ; Yin, 2003 ; Burg, 2004)

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจง จุดเน้นอยู่ที่สิ่งที่ถูกศึกษา (case) ที่มีลักษณะเฉพาะ มีขอบเขตชัดเจน และ มีความสมบูรณ์ในตัวเอง เทคนิคที่ใช้ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลมีลักษณะที่ยืดหยุ่นไม่เคร่งครัด และสามารถประยุกต์ใช้วิธีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลได้หลากหลาย โดยใช้วิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่เป็นมาตรฐานทั่วไปที่ใช้การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจเนื้อหาของกรณีศึกษาว่าทำไม (Why) จึงทำเช่นนั้น มีวิธีการอย่างไร(How) และได้ผลเป็นอย่างไร (What) สามารถสรุปเป็นนิยาม ตามที่ Denny (1978, อ้างในชาย โพธิสิตา, 2547) ให้ไว้ดังนี้ คือ การศึกษาแง่หนึ่ง หรือประเด็นหนึ่ง หรือเหตุการณ์หลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้นในพื้นที่แห่งใดแห่งหนึ่ง เป็นการศึกษาอย่างเข้มข้นและสมบูรณ์ตลอดระยะเวลาที่กำหนด (Denzin & Lincoln, 2000 ; Berg, 2004 ; Yin, 2003 ; ชาย โพธิสิตา, 2547)

การเลือกกรณีตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี จำแนกเป็น

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

1. Intrinsic cases หรือ กรณีที่ศึกษาเพื่อประโยชน์ของความอยากรู้ในสิ่งนั้นเป็นด้านหลักนักวิจัยเลือกศึกษากรณินั้นเพราะความสนใจอยากรู้ อยากทำความเข้าใจ อยากเปิดเผยรายละเอียดของกรณินั้น ไม่มีจุดประสงค์อย่างอื่น

2. Instrumental cases หรือกรณีที่ใช้เพื่อแสดงสิ่งอื่น เป็นกรณีที่เลือกมาศึกษาเพราะนักวิจัยเห็นว่า กรณินั้นเป็นตัวอย่างหรือเป็นตัวแทนของกรณีอื่น ๆ และนักวิจัยต้องการใช้กรณินั้นแสดงตัวอย่างเพื่อสนับสนุนข้อสรุปหรือข้อโต้แย้งอย่างหนึ่งอย่างใดของคน

3. Collective cases เป็นการศึกษาหลาย ๆ กรณีเพื่อใช้สนับสนุนเรื่องเดียวกัน โดยนักวิจัยเลือกที่จะศึกษา Instrumental cases หลายราย เพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งที่ต้องการแสดงนั้นมีความชัดเจน และเพื่อความมั่นใจในข้อสรุปที่ได้

ส่วนรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี การออกแบบการวิจัยควรมีการพิจารณาวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยว่าผู้วิจัยต้องการศึกษากรณีนั้น ๆ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในด้านใด โดยจำแนกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ (Stake, 2000 ; Berg, 2004 ; ชายโพธิสิตา, 2547)

1. ศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (Exploratory) เป็นลักษณะการวิจัยนำร่องเพื่อหาปริมาณสำหรับโน้ตค้นที่ยังไม่ชัดเจน หรือเพื่อสร้างสมมติฐานสำหรับการวิจัยแบบสำรวจที่จะทำตามมาในภายหลัง

2. ศึกษาแบบมุ่งหาคำอธิบาย (Explanatory) กรณีศึกษาแบบนี้ปรากฏการณ์หรือสิ่งที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษาอาจจะเป็นที่รู้จักหรือคุ้นเคย การศึกษาจึงเพื่อหาคำอธิบายที่ยังไม่เคยมีมาก่อนหรือไม่เป็นที่พอใจ เช่น การศึกษากรณีที่ข้อมูลเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำอธิบายที่น่าพอใจได้

3. ศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive) มุ่งแสดงรายละเอียดพร้อมทั้งบริบทอย่างสมบูรณ์ของปรากฏการณ์ที่เลือกมาศึกษา นักวิจัยนำเสนอเนื้อหาด้วยเทคนิคการบรรยาย สิ่งสำคัญของการทำกรณีศึกษาแบบนี้อยู่ที่การให้รายละเอียดพร้อมด้วยบริบทของกรณีศึกษา

การดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี มีขั้นตอนการทำวิจัยที่เป็นประเด็นหลักโดยภาพรวม 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. เลือกกรณีสำหรับศึกษา ต้องเป็นกรณีที่มีขอบเขตชัดเจนสมบูรณ์ในตัวเอง ทั้งในแง่เนื้อหา เวลาและสถานที่ ซึ่งอาจเป็นบุคคล เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ กลุ่มชนที่มีลักษณะเฉพาะ โครงการหรือกิจกรรม อย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง

2. ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ใช้เทคนิคหลายแบบในการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากจุดเด่นของกรณีศึกษาอยู่ที่การให้ภาพที่ชัดเจนและสมบูรณ์ของสิ่งที่ศึกษา ข้อมูลที่หลากหลายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยอาจใช้การรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก ค้นคว้าจากเอกสาร หรือจากสื่อทัศนูปกรณ์อื่น ๆ เช่นเดียวกับการวิจัยเชิงคุณภาพทั่วไป ข้อมูลอาจเป็นทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและควรจะต้องเป็นข้อมูลที่ให้บริบทของสิ่งที่ต้องการศึกษาอย่างเพียงพอ โดยสรุปก็คือ ใช้ทุกวิธีการที่เหมาะสมและรวบรวมข้อมูลทุกชนิดที่จะให้ภาพที่สมบูรณ์ที่สุดของกรณีศึกษานั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ การสังเกต การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การบันทึกภาคสนาม การถ่ายภาพ และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับบริบทที่ศึกษาที่ได้รับอนุญาต โดยอธิบายรายละเอียดวิธีการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญดังต่อไปนี้

2.1 การสังเกต (Observation) คำว่า “การสังเกต” หมายถึง การเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นหรือปรากฏขึ้นอย่างเอาใจใส่ และกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นกับสิ่งอื่น(สุภางค์ จันทวานิช, 2547) การสังเกตในการวิจัยเชิงคุณภาพ มี 2 วิธี ได้แก่

1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) เป็นการสังเกตที่ผู้วิจัยเข้าไปใช้ชีวิตร่วมกับกลุ่มคนที่ศึกษา ร่วมทำกิจกรรมด้วยกัน และพยายามทำให้คนในชุมชนยอมรับ จนได้รับความไว้วางใจเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนนั้น ร่วมกับการวางแผนการเก็บข้อมูลที่ ประกอบด้วย การสังเกต การซักถาม และการจดบันทึก กระทำไปตลอดการทำงานจนถึงช่วงสุดท้ายของงานภาคสนาม

2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) เป็นการสังเกตโดยตรงโดยผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตในเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่าง ๆ แต่ยังคงกระทำตนเป็นบุคคลภายนอก นักวิจัยจะใช้วิธีนี้เมื่ออยากรู้ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในปรากฏการณ์ที่ศึกษา เนื่องจากต้องการรวบรวมสิ่งที่ได้เห็นและได้ยินด้วยตัวเอง การสังเกตแบบนี้เหมาะสำหรับใช้ตรวจสอบสิ่งที่ได้รับรู้มาจากการสัมภาษณ์ หรือจากทางอื่น

2.2 การสัมภาษณ์ (In-depth interview) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ ความคิด และความรู้ของตนเอง ตามประเด็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นหัวข้อสนทนา ผู้ให้ข้อมูลต้องมีคุณสมบัติตรงกับประเด็นของการวิจัย เช่น เป็นผู้มีความรู้หรือมีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัยทำการศึกษา และควรมีความสมัครใจที่จะให้ข้อมูล แนวคำถามในการวิจัยเชิงคุณภาพ ควรเป็นคำถามปลายเปิด ไม่ใช่คำถามนำ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยควรมี คำถามหลัก ดังนี้ (1) แนวคำถามหลัก (Main questions) เป็นแนวคำถาม (Interview guide) ที่ใช้ตั้งประเด็นในการสัมภาษณ์ซึ่งได้จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงประเด็นกับเนื้อหาของการวิจัย (2) คำถามเพื่อขอรายละเอียดและความชัดเจน (Probes) ใช้ถามในบางประเด็นที่คำตอบที่ได้ยังไม่ชัดเจน เช่น คำถามว่า “พอจะบอกรายละเอียดของเรื่องนี้ได้ไหม” เป็นต้น (3) คำถามเพื่อตามประเด็น (Follow-up questions) เป็นคำถามที่ใช้เพิ่มมิติของเรื่องที่ทำการศึกษาให้มีความกว้างและลึก โดยนำประเด็นที่พบใหม่ในการสัมภาษณ์นำมาสร้างเป็นประเด็นใหม่ในการถามต่อถ้าเห็นว่ามีความสำคัญหรือเป็นประเด็นที่น่าสนใจมาก

