

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมารวบรวมสรุปเป็นสาระสำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษา โดยลำดับเนื้อหาการนำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยรวม
 - 1.1 ความหมายของคุณภาพ
 - 1.2 แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยรวม
 - 1.3 การนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยรวมมาใช้ในองค์การบริการสุขภาพ
 - 1.4 ประโยชน์ของการนำการจัดการคุณภาพโดยรวมมาใช้ในองค์การบริการสุขภาพ
 - 1.5 ปัญหาอุปสรรคต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพโดยรวมในโรงพยาบาลรัฐ
2. ความเป็นมาของโรงพยาบาลคุณภาพ
3. การจัดการคุณภาพโดยรวมในโรงพยาบาลคุณภาพ
 - 3.1 หลักการและแนวคิดการดำเนินงานจัดการคุณภาพโดยรวมในโรงพยาบาลรัฐ
 - 3.2 การรับรู้การจัดการคุณภาพโดยรวมของบุคลากรพยาบาล
4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล
 - 4.1 ความหมายของความพึงพอใจในงาน
 - 4.2 ความสำคัญในการศึกษาความพึงพอใจในงาน
 - 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน
 - 4.4 แนวคิดทฤษฎีการจูงใจ
 - 4.5 ความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล
5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้การจัดการคุณภาพโดยรวม กับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการคุณภาพโดยรวมกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยรวม

1.1 ความหมายของคุณภาพ

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Deming (1982 อ้างถึงใน Oakland, 1993: 5) และ Oakland (1993: 5) ให้ความหมาย คุณภาพว่า หมายถึง ความมุ่งหมายที่จะตอบสนองความต้องการของลูกค้า ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

Juran (1992: 9) ให้ความหมาย คุณภาพว่า หมายถึง ความเหมาะสมต่อการใช้ (fitness for use) โดยอธิบายใน 2 ลักษณะ คือ รูปลักษณ์ของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ดีกว่า และการปราศจากข้อบกพร่องหรือมีข้อบกพร่องน้อยกว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการอื่นๆ ในสายตาของลูกค้า

Crosby (1984: 60) และ Ishikawa (1985: 46) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง สิ่งตรงตามความต้องการของลูกค้า (conformance to require)

Feigenbaum (1986: 7) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะเฉพาะขององค์ประกอบทั้งหมดของผลิตภัณฑ์และบริการ ได้แก่ ด้านการตลาด ด้านวิศวกรรม ด้านการผลิตและการบำรุงรักษา ซึ่งเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นสามารถตอบสนองความคาดหวังของลูกค้า

Pan และ Kalaric (1992 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2537: 40-41); อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2539: 1) และ ชุสิทธิ์ เดชขำ (2536: 51) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง การตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกองค์การ

Goetsch และ Davis (1994: 4) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง สภาวะการเคลื่อนไหว (dynamic state) ที่มีความสัมพันธ์กับการผลิต การบริการ บุคคล กระบวนการและสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดความคาดหวังของลูกค้า

The National Health Service: NHS (Parsley และ Corrigan, 1994: 230) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ความคาดหวังของผู้รับบริการซึ่งได้มาจากการวิจัยตลาด

Besterfield และ Besterfield (1995: 5) และ ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2533: 21) ให้ความหมายว่า คุณภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เป็นเลิศและสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้เกินความคาดหมาย

คุณภาพบริการพยาบาล มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Besterfield และ Besterfield (1995: 49-52) ให้ความหมาย คุณภาพบริการโดยรวมจากแนวคิดของ Deming, Juran และคนอื่นๆ ว่าหมายถึง กลุ่มของกิจกรรมที่องค์กรใช้เพื่อให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ และสามารถรักษาความพึงพอใจของลูกค้าไว้ได้ โดยสามารถจัดให้ก่อนเสนอ ขณะเสนอ และภายหลังเสนอผลิตภัณฑ์และบริการให้แก่ลูกค้าหรือผู้รับบริการ

องค์ประกอบของบริการ ได้แก่ 1) องค์การทำหน้าที่กำหนดระดับคุณภาพที่เท่าเทียมกันในลูกค้าทุกราย 2) การดูแลลูกค้าโดยปฏิบัติต่อลูกค้าอย่างเห็นคุณค่า 3) การสื่อสารให้ลูกค้าทราบเกี่ยวกับระดับคุณภาพบริการ 4) บุคลากรด้านหน้าต้องมีข้อมูลเพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการของลูกค้า และ 5) ภาวะผู้นำ ผู้นำต้องยึดมั่นในคุณภาพและเป็นตัวอย่างแก่ผู้ปฏิบัติ

The Canadian Council on Health Service Accreditation /CCHSA (อนวัณห์ ศุภชุตินกุล, 2539: 200) ให้คำจำกัดความของคุณภาพบริการว่า หมายถึง การกระทำสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ดี และลูกค้าหรือผู้รับบริการพึงพอใจ โดยพิจารณามิติของคุณภาพการดูแลรักษา ดังนี้ แสดงถึงความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ เป็นที่ยอมรับ มีประสิทธิผล มีการประยุกต์เทคโนโลยีที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538: 14) ให้ความหมายว่าคุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ความดีของบริการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับโครงสร้างหรือการบริหารการพยาบาล กระบวนการให้การพยาบาล และผลที่เกิดกับผู้รับบริการโดยมีเกณฑ์ในการประเมินระดับมาตรฐาน คุณภาพบริการพยาบาล ขึ้นอยู่กับ 1) ปริมาณที่เหมาะสม 2) เป็นที่ยอมรับ 3) ต่อเนื่องสม่ำเสมอมีระบบแบบแผน 4) ใช้เทคนิควิทยาศาสตร์ 5) มีการบันทึกและถ่ายทอด และ 6) สามารถรักษาคุณภาพไว้ในระดับสูงสุดในแต่ละสถานการณ์

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2539 : 15) ให้ความหมายว่า คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะ เครื่องคำนวณความสะดวก สถานที่ อุปกรณ์ บุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารความสามารถของโรงพยาบาลที่ให้บริการน่าเชื่อถือ ตั้งใจจริงและรวดเร็ว มีอัธยาศัย สร้างความมั่นใจและดูแลเอาใจใส่เป็นรายบุคคล โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดคุณภาพ คือ 1) มีคุณลักษณะที่เหมาะสมในการใช้ 2) มีคุณลักษณะเสริมความพร้อม 3) การบริการเป็นมูลค่าเพิ่มในการให้บริการ 4) การรับประกันคุณภาพบริการตลอดทุกขั้นตอน 5) ราคาเหมาะสม และ 6) มีภาพพจน์ที่ดี

จากการศึกษาเอกสารดังกล่าวข้างต้น พอสรุปความหมายได้ดังนี้

คุณภาพ หมายถึง ความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้รับบริการที่ได้รับผลิตภัณฑ์หรือบริการ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ทั้งภายนอกและภายในองค์การ

คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ความดีและความถูกต้องของบริการพยาบาล ซึ่งสัมพันธ์กับโครงสร้างหรือการบริหารการพยาบาล กระบวนการพยาบาล และผลที่เกิดจากการให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

การควบคุมคุณภาพ (Quality Control)

Walter A. Shewhart ชาวอเมริกันได้พัฒนา การควบคุมคุณภาพด้วยวิธีการทางสถิติ (Statistical Quality Control: SQC) ในปี ค.ศ. 1929 โดยนำมาใช้กับการผลิตภาคอุตสาหกรรม (Banks, 1989: 8; กิติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2537: 119) W. Edwards Deming เป็นผู้ประยุกต์ การควบคุมคุณภาพด้วยวิธีการทางสถิติ และนำไปเผยแพร่ในประเทศญี่ปุ่น ในปี ค.ศ. 1949-1950 (Ishikawa, 1985: 17; กล้าหาญ วรพุทธพร, 2530: 5) ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพได้ดี จนโลกตะวันตกให้ความสนใจศึกษาวิธีการแบบญี่ปุ่นและนำมาปรับใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแข่งขันในตลาดโลก

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2533: 22) กล่าวว่า การควบคุมคุณภาพ หมายถึง ระบบบริหารงานอย่างหนึ่งที่เปิดโอกาสให้บุคลากรระดับปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการบริหารงานของหน่วยงานอย่างมีระเบียบแบบแผน

บัณฑิต ประดิษฐานุกรม (2537: 125) กล่าวว่า การควบคุมคุณภาพ หมายถึง ระบบเครื่องมือที่สร้างสิ่งของและบริการที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการของผู้ซื้อมีการใช้วิธีการทางสถิติในการควบคุมคุณภาพ

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ (Quality Control Circle)

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ เริ่มมีขึ้นในประเทศญี่ปุ่น ในปี ค.ศ. 1962 เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ฝึกให้บุคลากรทุกคนเรียนรู้การควบคุมคุณภาพด้วยตนเอง (Ishikawa, 1985: 138; Banks, 1989: 11; Besterfield และ Besterfield, 1995: 8) ญี่ปุ่นทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพได้ดีเด่น ต่อมา Juran ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมคุณภาพชาวอเมริกัน ได้นำแนวคิดกิจกรรมกลุ่มคุณภาพไปเผยแพร่ในสหรัฐอเมริกาในราวปี ค.ศ. 1980 (Gomez-Mejia et al., 1995: 639; วีระพล สุวรรณนันต์, 2528: 24)

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ คือ กลุ่มบุคลากรจำนวน 3-10 คน ในที่ทำงานเดียวกัน สมัครใจกันตั้งกลุ่ม ประชุมกันเป็นประจำ เลือกรูปแบบเกี่ยวกับคุณภาพในที่ทำงานของตนที่ต้องแก้ไขด้วยตนเอง นำมาศึกษาและแก้ไขอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยผู้บังคับบัญชาให้การส่งเสริม ให้ความรู้ ให้โอกาสแก่บุคลากรทำกิจกรรมอย่างอิสระ โดยไม่ขัดต่อนโยบายขององค์กร (สุรศักดิ์ นานานุกูล และคณะ, 2529: 12) หรืออาจกล่าวได้ว่ากิจกรรมกลุ่มคุณภาพ คือกระบวนการแก้ปัญหาด้วยกลุ่มโดยอาศัยหลักของวงจรเดมिंग (P-D-C-A Circle / Plan Do Check Action Circle) ในการแก้ปัญหา โดยไม่ขัดต่อวัตถุประสงค์ขององค์กร เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นทีม (Management by Participative Approach) มีขั้นตอนในการวางแผน และใช้เครื่องมือทางสถิติ (วีระพล สุวรรณนันต์, 2528: 11)

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐาน 10 ประการ คือ การพัฒนา ตนเอง (self development) โดยตนเองอย่างอิสระ (voluntarism) มีการทำกิจกรรมกลุ่ม (group activity) บุคลากร ทุกคนมีส่วนร่วม ใช้เทคนิคการควบคุมคุณภาพ (utilization of QC techniques) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานที่ทำโดยตรง เป็นสิ่งจำเป็นและต้องทำต่อเนื่อง (vitality and continuity) พัฒนาร่วมกัน

(mutual development) เป็นความคิดริเริ่มและสร้างสรรค์ (originality and creativity) และตระหนักในคุณภาพ ตระหนักในปัญหาและการพัฒนาให้ดีขึ้น (กล้าหาญ วรพุทธิพร, 2530: 23; Ishikawa, 1985: 140) ประเทศไทย เริ่มนำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพมาใช้ในโรงงานอุตสาหกรรม ที่มีบริษัทญี่ปุ่นให้การลงทุน (วีระพล สุวรรณรัตน์, 2528: 24) ในปี พ.ศ. 2517 ซึ่งมีปฏิบัติอยู่ไม่กี่แห่ง ต่อมา ในราว ปี พ.ศ. 2524 ได้แพร่หลายในวงการอุตสาหกรรมมากขึ้นและวงการธนาคาร และในปี พ.ศ. 2527 ก็เริ่มแพร่หลายเข้าสู่วงการรัฐวิสาหกิจและหน่วยราชการ จนเป็นที่แพร่หลายทั่วไปในปัจจุบัน (สุรศักดิ์ นานานุกูล และคณะ, 2529: 3)

1.2 แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม (Total Quality Management/TQM) หรือเรียกว่า การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement/CQI) ในประเทศญี่ปุ่นเรียกว่า การควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์การ (Company-wide Quality Control/CWQC) ได้มีผู้ให้ความหมายของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมไว้ดังนี้

Feigenbaum (1986:6) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวมเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ที่รวมความพยายามของกลุ่มต่างๆ ในองค์การ เพื่อพัฒนา อารงรักษาและปรับปรุงคุณภาพการผลิตและการบริการ โดยยังคงรักษาระดับความพึงพอใจของลูกค้าไว้ได้อย่างสมบูรณ์

Ishikawa (1985: 90-94) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ ความมุ่งมั่นต่อการจัดการคุณภาพ ด้วยความร่วมมือของทุกคนในองค์การในการแก้ปัญหาด้วยการทำงานเป็นทีม และใช้เครื่องมือทางสถิติในการปรับปรุงคุณภาพ

Atkison (1990 อ้างถึงใน James, 1996: 45) และ Goetsch และ Davis (1994: 6) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ วิธีการจัดการธุรกิจเพื่อให้องค์การสามารถแข่งขันในตลาดได้สูงสุดด้วยการปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์ บริการ บุคลากร กระบวนการและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรทุกคนเข้ามามีส่วนร่วม

Allender (1992 อ้างถึงใน Neuhs, 1994: 27-28) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ การกระจายการควบคุมคุณภาพอย่างทั่วถึงทั้งองค์การ เน้นลูกค้าหรือผู้รับบริการ ให้ความสำคัญต่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้แก่บุคลากร และการมีส่วนร่วมของบุคลากร เปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมการทำงานให้เกิดคุณภาพโดยมุ่งเน้นการป้องกันความผิดพลาด

Spenley (1994: 1) ให้ความหมาย การจัดการคุณภาพโดยรวม คือ ปรัชญาการบริหารจัดการที่พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุด โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และโอกาสเพื่อการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง

Besterfield และ Besterfield (1995: 1-2) การจัดการคุณภาพโดยรวม คือ ศิลปะการจัดการทั้งองค์การเพื่อความเป็นเลิศ ซึ่งกล่าวถึงปรัชญาและหลักการพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาองค์การให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์ใช้เครื่องมือและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในทุกกระบวนการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าในปัจจุบันและอนาคต

CCHSA (อนวัณณ์ ศุภชุตติกุล, 2539: 201) ใช้คำว่า CQI โดยให้ความหมายว่า เป็นปรัชญาและระบบการบริหาร ซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทุกระดับ มีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์วิธีทางสถิติและเครื่องมือของกระบวนการกลุ่มเพื่อลดความสูญเปล่าและความซับซ้อนที่ไม่จำเป็นโดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองหรือทำให้เกิดความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ส่งมอบสินค้าและชุมชน

องอาจ วิบุตศิริ และคณะ (2539: 149-150) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยรวม เป็นวิธีการเปลี่ยนสภาพการทำงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งองค์การ มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพงานของแต่ละคนเพื่อการปรับปรุงในสายงานให้มีความเป็นทีม ขยายการเชื่อมโยงตามขบวนการและคร่อมสายงานจนได้ผลผลิตหรือบริการเป็นที่พึงพอใจของลูกค้า

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2539: 16) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยรวม เป็นการบูรณาการทางการจัดการที่ใช้หลักการ เทคนิควิธีและการปฏิบัติในการสร้าง ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพในทุกภารกิจขององค์การ โดยสมาชิกทุกคนเพื่อยกระดับความสามารถขององค์การในการตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างเป็นแบบแผนและต่อเนื่อง

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539: 862) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยรวมเป็นกระบวนการอย่างมีระบบและมีโครงสร้างในการสร้างความร่วมมือของทั้งองค์การ ในการวางแผนและลงมือปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2539: 4) ให้ความหมาย การจัดการคุณภาพโดยรวม คือ ระบบบริหารจัดการที่เน้นการบริหารกระบวนการ การบริการลูกค้าหรือผู้รับบริการ การลดความสูญเปล่าและให้ความสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงานโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วม และการนำแนวคิดหรือวิธีการไปใช้กับ กิจกรรมทุกอย่าง เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง

ทวี บุตรสุนทร (2539 อ้างถึงใน วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540: 123) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ กิจกรรมที่พนักงานทุกคน ทุกระดับ และทุกหน่วยงาน ทำหรือช่วยกันทำเป็นกิจวัตรประจำเพื่อปรับปรุงงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยทำอย่างมีระบบ เชิงวิชาการ อิงข้อมูลและมีหลักการที่สมเหตุสมผล เพื่อจุดมุ่งหมายที่ทำให้ลูกค้าพึงพอใจในคุณภาพของสินค้าและบริการ

วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540: 126) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือปรัชญาแห่งชีวิตขององค์การธุรกิจ เป็นระบบบริหารที่ทุกคนทุกแผนกทุกชั้นตอนการผลิต ดำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อยโดยใช้วิธีคิดและวิธีการแบบ PDCA วิธีการทางสถิติ ใช้เครื่องมือควบคุมคุณภาพ เพื่อปรับปรุงมาตรฐานการทำงานให้มีคุณภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรและเทคโนโลยี โดยมี จุดประสงค์เพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า บุคลากรและสังคม

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม หมายถึง ระบบบริหารจัดการที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพ มุ่งเน้นลูกค้าหรือผู้รับบริการ เน้นการบริหารกระบวนการให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนทุกระดับ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความพึงพอใจให้เกิดแก่ลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างสมบูรณ์

1.2.1 วิวัฒนาการของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ริเริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1950 โดย Armand V. Feigenbaum แห่งบริษัท General Electric ในเมืองนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ได้เสนอวิธีการควบคุมคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Control: TQC) และตีพิมพ์เผยแพร่ในหนังสือ Total Quality Control: Engineering and Management (Ishikawa, 1985: 90) โดยมุ่งเน้นการควบคุมระบบมากกว่าการพัฒนาแบบ โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมคุณภาพดูแลโดยเฉพาะ ส่วนในประเทศญี่ปุ่นการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมีรูปแบบที่ต่างออกไป Kaoru Ishikawa เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์การจะช่วยให้ประสบผลสำเร็จได้มากกว่า โดยนำแนวคิดที่ได้รับการแนะนำจาก Deming มาปรับใช้โดยการฝึกฝนให้บุคลากรทุกคนทุกระดับและทุกสายอาชีพมีส่วนร่วมในการสร้างคุณภาพ ด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพ ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1968 เป็นรูปแบบที่เรียกว่า Company-wide Quality Control: CWQC (Goetsch และ Davis, 1995: 36) ภายหลังสหรัฐอเมริกาพบว่า โอกาสการแข่งขันในตลาดโลกลดลงเมื่อเทียบกับประเทศญี่ปุ่น จึงพิจารณารูปแบบการบริหารจัดการแบบญี่ปุ่นและหันกลับมาทบทวนแนวคิดของ Deming ได้ให้การยอมรับและพัฒนาระบบการบริหารจัดการของตนโดยนำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพมาใช้ในราวปี ค.ศ. 1980 เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน ในปี ค.ศ. 1987 สภาองค์กรของสหรัฐอเมริกาเริ่มรางวัลคุณภาพแห่งชาติ มัลคอล์มบอโรลด์จ์ (MBNQA) ต่อมาแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ได้แพร่หลายไปทั่ว

สหรัฐอเมริกาและประเทศอื่นๆ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 เป็นต้นมา (Goetsch และ Davis, 1994: 9)

1.2.2 หลักการและแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

Ishikawa (1985: 104-116) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ประกอบด้วย คุณภาพมาเป็นอันดับแรก เน้นลูกค้า กระบวนการถัดไปคือลูกค้าของเรา การใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริงในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของบุคลากร และการบริหารข้ามสายงาน Oakland และ Porter (1994: xix) กล่าวว่า แกนหลักของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ ลูกโซ่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตกับลูกค้า (Customer-Supplier chains)

Pan และ Kalarik (1992 อ้างถึงใน กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ, 2537: 40-41) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- 1) แนวคิดด้านคุณภาพ การปลูกฝังแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพแก่บุคลากรทุกคน ซึ่งหมายถึงความต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายในองค์กร
- 2) ระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึงระบบการจัดการโดยรวมที่กระทำโดยบุคลากรทุกคน ทุกฝ่ายอย่างเป็นระบบ การจัดการประกอบด้วย การบริหารนโยบาย การบริหารข้ามสายงาน และการบริหารงานประจำวัน
- 3) เทคนิคการจัดการคุณภาพ ประกอบด้วย เทคนิคในการวางแผน เทคนิคในการควบคุม รวมถึงเทคนิคทางสถิติ เทคนิคทางวิศวกรรมการบริหาร และเทคนิคการวิจัยดำเนินงาน

Schmidt และ Finnigan (1993: 23-24) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม เป็นการนำหลายแนวคิดและการปฏิบัติต่างๆ มาผสมผสานกัน ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติครั้งแรก ได้แก่ 1) ใช้กระบวนการบริหารทางวิทยาศาสตร์ 2) ใช้กลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างพลังของกลุ่มในการแก้ไขปัญหา 3) การฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร 4) ใช้หลักการทฤษฎีแรงจูงใจไฟล์มฤทธิ์ (Achievement Motivation Theory) ในการบริหารจัดการ 5) การมีส่วนร่วมของบุคลากร 6) การประสานงานภายในองค์กร (Linking-pin organizations) 7) ใช้ระบบเทคนิคทางสังคมวิทยา (Sociotechnical Systems) สร้างความสัมพันธ์ในองค์กร 8) การพัฒนาองค์กร 9) วัฒนธรรมองค์กร 10) ใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำแนวใหม่ ที่ให้ความสำคัญต่อวิสัยทัศน์ ความไว้วางใจและการให้อำนาจการปฏิบัติงานแก่บุคลากร และ 11) การวางแผนยุทธศาสตร์ เป็น การนำเทคโนโลยีเพื่อการจัดสิ่งแวดล้อมองค์กรและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบ

Goetsch และ Davis (1994: 6) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ประกอบด้วย การเน้นลูกค้าภายนอกและภายในองค์กร การมุ่งเน้นคุณภาพ การใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์

ในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ความมุ่งมั่นในระยะยาว (long-term commitment) การทำงานเป็นทีม การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง การให้การศึกษาและฝึกอบรมบุคลากร การให้อิสระในการคิด มีจุดมุ่งหมายขององค์กร การมีส่วนร่วมของบุคลากรและการให้อำนาจปฏิบัติอย่างเหมาะสม (empowerment)

Spenley (1994: 11-19) กล่าวว่า แนวคิดพื้นฐานของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มี 6 ประการ คือ การเข้าใจลูกค้า การปรับปรุงอย่างไม่สิ้นสุด การควบคุมกระบวนการธุรกิจ การบริหารด้วยการป้องกันปัญหา (Upstream preventive management) การปฏิบัติด้วยการขจัดสาเหตุของปัญหาและป้องกันการเกิดซ้ำ (Ongoing preventive action) และภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม

Besterfield และ Besterfield (1995: 2-3) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ประกอบด้วยแนวคิด 6 ประการ คือ ข้อตกลงร่วมกันและการจัดการที่สนับสนุนโครงสร้างจากระดับบนสู่ระดับล่างในระยะยาว มุ่งเน้นลูกค้าทั้งภายนอกและภายในองค์กรอย่างแท้จริง เป็นผลต่อประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ผลักดันให้ทั้งงานทั้งหมด เป็นการปรับปรุงธุรกิจและกระบวนการผลิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติต่อผู้ส่งมอบภายนอกเสมือนหุ้นส่วนขององค์กร และการวัดผลงานจากกระบวนการทำงาน

ซูลีพร เดชชา (2536: 56) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม คือ แนวคิดเรื่องบทบาท ผู้นำการบริหารแบบมีส่วนร่วม การบริหารแบบเป็นกระบวนการและการบริหารแบบยืดหยุ่นตามสถานการณ์โดยประเด็นสำคัญของความสำเร็จอยู่ที่ความเอาใจจริง ความพร้อมของบุคลากรทุกคน โดยเฉพาะผู้บริหารองค์กรที่จะดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาจนบรรลุวัตถุประสงค์ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและมีการปรับใช้อย่างเหมาะสม