2.3 การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นวิธีที่ช่วยในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลายคน สามารถปรับใช้ในการวิจัยเพื่อวัตถุประสงค์ต่าง ๆ กล่าวคือ สามารถใช้เพื่อเสริมวิธีการวิจัยแบบอื่น หรือ จะใช้เป็นการวิจัยที่มีความสมบูรณ์เบ็ดเสร็จในตัวเอง ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นข้อมูลที่ได้ผ่านการถกเถียงโต้ตอบกันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ทำให้มั่นใจในความถูกต้องแม่นยำ ความน่าเชื่อถือและความหลากหลายของข้อมูล โดยควรจัดผู้เข้าร่วมการสนทนาให้มีคุณสมบัติพื้นฐานคล้ายกัน (Homogeneous group) เนื่องจากจะทำให้ผู้พุดรู้สึกมั่นใจในการพุด

หรือการแสดงออกมากกว่าโดยไม่รู้สึกรู้ว่า “ถูกกำกับ” และพลวัตกรกลุ่มเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้การดำเนินการสนทนาได้ข้อมูลที่มีชีวิตชีวา

วิธีการจัดสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแบบเจาะจงมาโดยเฉพาะจำนวนหนึ่ง ประมาณ 8-10 คน โดยขอให้อภิปรายกันอย่างเต็มที่ในหัวข้อที่ผู้วิจัยมาเป็นประเด็นในการสนทนา มีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ซึ่งทำหน้าที่ตั้งประเด็นขึ้นมาให้สมาชิกในกลุ่มได้ “ถกกัน” ตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนา โดยนักวิจัยต้องศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในเรื่องที่ทำการสนทนาเป็นอย่างดี และมีการเตรียมแนวคำถาม (Guideline) สำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อให้เนื้อหาของการสนทนาคำเนินไปตามจุดมุ่งหมายของการวิจัย สถานที่และสิ่งแวดล้อมในการจัดการสนทนากลุ่มเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากมีผลกระทบต่อคุณภาพของข้อมูล จึงควรจัดในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่คนไม่พลุกพล่าน ไม่มีเสียงรบกวน และควรจัดให้ทุกคนในวงสนทนากลุ่มได้เห็นคนอื่น ในกลุ่มอย่างทั่วถึง เช่น การจัดที่นั่งแบบวงกลม เป็นต้น

3. พรรณนารายละเอียดของสิ่งที่ศึกษา ซึ่งเป็นส่วนที่จำเป็นของการศึกษาเพราะเป็นส่วนที่ให้ภาพของสิ่งที่ศึกษานั้น การพรรณนาไม่ใช่เพียงการเล่าเรื่องจากข้อมูลโดยปราศจากจุดมุ่งหมาย แต่เป็นการนำเสนอเรื่องราวของกรณีศึกษาอย่างมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน

4. การวิเคราะห์และตีความข้อมูลใช้หลักและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพได้ทุกรูปแบบที่เหมาะสมกับลักษณะข้อมูล เช่น ข้อมูลเชิงสถิติ ใช้การเปรียบเทียบ และการตีความที่เหมาะสมสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยต้องคำนึงถึงจุดมุ่งหมาย คำถามและวัตถุประสงค์ในการศึกษา ตลอดจนบริบทของกรณีศึกษาด้วยเสมอ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณีครั้งนี้จัดเป็นการศึกษาแบบมุ่งหาคำอธิบาย (Explanatory) กรณีที่เลือกมาศึกษา (Case) เพราะนักวิจัยต้องการค้นหาคำตอบที่มีอยู่ในกรณีนั้นเพื่อใช้สนับสนุนข้อสรุปที่นักวิจัยคิดว่าการศึกษาเชิงปริมาณยังให้คำตอบไม่เป็นไปตามที่นักวิจัยต้องการ รวมทั้งนักวิจัยมีความสนใจอยากรู้ อยากทำความเข้าใจ อยากเปิดเผยรายละเอียดของกรณีนั้นด้วย โดยผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดของกระบวนการวิจัยในบทต่อไป