บัณฑิต ประดิษฐานนท์ (2537: 122-124) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมประกอบด้วย การดำเนินงานตามวงจรเดมิ่ง (PDCA cycle) เน้นการแก้ปัญหาที่สำคัญก่อน ลูกค้าคืองานขั้นต่อไป การแสดงด้วยข้อมูลไม่ตัดสินใจด้วยประสบการณ์หรือความรู้สึก ป้องกันการเกิดซ้ำของปัญหาด้วยการแก้ที่สาเหตุ ทำสิ่งที่ถูกต้องในทุกขั้นตอนการทำงาน และคุณภาพสำคัญอันดับหนึ่ง

วิฑูร แสงสิงแก้ว (2538: 2) อธิบายหลักการของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมที่นำมาใช้ในการบริหารโรงพยาบาล ประกอบด้วย การยึดคุณภาพของการบริการเป็นกลยุทธ์สูงสุดในการบริหาร การเน้นลูกค้าเป็นหลักทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างคุณภาพบริการด้วยการทำงานเป็นทีม ใช้เทคนิคของการบริหารนโยบาย ภาวะผู้นำ กระบวนการปรับปรุงระบบหรือกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการเพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพ

วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540: 146) กล่าวว่า แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มี 12 ข้อ โดยจัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย 3 ข้อ คือ การสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า มีจริยธรรมและรับผิดชอบต่อสังคม และให้การศึกษและพัฒนาบุคลากรตลอดเวลา

กลุ่มที่ 2 เกี่ยวกับวิธีคิด ประกอบด้วย 3 ข้อ คือ ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการสร้างคุณภาพ ให้ความสำคัญแก่กระบวนการทำงาน และกระบวนการถัดไปคือลูกค้าของเรา

กลุ่มที่ 3 เกี่ยวกับวิธีการทำงาน ประกอบด้วย 5 ข้อ คือ การบริหารด้วยข้อมูลจริงในสถานที่จริง การแก้ปัญหาที่สาเหตุเน้นการป้องกันการเกิดปัญหา ใช้กรรมวิธีทางสถิติ จัดลำดับความสำคัญ การดำเนินการบริหารแบบ P-D-C-A และสร้างระบบมาตรฐานที่มีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539: 863-866) ได้สรุปแนวคิดและหลักการสำคัญของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ไว้ 11 ประการ ดังนี้ การยึดมั่นในจุดมุ่งหมายขององค์กร คุณภาพเหนือสิ่งอื่นใด การมุ่งเน้นลูกค้าหรือผู้รับบริการ การให้ความสำคัญกับกระบวนการหรือระบบการให้บริการ ความมุ่งมั่นของผู้นำการจัดการข้ามสายงานและการทำงานเป็นทีม การกระจายอำนาจและให้อิสระแก่ผู้ปฏิบัติ การให้การศึกษามีกรอบมบุคคลากร การจัดการโดยอาศัยข้อเท็จจริง ใช้สถิติและความเข้าใจความแปรปรวน การเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และการสร้างสัมพันธไมตรีกับผู้ส่งมอบภายนอก

1.2.3 ลักษณะและวิธีการดำเนินงานการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

Deming ได้เสนอกฎการบริหารจัดการไว้ 14 ข้อ ซึ่งอธิบายโดย Gitlow และ Gitlow ไว้ดังนี้ (Banks, 1989: 35-38; Lutzko และ Saunders, 1995: 45-115; Besterfield และ Besterfield, 1995: 9-13; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2536: 8-13; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539: 2/29; วิฑูรย์ ลิ้มชะคดี, 2540)

1. การสร้างเป้าหมายและจุดประสงค์ขององค์กรที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
(Create and publish the aims and purpose of the organization)

การสร้างเป้าหมายขององค์กรในการปรับปรุงผลผลิตและบริการที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบ ซึ่งเป็นเป้าหมายระยะยาว ผู้บริหารต้องแสดงให้เห็นอย่างสม่ำเสมอว่าจะทุ่มเทต่อเป้าหมายดังกล่าว ผู้บริหารจะต้องมีความมุ่งมั่นในเรื่องการสร้างคุณภาพ มีการวางแผนระยะสั้นและระยะยาวอย่างชัดเจน ต้องผูกพันในเป้าหมายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง และมีความอดทนที่จะรอผลลัพธ์ด้วย

การตั้งปณิธานอย่างมุ่งมั่นแน่วแน่นี้ ควรจะมุ่งเน้นไปใน 4 เป้าหมายหลัก คือ นวัตกรรม (Innovation) การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) และการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance)

2. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกคนเรียนรู้ปรัชญาใหม่ (Adopt the new philosophy)

ปรัชญาใหม่ ซึ่งหมายถึงคุณภาพ ผู้บริหารระดับสูงสร้างวัฒนธรรมเรื่องคุณภาพ ภายในองค์กรให้เป็นการปฏิบัติในงานประจำ ทุ่มทรัพยากรมนุษย์และเงินเพื่อการปรับปรุงคุณภาพผลิตภัณฑ์หรือบริการอย่างไม่หยุดยั้ง

ผู้บริหารจะต้องยอมรับ “วัฒนธรรมแห่งคุณภาพ” เสมือนหนึ่งปรัชญาการดำเนินชีวิตหรือลัทธิศาสนา โดยจะต้องทำให้คุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของงานให้ได้ เพราะคุณภาพจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคลากรทุกคนจากการทำงานตามสั่งกลายเป็นการรับผิดชอบในผลงานของตนเอง

3. ทำความเข้าใจกับจุดประสงค์ของการตรวจสอบ (Understand the purpose of inspection)

การทำความเข้าใจกับจุดประสงค์ของการตรวจสอบว่า เป็นไปเพื่อการปรับปรุงกระบวนการและลดค่าใช้จ่าย มิใช่เพื่อการจับผิด เดมิ่งกล่าวว่า ความผิดพลาดที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการผลิตมีถึง ร้อยละ 85 ดังนั้นการปรับปรุงกระบวนการผลิตจะช่วยให้การลดค่าใช้จ่าย ดังนั้นการควบคุมคุณภาพจะต้องมุ่งที่กระบวนการผลิต เป็นสำคัญไม่ใช่อาศัยการตรวจสอบที่ตัวสินค้าที่ผลิตเสร็จแล้วเท่านั้น เพราะการตรวจสอบขั้นสุดท้ายไม่ได้เป็นการป้องกันความผิดพลาดไม่ให้เกิดขึ้น

4. เลิกการตัดสินทางธุรกิจโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว (Stop awarding business based on price alone)

ควรยกเลิกการตัดสินทางธุรกิจโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว เพราะราคาจะไม่มี ความหมายหากปราศจากคุณภาพ หรือไม่มีมาตรการที่เชื่อถือได้ในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพของสินค้าหรือบริการนั้น การสร้างความสัมพันธ์อันดีในระยะยาวกับผู้ส่งมอบภายนอกจะนำมาซึ่งวัตถุดิบที่มีคุณภาพ

5. การปรับปรุงระบบการผลิตและบริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป (Improve constantly and forever the system)

การสร้างเสริมคุณภาพให้เกิดขึ้น เป็นงานที่จะต้องทำการพัฒนาและปรับปรุง อย่างค่อยเป็นค่อยไป และทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดไปด้วยการใช้วงจรเดมิ่ง (PDCA Deming Cycle) เพื่อการปรับปรุง ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เป็นการป้องกันการเกิดปัญหาจุดสาเหตุของปัญหาและปรับปรุงกระบวนการโดยทีมงาน

6. ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม (Institute training)

การฝึกอบรม จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเรียนรู้วิธีที่ถูกต้องได้รวดเร็วกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเอง องค์กรจะต้องจัดทำแผนการฝึกอบรมและให้การศึกษากับบุคลากรทุกคนในเรื่องคุณภาพและการ

บริหารจัดการคุณภาพ “การควบคุมคุณภาพเชิงสถิติ” และ “เครื่องมือแห่งคุณภาพ” โดยฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอและทำซ้ำบ่อยๆ ตามที่จำเป็น

7. สร้างภาวะผู้นำ (Teach and institute leadership) ให้เกิดขึ้นในทุกๆระดับของการบริหาร

การสร้างภาวะผู้นำอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการเป็นผู้นำตนเองเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของการสร้างวัฒนธรรมแห่งคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กร

8. การขจัดความหวาดกลัว (Drive out fear)

การขจัดความหวาดกลัว สร้างความเชื่อมั่น สร้างบรรยากาศให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ องค์กรและผู้บริหารจะต้องสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ หัวหน้างานและบุคลากรจะต้องกล้าที่จะสอบถามในสิ่งที่ตนเองไม่รู้และไม่เข้าใจ ผู้บริหารจะต้องเปิดโอกาสและกระตุ้นให้บุคลากรกล้าแสดงออกในการเสนอแนะวิธีการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น

9. การขจัดอุปสรรคระหว่างหน่วยงานย่อยในองค์กร (Break down barriers between departments)

ผู้บริหารจะต้องปรับปรุงโครงสร้างที่เป็นอุปสรรคหรือกำแพงขวางกั้นการติดต่อประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้หมดสิ้นไป ด้วยการประสานงานข้ามสายงาน (Cross-functional team) เพื่อให้บุคลากรที่อยู่ต่างหน่วยงานกันแต่มีงานเกี่ยวเนื่องกันกับการปรับปรุงคุณภาพ สามารถร่วมมือกันได้อย่างเต็มที่

10. การขจัดคำขวัญเพื่อเคี่ยวเข็ญผู้ปฏิบัติงาน (Eliminate exhortations for the work force)

การขจัดคำขวัญเพื่อเคี่ยวเข็ญให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานมากขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายที่สามารถเป็นไปได้และทำให้เกิดผลสำเร็จระยะยาวแก่องค์กร การใช้คำขวัญและเป้าหมายเพื่อการจูงใจหรือกระตุ้นเตือนนั้น ผู้บริหารจะต้องมั่นใจว่าได้เสนอแนะวิธีปฏิบัติที่จะทำให้สามารถบรรลุคำขวัญหรือเป้าหมายนั้นๆ ด้วย

11. การขจัดโควตาการผลิตเป็นตัวเลขมาตรฐานของงาน (Eliminate numerical quotas for the work force)

การขจัดโควตาการผลิตเป็นตัวเลขมาตรฐานของงาน ต้องเน้นที่คุณภาพมากกว่าปริมาณ และเลิกใช้การจัดการโดยวัตถุประสงค์ เปลี่ยนเป็นการเรียนรู้ความสามารถของกระบวนการและวิธีปรับปรุงกระบวนการ

12. การขจัดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน (Remove barriers that rob employees of their pride of workmanship)

อุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน ได้แก่ การไม่ทราบว่าจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรได้อย่างไร การถูกตำหนิจากปัญหาของระบบ การออกแบบ

ที่ไร้คุณภาพ การได้รับการฝึกอบรมไม่เพียงพอ และเครื่องมือไม่เพียงพอหรือขาดประสิทธิภาพ เป็นต้น การมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความพอใจในงานมากขึ้น

13. การจัดทำแผนการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากร (Institute a vigorous program of education and self-improvement)

แผนการศึกษาและฝึกอบรมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะรองรับโครงการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การฝึกอบรมจึงเป็นการพัฒนาบุคลากร และเป็นการลงทุนระยะยาวที่จะมีผลต่อความสำเร็จและความอยู่รอดขององค์กร

14. ลงมือปฏิบัติเพื่อบรรลุผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง (Take action to accomplish the transformation)

ผู้บริหารจะต้องจัดองค์การและนำตนเองเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อการปรับปรุงคุณภาพ โดยการลงมือปฏิบัติด้วยการเป็นส่วนหนึ่งของทีมงานและเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้บริหารจะต้องยึดมั่นผูกพันในคุณภาพอย่างจริงจังและผูกพันในระยะยาว

Juran (1992: 14-15) กล่าวถึง การดำเนินการจัดการคุณภาพ จะต้องใช้กระบวนการ 3 อย่าง (The Juran Trilogogy) กระบวนการแรก คือ การวางแผนคุณภาพ (Quality Planning) ได้แก่ กำหนดเป้าหมายคุณภาพ การคำนึงถึงลูกค้าภายนอกและภายในองค์กร เข้าใจความต้องการของลูกค้า การปรับปรุงผลิตภัณฑ์ให้ตอบสนองความต้องการของลูกค้า การค้นหากระบวนการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายของงาน กระบวนการที่สอง คือ การควบคุมคุณภาพ (Quality Control) ได้แก่ การประเมินสภาพปัจจุบันการดำเนินงานขององค์กร เปรียบเทียบการดำเนินงานในสภาพปัจจุบันกับเป้าหมายที่ต้องการ และปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน กระบวนการสุดท้าย คือ การปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) ได้แก่ การปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพด้านคุณภาพสูงขึ้นกว่าระดับก่อน ๆ การปรับโครงสร้างภายในองค์กรที่จำเป็นต่อการปรับปรุงคุณภาพ ทีมงานมีหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น การจูงใจและการฝึกอบรมแก่ทีม

Crosby (1979: 70-73) กล่าวถึง การดำเนินการปรับปรุงคุณภาพ มี 14 ขั้นตอน คือ

1. ความมุ่งมั่นในการบริหารจัดการ บนพื้นฐานคุณภาพ กำหนดนโยบายคุณภาพ และการจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพอย่างจริงจัง

2. การปรับปรุงคุณภาพโดยทีม ทุกคนได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มุ่งมั่นในการสร้างคุณภาพตลอด 24 ชั่วโมงการทำงาน สมาชิกทีมมีหน้าที่รับผิดชอบพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพร่วมกับทีมในหน่วยงานของตน เผยแพร่การทำงานเป็นทีมให้เกิดขึ้นทั่วทั้งแผนก และสนับสนุนโปรแกรมคุณภาพ

3. การวัดคุณภาพ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญและไม่ผิดพลาด เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพ เพื่อค้นหาปัญหา ประเมินสภาพปัจจุบัน และการสร้างโปรแกรมพัฒนาคุณภาพเพื่อลดความสูญเสีย

4. ต้นทุนคุณภาพ หมายถึงต้นทุนคุณภาพที่เกิดจากเศษสิ่งเหลือใช้ การทำซ้ำใหม่ การประกันคุณภาพ การตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพผู้ปฏิบัติงาน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือการผลิต และวิธีการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการตรวจสอบต้นทุนคุณภาพจะทำให้ทีมตระหนักว่าเกิดอะไรขึ้น และควรปรับปรุงอย่างไร

5. ความตระหนักหรือจิตสำนึกในคุณภาพ

6. การปฏิบัติกิจกรรมปรับปรุงแก้ไข

7. การวางแผนไร้ข้อผิดพลาด (Zero defects planning) โดยอธิบายถึงแนวคิดและโปรแกรมการตรวจสอบทุกระดับ กำหนดความต้องการวัตถุประสงค์ กำหนดวิธีการผลิตเพื่อมิให้เกิดความผิดพลาด อธิบายโปรแกรมแก้ไขความผิดพลาด (The error-cause-remove programme) และวางแผนจัดการความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

8. สนับสนุนให้การฝึกอบรม (Supervisor training) ต้องให้การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานครอบคลุมในเรื่องเทคนิคการวัดคุณภาพ การวัดต้นทุนคุณภาพ วิธีการตรวจแก้ไขและความตระหนักในคุณภาพโดยเน้นโปรแกรมข้อผิดพลาดเป็นศูนย์ และทำให้เกิดขึ้นในทุกแห่งขององค์กร

9. วันแห่งข้อผิดพลาดเป็นศูนย์ (Zero defects day) คือ วันที่ให้ทุกคนร่วมกันสร้างนโยบายมุ่งคุณภาพ และให้การยอมรับนำไปปฏิบัติด้วยความสมัครใจ

10. การกำหนดเป้าหมายคุณภาพของระบบที่สามารถปฏิบัติให้สำเร็จได้

11. การจัดข้อผิดพลาดหรือสาเหตุของความบกพร่อง เป็นวิธีการทางระบบ เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าผู้ปฏิบัติสามารถรับข้อมูลการจัดการปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพ และนำไปปฏิบัติในงานของตนได้

12. การให้การยอมรับผู้ปฏิบัติงาน

13. การตั้งคณะกรรมการคุณภาพ (Quality Councils) ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มวิชาชีพต่างๆ และผู้ปฏิบัติงานในสัดส่วนที่สมดุล ร่วมกันสร้างคุณภาพในหน่วยงาน โดยการวางแผน และสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับหลักพื้นฐานการปฏิบัติเพื่อคุณภาพไปยังทุกๆ แผนกในองค์กร

14. การทบทวนทำทุกขั้นตอนซ้ำใหม่ทั้งหมด (Do it over again) เพราะคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องปรับปรุงต่อเนื่องอย่างไม่หยุดยั้ง

Feigenbaum (1991: 106) กล่าวถึงวิธีการจัดการคุณภาพ ดังนี้

1. กำหนดความรับผิดชอบต่อคุณภาพแก่ทุกกิจกรรมในระบบคุณภาพ
2. การสร้างการประสานงาน และการจูงใจให้สร้างคุณภาพ

3. สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน และการประเมินความก้าวหน้าด้านคุณภาพในพื้นที่ปฏิบัติงานโดยใช้ระบบเครื่องมือวัดผล

4. การตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการปฏิบัติงาน
5. การจัดการความขัดแย้งภายในระบบ
6. มีโปรแกรมการตรวจสอบระบบและข้อมูลย้อนกลับที่มีประสิทธิภาพ

และเชื่อถือได้

7. การจัดการเน้นที่กิจกรรมของระบบ ให้สามารถนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ที่ตั้งไว้

8. การให้อำนาจการตัดสินใจที่เพียงพอต่อการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละคน และ

สนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ

9. มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานในองค์กร
10. จัดระบบคุณภาพให้สามารถปรับปรุงได้ตามความต้องการ
11. การจัดการต้นทุนคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
12. ส่งเสริมภาวะผู้นำในทุกระดับการบริหาร
13. ต้องแน่ใจว่า การประยุกต์วิธีการต่างๆ จะสามารถตอบสนองตามความต้องการของลูกค้า

ต้องการของลูกค้า

วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540: 229-244) กล่าวถึงขั้นตอนการดำเนินการจัดการคุณภาพโดยรวมไว้ 14 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเริ่มต้นที่การศึกษาของผู้บริหารระดับสูง ให้เข้าใจถึงการจัดการคุณภาพโดยรวมอย่างถ่องแท้ และเกิดศรัทธาเชื่อมั่นต่อระบบการจัดการ จึงจะทำให้ประสบความสำเร็จได้

2. วินิจฉัยระบบการจัดการคุณภาพ ผู้บริหารระดับสูงต้องวินิจฉัยระบบการจัดการคุณภาพและวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันขององค์กรก่อน เครื่องมือที่ใช้สำหรับตรวจวินิจฉัย ได้แก่ ISO-9000 เกณฑ์ตัดสินรางวัลคุณภาพแห่งชาติมีลคอล์มบอลริตจ์ (MBNQA) เกณฑ์ตัดสินรางวัลเดมिंग

3. วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันขององค์กร ได้แก่ การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และภาวะคุกคาม (SWOT Analysis) ผลประกอบการ สมรรถนะด้านการเงิน แนวโน้มการขยายตัวขององค์กร สมรรถนะของระบบงาน ความสามารถแข่งขัน ความรู้ความสามารถ คุณภาพชีวิตของบุคลากร ภารกิจขององค์กร เพื่อประโยชน์ในการนำไปกำหนดวิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์

4. การสร้างวิสัยทัศน์

5. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร

6. กำหนดนโยบายประจำปี (Hoshins Determination) ได้แก่ ปฏิบัติการทางธุรกิจมูลฐาน เป็นปฏิบัติการประจำวันตามปกติเพื่อสนองตอบวัตถุประสงค์ของการก่อตั้งองค์กร หัวข้อ

ปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องแก้ไขเป็นการเร่งด่วน การยกระดับคุณภาพของผลิตภัณฑ์และบริการ

7. จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี เป็นการกระจายเข็มมุ่งประจำปีไปสู่ความรับผิดชอบในรูปของแผนปฏิบัติการของหน่วยงานต่างๆ อย่างครบถ้วน ทั่วถึงและเหมาะสม

8. ปฏิบัติงานประจำวันตามแผน ผู้บริหารมีหน้าที่ติดตามให้การสนับสนุนช่วยเหลือปัญหาและอุปสรรค

9. การสถาปนาระบบการจัดการคุณภาพ : แก้ปัญหาวิกฤติ ประกอบด้วย ระบบบริหารเข็มมุ่ง ระบบบริหารกระบวนการ กิจกรรมกลุ่มปรับปรุงคุณภาพในพื้นที่ปฏิบัติงาน และระบบบริหารเครื่องมือสายงาน

10. การสถาปนาระบบการจัดการคุณภาพ : ระบบบริหารเข็มมุ่ง ประกอบด้วย การกำหนดเข็มมุ่งประจำปีขององค์กร การกระจายเข็มมุ่งไปเป็นเข็มมุ่งประจำปีของหน่วยงาน ผังปลาตะเพียนหรือผังปลาตัว การตรวจวินิจฉัยโดยผู้บริหารระดับสูง

11. การสถาปนาระบบการจัดการคุณภาพ : ระบบบริหารกระบวนการ มีหน้าที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานประจำวัน ในแนวระดับให้รองรับการบรรลุเข็มมุ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

12. การสถาปนาระบบการจัดการคุณภาพ : กลุ่มปรับปรุงคุณภาพในพื้นที่ปฏิบัติงาน (Shopfloor Quality Improvement) ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้แสดงบทบาทอย่างแท้จริงในการคิดค้น สร้างสรรค์และปรับปรุงวิธีการและคุณภาพของการทำงานใหม่ๆ ไปในทิศทางเข็มมุ่งขององค์กรและระบบบริหารกระบวนการกิจกรรมกลุ่มปรับปรุงคุณภาพในพื้นที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ 5ส, Q.C.C., Kaizen Suggestion System(KSS) เป็นต้น

13. วิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของตนเอง (Technology Research & Development)

14. การจัดการคุณภาพโดยองค์รวมสิ้นสุดที่การศึกษาของบุคลากรทุกคนในองค์กร (Human Resources Development) การให้การศึกษาตลอดชีวิตแก่บุคลากรทุกคน เพื่อเพิ่มพูนความสามารถ และเสริมสร้างจิตสำนึกด้านคุณภาพให้แก่บุคลากร

1.3 การนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ในองค์กรบริการสุขภาพ

Arikian (1991 : 46-50) กล่าวถึง การนำการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมไปใช้ในงานบริการพยาบาล มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. บุคลากรในองค์กรคือลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Employee as Customer) หมายถึง บุคลากรเป็นลูกค้าซึ่งกันและกันโดยบุคลากรแต่ละคนเป็นทั้งผู้ให้บริการแก่ขั้นตอนต่อไปและเป็นผู้รับบริการผลิตผลจากขั้นตอนก่อนหน้า เขาคาดหวังที่จะได้รับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่สมบูรณ์ที่สุด ดังนั้นจึงต้องเริ่มทำสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่ขั้นตอนแรก

2. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) ทุกกระบวนการในองค์กรเป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพิ่มผลผลิตและลดต้นทุนโดยใช้วงจร PDCA

3. การประเมินความต้องการ (Needs Assessment) และประสบการณ์ของผู้รับบริการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการ แล้วนำมาเป็นเกณฑ์และสื่อสารไปยังทุกระดับขององค์กร เพื่อใช้ในการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการในแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

4. ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ (Management Accountability) ผู้บริหารต้องรับผิดชอบต่อการสร้างระบบการทำงานของบุคลากร การปรับปรุงระบบเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงาน

5. การศึกษาและฝึกอบรม (Education and Training) ควรจัดให้แก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้เข้าใจว่าควรปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนอย่างไร และเข้าใจปรัชญาการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม เข้าใจเทคนิควิธีการลดต้นทุน ซึ่งถือเป็นปัจจัยนำไปสู่ความสำเร็จของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

6. ข้อมูลทางสถิติ (Statistical Data) มีการใช้เครื่องมือทางสถิติในการเก็บข้อมูลแต่ละแผนกและสื่อสารไปทั่วองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกคนสามารถตัดสินใจปรับปรุงกระบวนการทำงานของตนบนพื้นฐานข้อมูล

7. การประกันคุณภาพและการควบคุมคุณภาพ (Quality Assurance and Control) การประกันคุณภาพเป็นการหาข้อมูลที่เกิดขึ้นนำมาวิเคราะห์ระดับคุณภาพขององค์กร โดยผู้ปฏิบัติเป็นผู้รวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการประกันคุณภาพและส่งข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปยังหน่วยงานผู้ปฏิบัติเพื่อการปรับปรุงคุณภาพต่อไป ถือเป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

8. ผู้ส่งมอบ (Suppliers) องค์กรต้องพัฒนาความร่วมมือกับผู้ส่งมอบทั้งภายในและภายนอกองค์กรให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม

9. การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ช่วยให้บุคลากรใช้กระบวนการแก้ปัญหา และขจัดอุปสรรคระหว่างบุคลากรกับบทบาท

10. การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร (Cultural Change) ที่เกี่ยวกับการปกครองแบบมีลำดับชั้น ต้นทุนการผลิต และมนุษยสัมพันธ์ โดยมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงดังนี้ 1) ทำความเข้าใจและวิเคราะห์วัฒนธรรมที่เป็นอยู่ 2) ตั้งเป้าหมายระยะยาวและวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงคุณภาพ 3) การคำนึงถึงคุณภาพก่อนกำไร 4) การรักษามาตรฐานการปฏิบัติงาน และการให้รางวัลแก่ผู้ที่พัฒนาความสามารถ การปฏิบัติงานให้สูงขึ้น 5) ให้อำนาจการตัดสินใจ (Empowerment) แก่บุคลากรและการให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวก ส่งเสริมทัศนคติและพฤติกรรมที่สนับสนุนคุณภาพและผลผลิต 6) การประชุมปรึกษาและสนับสนุนปรัชญาการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม โดยผู้บริหารระดับสูงเป็นตัวอย่างและให้คำแนะนำ 7) สร้างบรรยากาศความไว้วางใจ 8) สนับสนุนการพัฒนาการตัดสินใจ 9) พัฒนาการแก้ปัญหาโดยทีมในทุกระดับขององค์กร

กลยุทธ์ในการประยุกต์แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มาใช้ในระบบบริการ
พยาบาล ประกอบด้วย

1. การระบุลูกค้าทั้งภายนอกและภายในองค์กร
2. บุคลากรทุกคนร่วมกันตั้งเป้าหมายขององค์กรและสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน
3. ผู้บริหารการพยาบาลให้การยอมรับ และมองเห็นคุณค่าของการตัดสินใจหรือความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาล
4. จัดอุปสรรคในการสื่อสาร ลำดับขั้นของการบริหารจะเป็นอุปสรรคความเจริญและความก้าวหน้าของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม
5. การศึกษาและฝึกอบรม การเรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาและกระบวนการตัดสินใจ จะช่วยให้พยาบาลทำสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่นั้นตอนแรก ทำให้ความผิดพลาดลดลง ลดการสูญเสียเวลา และวัตถุดิบ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการผลิตบริการ
6. ใช้วิธีการทางสถิติในการวัดผล การประกันคุณภาพเป็นเครื่องมือป้องกัน ปรับปรุง และวิเคราะห์แนวโน้มขององค์กร บุคลากรสามารถเสนอข้อมูลสารสนเทศที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการขององค์กร และสื่อสารไปยังแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล
7. นโยบายและวิธีปฏิบัติ สามารถเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ เมื่อพบว่ามีช่องว่างหรือ ล้าสมัย พยาบาลผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงขึ้น
8. มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน
9. การมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาล เมื่อบุคลากรพยาบาลมีอำนาจการตัดสินใจ และสามารถแก้ปัญหาในงานของตนได้ เขาก็จะมีแรงจูงใจและสร้างผลงานที่ดี การให้การยอมรับความสามารถและการจัดสิ่งแวดล้อมการทำงานเพื่อการสร้างสรรค์ จะสนับสนุนการคงอยู่ในองค์กรพยาบาล การปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ
10. วัฒนธรรมองค์กร ผู้บริหารต้องสร้างบรรยากาศความไว้วางใจให้เกิดในองค์กร การติดต่อสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ ให้ข้อมูลสนับสนุนการจัดการความขัดแย้ง การให้คุณค่าและส่งเสริมภาวะผู้นำในทุกระดับ และการสร้างทีมในหน่วยงาน

Parsley และ Corrigan (1994 : 242-245) กล่าวว่า การนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ในบริการสุขภาพ มีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้ 1) การปรับโครงสร้างองค์กรที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างคุณภาพ โดยการลดลำดับชั้นให้สั้นลงมีการติดต่อสื่อสารแนวราบมากขึ้น 2) จัดตั้งคณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการปรับปรุงคุณภาพแก่ผู้ปฏิบัติ 3) กำหนดรูปแบบของกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ 4) การจัดองค์กรในรูปที่ปรับปรุงคุณภาพ 5) มีการประสานงานกันระหว่าง

ทีมจัดการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และรายงานความก้าวหน้าของทีมในการแก้ปัญหาต่อ คณะกรรมการสนับสนุนกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ (Steering committee)

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539 : 869-871) เสนอรูปแบบขั้นตอนการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม มาใช้ในองค์กรที่ทำให้บริการสุขภาพ เช่นเดียวกับ Motwani และคณะ (1996 : 73-82) เป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสร้างความรู้ความเข้าใจของผู้บริหารระดับสูงอย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม โดยผู้นำต้องมีความมุ่งมั่นต่อการปรับปรุงคุณภาพอย่างจริงจัง จึงจะมีโอกาสสำเร็จได้มากที่สุด ความรู้ควรประกอบด้วย ความรู้ทางวิชาชีพ (Professional Knowledge) และความรู้ด้านการปรับปรุง (Improvement Knowledge) ซึ่งได้แก่ความรู้เกี่ยวกับระบบ ความรู้เกี่ยวกับความแปรปรวน ความรู้ทางจิตวิทยา และทฤษฎีความรู้

ระยะที่ 2 การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมาย รวมทั้งวางแผนการปฏิบัติ การศึกษาองค์กร โดยมีการประเมินผลงานและความพยายามในการจัดการคุณภาพบริการทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อการวางยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสำหรับอนาคต เตรียมความพร้อมโดยการอบรมบุคลากรตำแหน่งสำคัญ ๆ ในโรงพยาบาลและสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน อบรมทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมแก่ผู้บริหารระดับต่างๆ สร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม สร้างแนวร่วมในกลุ่มผู้เห็นด้วยและทำโครงการตัวอย่างที่แสดงถึงความสำเร็จเพื่อขยายงานให้กว้างขวางต่อไป

ระยะที่ 3 การวางพื้นฐานเตรียมงาน ได้แก่ การวางเป้าประสงค์ การอบรมบุคลากรให้ มีทักษะและความพร้อมในการทำงานเป็นทีม การใช้วิธีทางสถิติ การสำรวจความต้องการของลูกค้า การวางโครงสร้างองค์กรและทีมงานที่จะรับผิดชอบในการประสานงานและปฏิบัติ รวมทั้งการเปรียบเทียบการทำงาน (Benchmarking) ทดวัดวัดหรือตัวบ่งชี้ปัญหาและความสำเร็จ สร้างระบบข้อมูลสารสนเทศที่ใช้งานได้ง่าย และเชื่อมโยงกัน อาศัยข้อมูลที่แท้จริงในการวิเคราะห์ปัญหาและการตัดสินใจ

ระยะที่ 4 การลงมือปฏิบัติ มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ให้การยอมรับและให้รางวัลความสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพ ผู้บริหารมีบทบาทสร้างความเปลี่ยนแปลงในองค์กร สนับสนุนด้านทรัพยากรที่เพียงพอ มุ่งเน้นเป้าหมายของทีมงานปรับปรุงคุณภาพให้อยู่ที่การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การประเมินผลงานเน้นผลงานกลุ่ม ให้รางวัลทั้งผลงานส่วนบุคคลและทีม

ระยะที่ 5 การประเมินผล ควรมีการประเมินผลเป็นประจำและนำผลการประเมินมาใช้ในการทบทวนแก้ไขในกรณีที่ไม่สำเร็จ และทำอย่างต่อเนื่อง การวัดผลควรประเมินทั้งด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประกอบด้วย ตัววัดทางการเงิน การดำเนินการ ทรัพยากรบุคคล และตลาด โดยคำนึงถึงผลระยะยาวและปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลด้วย

1.4 ประโยชน์ของการนำการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมาใช้ในองค์กรบริการสุขภาพ

ประโยชน์ของการนำการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมาใช้ในองค์กร คือ เป็นการปรับปรุงการผลิตหรือการบริการครั้งยิ่งใหญ่ ลดการใช้วัตถุดิบที่ไร้ประโยชน์ เป็นโอกาสดีที่สุดในการเพิ่มกำไร เป็นการเพิ่มทุนในตลาดหุ้นระยะยาว ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการแข่งขัน ให้โอกาสแก่บุคลากรได้ทำงานอย่างแท้จริงและเป็นการผลักดันให้เกิดการทำงาน (Macdonald, 2537: 20) ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีความสามารถในการค้นหาปัญหา เห็นความสำคัญของการวางแผน เห็นความสำคัญของงานที่เป็นกระบวนการ สามารถมุ่งสู่หลักที่สำคัญได้และรู้ซึ่งถึงความเป็นระบบ (สุรศักดิ์ นานานุกูล และคณะ, 2529: 23)

จากรายงานการศึกษาตามโครงการสัมมนาผู้บริหารโรงพยาบาล ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 18-28 ธันวาคม 2536 พบว่า ผลจากการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมาใช้ในสถานพยาบาลต่างๆ เป็นการส่งเสริมให้มีการให้บริการโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพและความต้องการของผู้ป่วย ลดการให้บริการที่ไม่จำเป็น ทำให้มีมาตรฐานของการให้บริการเฉพาะสำหรับแต่ละสภาพการเจ็บป่วยด้วยวิธีการเดียวกันบนหลักการของการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพบริการ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, กองโรงพยาบาลภูมิภาค และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2536: 35)

การนำการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม มาใช้ในโรงพยาบาลรัฐ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจลูกค้าหรือผู้รับบริการดีขึ้น บริการมีความสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ความผิดพลาดลดลงสามารถทำนายปัญหาล่วงหน้าได้ ใช้วิธีการแก้ปัญหาทันทั่วไป ลูกค้าหรือผู้รับบริการรู้สึกได้รับบริการที่ดีขึ้น ฉับไวต่อการตอบสนอง ผู้ให้บริการอยากให้บริการแก่ลูกค้าหรือผู้รับบริการ วัสดุนำเข้ามีคุณภาพดีขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานดีขึ้น มีการคิดริเริ่มมากขึ้น สมาชิกโรงพยาบาลรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของโรงพยาบาลมากขึ้น มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539: 1/6)

1.5 ปัญหาอุปสรรคต่อความสำเร็จในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมในโรงพยาบาลรัฐ

ปัญหาอุปสรรคที่พบในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม (Feigenbaum, 1991: 193; Schmidt และ Finnigan, 1993: 27-28) ในองค์กรธุรกิจ ได้แก่

1. บุคลากรมีปฏิริยาด้านลบต่อโปรแกรมควบคุมคุณภาพ ที่เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ เนื่องจากผู้มีอำนาจอยู่เดิมเกรงว่าการกระจายอำนาจจะเป็นการบั่นทอนอำนาจสิทธิของตนให้ลดลง
2. การขัดขวางหรือขัดขวางไปยั้งหน่วยงานอื่น
3. หน่วยงานที่มีหน้าที่ด้านการตลาดและการขายไม่ให้ความสนใจ เนื่องจากคิดว่าเป็นการควบคุมคุณภาพการผลิตภายในองค์กรเท่านั้น
4. มีความขัดแย้งในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน
5. การสื่อสารในหน่วยงานให้เกิดความเข้าใจตรงกันไม่มีประสิทธิภาพ
6. ขาดการกระตุ้นส่งเสริมให้ยึดมั่นในคุณภาพ และมุ่งมั่นต่อการสร้างคุณภาพอย่างจริงจัง จากผู้บริหารระดับสูงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนและชักนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโดยทีมผู้บริหารระดับสูง
7. ขาดการประเมินความพร้อมขององค์กรอย่างระมัดระวัง ต่อการยอมรับแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม และยึดถือเป็นหลักปฏิบัติขององค์กร

Goetsch และ Davis (1995: 28-30) กล่าวว่า ปัญหาอุปสรรคของความสำเร็จในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงมีการกระจายอำนาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมการสร้างภาวะผู้นำแก่บุคลากร ไม่มีการเตรียมบุคลากรเพื่อการทำงานเป็นทีม ทำให้ทีมสร้างปัญหามากกว่าการแก้ไข ปัญหา ไม่มีการประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับองค์กร ต้องใช้เวลาที่แตกต่างกันในการให้ความรู้และฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ปฏิบัติให้สามารถนำไปใช้ได้จริง

ตามทิพย์ วุฒิพงษ์พานิช (2539: 113) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมตามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ขาดการต่อเนื่องของการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจวิธีการปฏิบัติ ขาดการติดต่อสื่อสาร ไม่เข้าใจเครื่องมือ ขาดการทำงานเป็นทีม ไม่เข้าใจเป้าหมาย และการประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากสาเหตุใหญ่ๆ 3 ประการ คือ เจ้าหน้าที่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่ร่วมมือ ขาดความตั้งใจจริง ประการที่สอง การดำเนินงานการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ขาดหน่วยงานที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา และมีความยุ่งยากในการปฏิบัติที่ต้องมีตัวชี้วัด ประการสุดท้าย เกิดจากนโยบายที่ไม่ชัดเจน

2. ความเป็นมาของโรงพยาบาลคุณภาพ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูงขึ้น และจากการส่งเสริมการขยายตัวของเอกชนด้านบริการสุขภาพเพื่อเสริมการให้บริการของภาครัฐ โดยมุ่งให้บริการแก่ผู้มีระดับรายได้สูงและปานกลาง การแข่งขันในภาคเอกชนทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบายและรวดเร็วในการใช้บริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนมองระบบบริการสุขภาพของรัฐด้วยความไม่พึงพอใจในเรื่อง ความล่าช้า แออัด ผู้ให้บริการไม่เป็นมิตร เจ้าอารมณ์ ตรวจไม่ละเอียด ไม่ให้คำแนะนำ และหยาดคาย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2538: 12) ทำให้ประชาชนไปใช้บริการสุขภาพภาคเอกชนเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน รัฐมีหน้าที่ในการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ด้วยการจัดระบบประกันสุขภาพ หรือการจัดให้มีบริการที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ในระดับที่ประชาชนสามารถจ่ายได้

ในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของรัฐ ได้มีการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ริเริ่ม โครงการนำร่องวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลโพธาราม มีระยะเวลาดำเนินงาน ตั้งแต่ กรกฎาคม พ.ศ. 2536 - กรกฎาคม พ.ศ. 2538 ภายหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่าก่อให้เกิดประสบการณ์ด้านบวก ได้แก่ ลดความรู้สึกด้านลบในการทำงาน เครื่องมือที่ใช้สามารถป้องกันการขัดแย้งภายในกลุ่มได้ดี ได้เรียนรู้ข้อเท็จจริงว่าแตกต่างจากความรู้สึก และได้เรียนรู้การเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2538: 13) และพบว่าแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลรัฐได้ (องอาจ วิพุทธิศิริ และคณะ, 2540: 61)

จากผลดีที่ได้จากการดำเนินงานโครงการนำร่องฯ ดังกล่าว ได้มีการขยายผลไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โดยต่อมาในปี พ.ศ. 2540 ได้กำหนดนโยบาย “โรงพยาบาลคุณภาพ” ไว้ในแผนงานรองพัฒนาคุณภาพบริการ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) โดยกองโรงพยาบาลภูมิภาคเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง ได้กำหนดวิสัยทัศน์ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลคุณภาพภายในปี พ.ศ. 2544 โดยการนำหลักการและวิธีการตามแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม มาเป็นกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน และมุ่งหวังให้ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาให้กับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยต่อไป (วิฑูร แสงสิงแก้ว, 2538: 5)

การดำเนินงานตามนโยบาย “โรงพยาบาลคุณภาพ” พบว่า มีการขยายผลไปยังโรงพยาบาลต่างๆ รวมทั้งสิ้น จำนวน 40 แห่ง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม (TQM) ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

ปีงบประมาณ	จำนวน/ โรงพยาบาล	รายชื่อโรงพยาบาล	หมายเหตุ
2536-37	8	1.รพ.สมุทรปราการ 2.รพ.สระบุรี 3.รพ.พระพุทธบาท 4.รพ.บ้านหมี่ 5.รพ.โพธาราม 6.รพ.สมุทรสาคร 7.รพ.นพรัตนราชธานี 8.รพ.เลิศสิน	รพ.โครงการ นำร่อง
2538	9	1.รพ.ขอนแก่น 2.รพ.ศรีสะเกษ 3.รพ.กาฬสินธุ์ 4.รพ.สิงห์บุรี 5.รพ.อินทร์บุรี 6.รพ.ยโสธร 7.รพ.อุตรดิตถ์ 8.รพ.ชุมพร 9.รพ.ประจวบคีรีขันธ์	
2539	14	1.รพ.พระนั่งเกล้า 2.รพ.เสนา 3.รพ.ระยอง 4.รพ. ดำเนินสะดวก 5.รพ.นครปฐม 6.รพ.สมุทรสงคราม 7.รพ. อำนาจเจริญ 8.รพ.น่าน 9.รพ.สุราษฎร์ธานี 10.รพ.มหาสาร นครศรีธรรมราช 11.รพ.วชิระภูเก็ต 12.รพ.ยะลา 13.รพ.ปัตตานี 14.รพ.สงขลา	
2540	15	1.รพ.นครพิงค์ 2.รพ.เชียงใหม่ประชานุเคราะห์ 3.รพ.อุดรธานี 4.รพ.กระบี่ 5.รพ.กำแพงเพชร 6.รพ.สุโขทัย 7.รพ.อุทัยธานี 8.รพ.หนองบัวลำภู 9.รพ.พิจิตร 10. รพ.หนองคาย 11.รพ. เบตง 12.รพ.ปทุมธานี 13.รพ.นราธิวาส 14.รพ.เจ้าพระยา อภัยภูเบศร 15.รพ.บ้านโป่ง	

ที่มา : กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข, 2540

หมายเหตุ ปี 2540

1. รพ. ที่เข้าร่วมโครงการฯ แต่ไม่ได้ดำเนินการ คือ รพ.กระบี่ รพ.กำแพงเพชร
รพ.หนองบัวลำภู รพ.ปทุมธานี
2. รพ.ที่เข้าร่วมโครงการฯ แต่ขอเลื่อนดำเนินการ ในปี 2541 คือ รพ.นราธิวาส รพ.บ้านโป่ง

กระบวนการดำเนินงานการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมในโรงพยาบาลรัฐ

องค์กรที่ประสบความสำเร็จในการนำ TOM ไปใช้ มีการดำเนินงานดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2536)

1. สร้างภาพฝันขององค์กร
2. การวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูล
3. ใช้กระบวนการแก้ปัญหา
4. การใช้โครงการนำร่อง
5. ให้การศึกษาและฝึกอบรม
6. การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ถาวร

ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลในการปรับปรุงคุณภาพบริการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย (ชาติรี บ้านชื่น, 2541: 5)

1. เริ่มจากการเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม (TQM) และวิทยากรจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นำโดยนายแพทย์ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล มาให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางของโรงพยาบาล จากนั้น กิจกรรมแรกที่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางทำร่วมกัน คือ การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม (Common Vision) เพื่อกำหนดทิศทางของโรงพยาบาลในอนาคตร่วมกัน โดยการจัดสัมมนาผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าตึก หัวหน้างาน แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร โดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control)

กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) เป็นวิธีการและเทคนิคในการเอาคนที่จะทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบ เข้ามาประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) จะดำเนินการใน 3 ขั้นตอน (ประเวศ วะสี และไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม, 2537: 14-17) คือ

ขั้นที่ 1 A (Appreciation) คือ การทำให้ทุกคนให้การยอมรับและชื่นชมคนอื่นโดยไม่รู้สึกหรือแสดงการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ ทุกคนจะมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกัน โดยใช้ข้อเท็จจริง เหตุผล และความรู้สึกตามที่เป็นจริง เมื่อบุคคลได้รับการยอมรับจากคนอื่น จะทำให้มีความรู้สึกที่ดี มีความอบอุ่นและเกิดพลังร่วมในที่ประชุม ในขั้นนี้จะเป็นการใช้จินตนาการ (Imagination) ช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ (Vision) และเมื่อนำวิสัยทัศน์ของแต่ละคนมารวมกันกลายเป็นวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) หรืออุดมการณ์ร่วม (Shared Ideal) ซึ่งได้แก่ สิ่งที่มีอุปสรรคอย่างสูงสุดร่วมกัน

ขั้นที่ 2 I (Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกันกำหนดวิธีการหรือยุทธศาสตร์ที่จะบรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกัน

ขั้นที่ 3 C (Control) คือ การนำวิธีการสำคัญที่กำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) กำหนดเป้าหมาย วิธีการหรือขั้นตอนการปฏิบัติ กำหนดเวลา ผู้รับผิดชอบ และงบประมาณ การร่วมกันคิดแผนปฏิบัติการเป็นการกำหนดข้อผูกพัน (Commitment) ให้ตนเอง เพื่อควบคุม (Control) ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน รวมถึงการกำหนดข้อผูกพันเฉพาะตัว (Personal Commitment) ได้อีกด้วย

กระบวนการ AIC จะสร้างพลังสร้างสรรค์ขึ้นเมื่อฝ่ายต่างๆ เข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันด้วยความรักความเมตตา เป็นการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Development) เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากการทำงาน (Interactive learning through action) จึงจะทำให้การพัฒนาเกิดความสำเร็จ

ภายหลังจากการร่วมทำกิจกรรม AIC จะได้วิสัยทัศน์ร่วมของโรงพยาบาล วิสัยทัศน์คือ ภาพอนาคตที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (ประวิทย์ จงวิศาล, 2538: 8) วิสัยทัศน์ที่ดี ควรมีคุณสมบัติ 5 ประการ คือ มีมุมมองแห่งอนาคต (Future Perspective) ริเริ่มโดยผู้นำ (Leader Initiated) ผู้ตามมีส่วนร่วมคิดและให้การสนับสนุน (Shared & Supported) มีสาระครอบคลุมครบถ้วนและชัดเจน (Comprehensive & Clear) และให้ความหวังและพลังจิตใจ (Positive & Inspiring) (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540: 248)

2. แปรหลักการสู่ภาคปฏิบัติโดยผู้นำ

2.1 ในทางปฏิบัติเริ่มต้นด้วยการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและคณะทำงาน

2.2 อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ TQM แก่กลุ่มแกนนำและผู้บริหารระดับกลาง เพื่อนำไปเผยแพร่ต่อแก่ทีมงาน

2.3 ชักชวนและจูงใจทีมงานที่ได้รับการเผยแพร่ความรู้ดังกล่าวเข้ามาร่วมงานเป็นกลุ่มคุณภาพงานนำร่อง

2.4 กลุ่มคุณภาพงานนำร่องปฏิบัติงานด้านการปรับปรุงคุณภาพบริการ ตลอดเวลาดำเนินงานจะได้รับการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ

2.5 เสนอผลงานที่กลุ่มนำร่องปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จ เพื่อถ่ายทอดไปยังสมาชิกอื่นๆ ภายในโรงพยาบาล และสนใจเข้าร่วมปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน โดยแกนนำจะขยายผลด้วย

การชักชวนให้มีการจัดตั้งกลุ่มคุณภาพงานใหม่ๆ เพิ่มขึ้น โดยปลูกฝังวิธีการพัฒนาคุณภาพงานได้ถูกสอดแทรกเข้าไปในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งกลายเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ

2.6 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงาน เปิดโอกาสให้กลุ่มคุณภาพงานเสนอผลงานเป็นระยะๆ รวมถึงการติดตามผล พิจารณาให้รางวัลและความดีความชอบเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจเป็นระยะๆ

กระบวนการดำเนินงานการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมในหอผู้ป่วย

1. การนำเทคนิค AIC มาใช้ปฏิบัติในการดำเนินงานในหอผู้ป่วย โดยให้บุคลากรทุกคนในหอผู้ป่วยที่จะทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบหรือหน่วยงาน ตั้งแต่หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด หรือลูกจ้างอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มาประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันโดยไม่แบ่งชั้นหัวหน้า ลูกน้อง ไม่แบ่งวัยวุฒิ คุณวุฒิหรือระดับซี ซึ่งการประชุมดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 A : Appreciation ในขั้นตอนนี้ ทุกคนมีโอกาสแสดงออกอย่างหัดเทียมกันเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยงาน และความเห็นเกี่ยวกับภาพฝันในอนาคต ซึ่งจะทำให้ทุกคนได้มีโอกาสใช้ทั้งข้อเท็จจริง เหตุผล และความรู้สึก ตลอดจนการแสดงออกในลักษณะต่างๆ ตามที่เป็นจริงโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์สิ่งที่คนอื่นให้ความเห็น แต่ละคนเคารพและเห็นคุณค่าในความคิดเห็นของคนอื่น ซึ่งการได้รับการยอมรับจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทุกคนมีความรู้สึกที่ดี มีความสุข มีความอบอุ่นและเกิดพลังร่วม เกิดจินตนาการที่ช่วยทำให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมของหน่วยงาน โดยยึดถือความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ร่วมของโรงพยาบาลซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของโรงพยาบาล

ขั้นที่ 2 I : Influence บุคลากรทุกคนร่วมเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่จะทำให้บรรลวิสัยทัศน์ร่วมที่กำหนดขึ้นซึ่งจะสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพของโรงพยาบาล โดยเสนอวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ ในขั้นตอนนี้มีการแบ่งกลุ่มย่อยตามงานหรือความถนัดมากขึ้น เมื่อทุกคนได้แสดงความคิดเห็นแล้วนำวิธีการที่เสนอแนะทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่พิจารณาว่าสมควรที่จะนำวิธีการสำคัญที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการ สมาชิกกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์กัน รวมถึงการถกเถียงกันด้วยแต่กลุ่มก็ยังมีแนวโน้มที่จะรักษาความรักสามัคคีไว้ด้วย

ขั้นที่ 3 C : Control บุคลากรทุกคนร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ถึงหลักการและเหตุผล เป้าหมาย วิธีการหรือขั้นตอนการปฏิบัติอย่างละเอียด กำหนดระยะเวลา กำหนด

ผู้รับผิดชอบหลักและร่วมรับผิดชอบ จำนวนและแหล่งงบประมาณ และอื่นๆ ในขั้นตอนนี้สมาชิกแต่ละคนมีโอกาสเลือกเป็นผู้รับผิดชอบด้วยความสมัครใจ เป็นการกำหนดข้อผูกพันให้ตนเองเพื่อควบคุมให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายหรืออุดมการณ์ร่วมกันของกลุ่มในที่สุด

จะเห็นได้ว่า เทคนิค AIC เป็นแนวทางหนึ่งที่จะก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของบุคลากรในหอผู้ป่วยอย่างสร้างสรรค์ และยังเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถหรือเป็นการดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวบุคลากรแต่ละคนมาใช้ในการทำงานร่วมกันอย่างมีระบบ อันจะส่งผลดีในการพัฒนางานร่วมกันต่อไป

2. กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ (Quality Control Circle : QCC/QC)

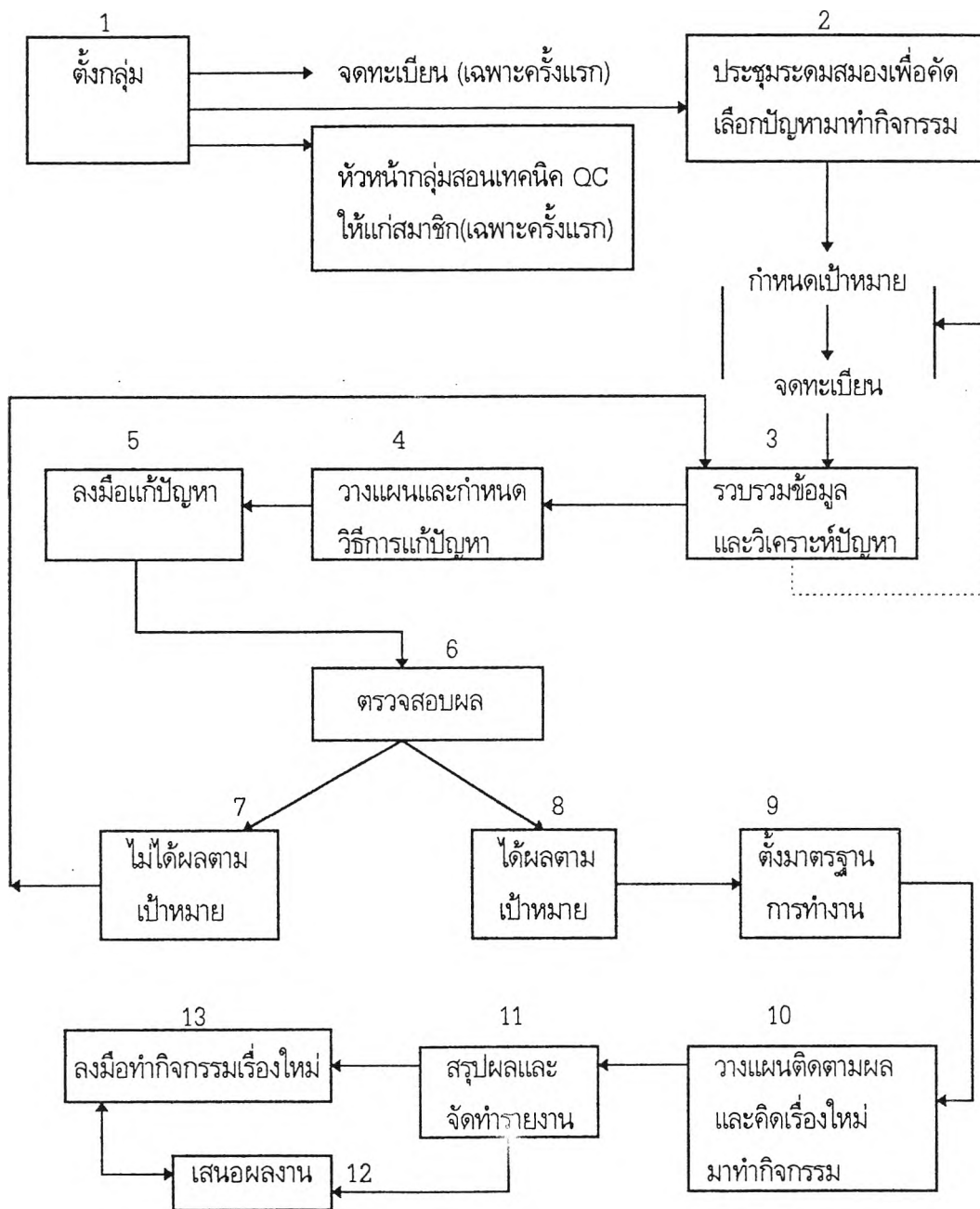
กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ หรือการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) เป็นเครื่องมือในการบริหารงาน (Management Tools) หมายถึง กระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างเป็นระบบ (Systematic Approach) โดยมีปรัชญาการบริหารแบบล่างขึ้นบน (Bottom-up Approach) คือ เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมและในขณะเดียวกันผู้บริหารก็ต้องยอมรับแนวคิดหรือแนวทางแก้ไขปัญหาของระดับล่างอย่างเป็นเหตุเป็นผล (พิชัย ลีพิพัฒน์ไพบูลย์, 2536: 126-129) ซึ่งการยอมรับจะทำให้เกิดบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน

ปรัชญาของ QC เป็นการพยายามสร้างจิตสำนึกให้บุคลากรแก้ไขและวางระบบการทำงานด้วยตนเอง ซึ่งปราศจากการชี้แจงจากผู้บริหาร โดยการผสมผสาน (Integration) หลักวิชาการต่างๆ (Interdisciplinary) อย่างเหมาะสมจนเกิดพลังในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ทฤษฎีองค์การและการจัดการ (Organization & Management) นโยบายและการวางแผน (Policy & Planning) หลักพฤติกรรมศาสตร์ (Behavior Science) หลักสถิติ (Statistic) และวิชาเศรษฐศาสตร์ (Economic) เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า QC เป็นการปลูกฝังค่านิยม (Values) และทัศนคติที่ดีในการทำงาน ทำให้เกิดการเกื้อหนุนกันและลดการนิทนาบว่าร้าย QC เป็นกระบวนการวางแผนอีกรูปแบบหนึ่ง กล่าวคือ จะใช้วงจร PDCA (Plan Do Check Action) โดยก่อนจะวางแผน กลุ่มจะต้องค้นหาปัญหาว่า อะไรบ้างที่กลุ่มสามารถทำได้ ทำเป็นกลุ่ม ทำต่อเนื่อง และไม่ขัดต่อนโยบายของหน่วยงาน จากนั้นพิจารณาความสำคัญของปัญหาโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูล (Management by Facts) โดยเก็บข้อมูลของปัญหาแต่ละปัญหา อาจใช้ใบตรวจสอบ (Check Sheet) แล้วนำเสนอเป็นกราฟ เพื่อให้กลุ่มสามารถอ่านและวิเคราะห์ได้ทันที เมื่อได้ปัญหาสำคัญแล้ว กลุ่มตั้งหัวข้อเรื่อง กำหนดเป้าหมายการปรับปรุงเป็นตัวเลขที่สามารถวัดได้ จากนั้นกลุ่มจึงวิเคราะห์หาสาเหตุ (Cause & Effect Diagram) อาจใช้แผนภูมิแก๊งปลา หรือแผนภูมิความสัมพันธ์

(Relation Diagram) หรือแผนภูมิต้นไม้ (Tree Diagram) จนได้เป็นตัวแบบเหตุผล (Causal Models) จากนั้นกลุ่มก็จะระดมสมอง (Brainstroming Method) เพื่อหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไข ก่อนตัดสินใจเลือกแนวทางใดต้องทำการวิเคราะห์แนวทางโดยใช้หลัก ต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost Benefit) และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ แล้วจึงตั้งเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในเรื่องนั้นๆ

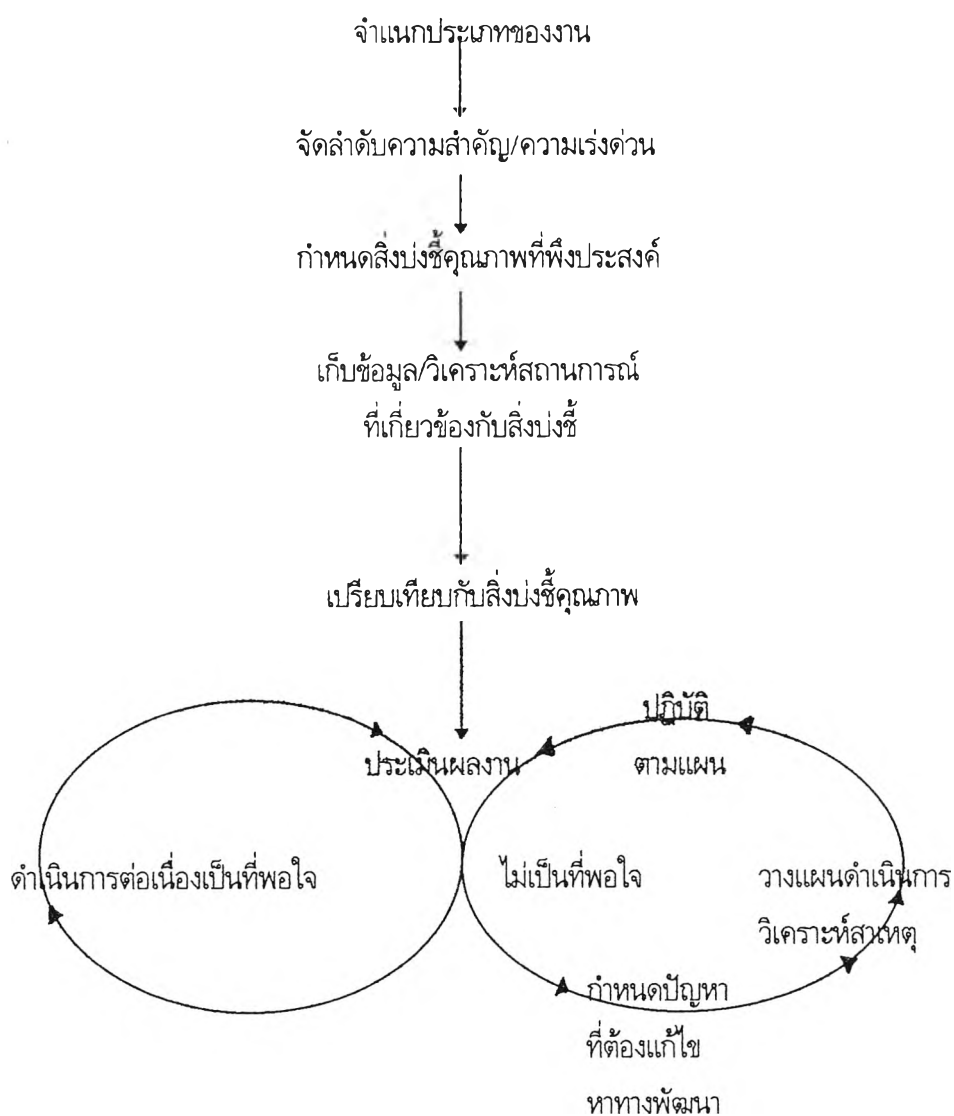
ขั้นตอนการทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพ สรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สรุปขั้นตอนการทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพ (QC)

ที่มา ประวิทย์ จงวิศาล, "ขั้นตอนการทำกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาและปรับปรุงงาน", เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาคุณภาพบริการโดยองค์รวม วันที่ 25-28 มกราคม 2539 ณ ห้องประชุมศาลาไพบุลย์ เสนา โรงพยาบาลเสนา จ. พระนครศรีอยุธยา หน้า 19.

การนำเทคนิค PDCA มาใช้ในหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพจะต้องเป็นแกนนำที่จะพัฒนาความสามารถในด้านการแก้ปัญหา การตรวจสอบและประเมินผลงานให้แก่ทีมงานทุกคน ขั้นตอนของการแก้ปัญหา การตรวจสอบและการประเมินผลงาน มีลักษณะเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและมีความต่อเนื่อง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการแก้ปัญหา การตรวจสอบและประเมินผลงาน

ที่มา กฤษดา แสงดี, "แนวคิดการพัฒนาย่างมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล", วารสารกองการพยาบาล 23(มกราคม-เมษายน 2539): 29.

กิจกรรมกลุ่ม QC เป็นการนำหลักการทำงานเป็นทีมในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (กฤษดา แสงดี, 2539: 27-28) ได้แก่

1. สมาชิกทุกคนในทีมต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ ทิศทางและเป้าหมายการพัฒนา
2. ถือว่าสมาชิกทุกคนมีความสำคัญเท่าเทียมกัน
3. เคารพในสิทธิเสรีภาพและความเป็นบุคคลของกันและกัน
4. ประนีประนอมโดยมีน้ำใจของความร่วมมือเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน
5. ร่วมกันสร้างบรรยากาศการทำงานที่สร้างสรรค์ ผ่อนคลายและปลอดภัย
6. ร่วมพัฒนาปรับปรุงวิธีการทำงานร่วมกันให้เป็นระบบ
7. สมาชิกทุกคนร่วมรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นทั้งด้านบวกและลบ
8. สมาชิกมีส่วนร่วมในการแบ่งงานและการประสานงาน แต่ละคนมีบทบาทของความร่วมมือที่ชัดเจน
9. สมาชิกทุกคนมีอิสระในการให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะโดยปราศจากอคติและเปิดใจกว้างรับฟังผู้อื่น
10. สมาชิกร่วมหาสาเหตุของความผิดพลาด โดยมุ่งแก้ไขที่ระบบ หรือวิธีการทำงาน มีใช้การหาตัวคนผิด
11. สมาชิกร่วมสร้างสรรค์สิ่งใหม่ พัฒนาตนเองและพัฒนาซึ่งกันและกัน
12. ผู้นำทีมต้องมีความเป็นประชาธิปไตย แสดงบทบาทเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนา เกิดการประสานงานระหว่างสมาชิกในกลุ่มและกลุ่มอื่นอย่างสม่ำเสมอ

ภายหลังการทำกิจกรรม QC คณะกรรมการบริหารโครงการกิจกรรม QC พิจารณากำหนดการเสนอผลงาน QC จะเป็นการเพิ่มโอกาสพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติให้รู้จักการเสนอผลงานต่อหน้าชุมชนได้ โดยปราศจากความเคอะเขินทำให้รู้จักกล้าแสดงออก

จะเห็นได้ว่า การทำกิจกรรม QC ในทุกขั้นตอนจะสอดแทรกพฤติกรรมศาสตร์ของมนุษย์อยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งได้ ฉะนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องมีวิธี (Tactic) ในการประนีประนอมกัน มิฉะนั้น กลไกที่จะดำเนินงานก็จะหยุดชะงักและล้มเลิกไปในที่สุด การทำกิจกรรม QC ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร (พิชัย สัมพันธ์ไพบูลย์, 2536: 129) กล่าวคือ

1. ทำให้เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีต่อผู้ปฏิบัติจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความผูกพันซึ่งกันและกัน
2. ทำให้เกิดบรรยากาศในการทำงานที่เป็นสุข โดยเคารพความเป็นมนุษย์
3. ทำให้รู้จักแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

4. ทำให้รู้จักวิธีการวางแผนการทำงานร่วมกัน
5. ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในเรื่องความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
6. ทำให้รู้จักวิธีประชุมอย่างถูกหลักการและรู้จักการประนีประนอมกัน เมื่อเกิดเหตุการณ์ขัดแย้งขึ้น
7. ทำให้เข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ว่ามีลักษณะต่างจิตต่างใจ กล่าวคือ มองปัญหาคนละด้าน หรือมองต่างมุม เป็นการมีมรรควิธี (Means) ที่แตกต่างกันแต่เป้าหมายเดียวกัน (Ends) นั้นเอง
8. ทำให้เข้าใจว่าการแก้ไขปัญหาต้องใช้หลักสถิติหรือข้อมูลช่วยในการตัดสินใจมากกว่าจะใช้ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งมีโอกาสผิดพลาดสูงกว่า
9. รู้จักนำหลักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ โดยเฉพาะวิศวกรรมอุตสาหการมาใช้ในการวางโครงสร้างและระบบงาน ทำให้ลดขั้นตอนการทำงานลงได้อย่างถูกหลักเกณฑ์โดยเฉพาะความเมื่อยล้าความปลอดภัย สุขอนามัยที่ดี เป็นต้น

ตัวอย่างกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง ของโรงพยาบาลพรตพระราชธานี (ศูนย์ TOM, โรงพยาบาลพรตพระราชธานี, 2540: 9-11; วราภรณ์ พันธุ์พงศ์, 2541: 5-7)

1. งานของกลุ่มงานการพยาบาลเด็กผู้ป่วยเด็ก ใช้ชื่อว่า “กลุ่มเด็กก้าวหน้า” เป็นการแก้ปัญหาน้ำเกลือรั่วจากการให้น้ำเกลือแก่ผู้ป่วยเด็ก โดยการปรับโหม่งให้การรักษาพยาบาล (Treatment) ด้วยสีลีนของเครื่องตกแต่งโหม่งที่ดูสุดใส สดุกสนาน พยาบาลที่มีหน้าที่ให้น้ำเกลือและฉีดยาเข้าเส้นเลือดแดงตัวใหม่เป็นนางฟ้าใจดี ด้วยการสวมเอี๊ยมและหมวกผ้าลายการ์ตูนทำให้เด็กไม่กลัว และแจกลูกอมรสต่างๆ แก่เด็กที่เซื่องซึมและไม่ตื่นอาละวาด ติดสติ๊กเกอร์รอบๆ โหม่งและถุงน้ำเกลือ ช่วยให้เด็กให้ความร่วมมือและลดอัตราการรั่วของน้ำเกลือ จากร้อยละ 90 เหลือ ร้อยละ 9 และประหยัดเวลาได้มากขึ้น คือ จากการใช้เวลาฉีดยารายละ 10 นาที เหลือเพียง 7 นาที รวมทั้งพยาบาลยังแนะนำวิธีการสังเกตอาการของเด็กป่วยให้แก่ญาติที่เฝ้าไข้ เพื่อจะได้สามารถดูแลเด็กป่วยได้เองด้วย
2. กลุ่มงานเภสัชกรรม ได้แก้ปัญหาเรื่อง “ระยะเวลารอรับยาของผู้ป่วยนอก” โดยการจัดพื้นที่เป็นสัดส่วนให้สะดวกต่อการติดต่อรับยา มีการจัดยาแบบเตรียมไว้ล่วงหน้า จัดเจ้าหน้าที่ประจำระหว่างพักเที่ยง แยกห้องจัดยาเด็กและสูตินรีเวชกรรมออกไป ทำให้ลดความแออัด นำคอมพิวเตอร์มาช่วยแทนการเขียนของยา ทำให้ลดเวลารอรับยาจากเดิมเฉลี่ย 40 นาที ลดลงตามลำดับจนปัจจุบันเหลือเพียง 8 นาทีต่อคน

3. กิจกรรม 5 ส

5 ส เป็นตัวย่อของ “ส” จำนวน 5 ตัว คือ สะสาง (SEIRI) สะดวก (SEITON) สะอาด (SEISO) สุขลักษณะ (SEIKETSU) และสร้างนิสัย (SHISUKE) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรม 5 ส จะส่งผลต่อผลผลิต คุณภาพ ต้นทุน การส่งมอบ ความปลอดภัย และขวัญกำลังใจ หากสิ่งต่างๆ ดังกล่าวลดลง จะส่งผลให้กำไรลดลง และส่งผลกระทบต่อองค์การคือ โอกาสการแข่งขันลดลง ความอยู่รอดลดลง การขยายกิจการลดลงและไม่สามารถเป็นเลิศในธุรกิจได้ ส่วนผลที่กระทบต่อบุคคล คือ เงินเดือนและโบนัส สวัสดิการและตำแหน่งของบุคลากรลดลง เมื่อบุคลากรช่วยกันทำกิจกรรม 5 ส เพื่อปรับปรุงสถานที่ทำงานแล้วจะมีส่วนช่วยให้ผลเสียต่างๆ ลดลง (ประวิทย์ จงวิศาล, 2539) กิจกรรม 5 ส เป็นพื้นฐานของการบริหารและช่วยส่งเสริมกิจกรรมอื่นๆ อีกมากมาย เช่น กิจกรรมข้อเสนอแนะ กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ TOM/COI ISO 9000 การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) เป็นต้น (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540)

4. กิจกรรมข้อเสนอแนะ (Suggestion System)

กิจกรรมข้อเสนอแนะ คือ ระบบหรือกลไกที่กระตุ้นและเชิญผู้ปฏิบัติงานให้มีส่วนร่วม โดยการเสนอความคิดเห็นที่มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน เช่น ปรับปรุงสภาพการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มผลผลิต ลดค่าใช้จ่าย เป็นต้น ถ้าความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานได้รับการยอมรับจากหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานผู้นั้นจะได้รับการยกย่องชมเชยและหรือรางวัลเป็นการตอบแทน (ประวิทย์ จงวิศาล, 2539: 9-10)

วัตถุประสงค์ของกิจกรรมข้อเสนอแนะ คือ เปิดโอกาสและพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากร พัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สื่อข้อความจากผู้ปฏิบัติสู่ผู้บริหาร เพิ่มคุณค่าในตัวผู้ปฏิบัติงาน และปรับปรุงโรงพยาบาลให้ดีขึ้น

ประโยชน์ของกิจกรรมข้อเสนอแนะ คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานได้รับขวัญกำลังใจและความภาคภูมิใจมากขึ้นจากการมีส่วนร่วม เพิ่มคุณค่าให้แก่ตนเอง มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น หน่วยงานได้นำแนวคิดที่มีประโยชน์มาใช้ 2) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น 3) เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4) เพิ่มคุณภาพของงาน 5) ลดค่าใช้จ่าย 6) เพิ่มความปลอดภัย

3. การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมในโรงพยาบาลรัฐ

3.1 หลักการและแนวคิดการดำเนินงานจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมในโรงพยาบาลรัฐ

หลักการและแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ที่กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรัฐ ได้ยึดหลักการดำเนินงานตามแนวคิด

ของ Deming ซึ่งเชื่อว่า การที่บุคลากรทุกคนปฏิบัติงานดีที่สุดยังไม่เพียงพอ แต่ทุกคนจะต้องรู้ว่าทำอะไร และต้องเรียนรู้ซึ่งกันและกันตลอดเวลา หลักการบริหาร 14 ประการ ของเดมิ่ง (สถาบันระบบสาธารณสุข, 2539: 2/1-21) ซึ่งพอสรุปได้เป็น 4 หลักการใหญ่ ๆ คือ

1. การยึดลูกค้าเป็นหลัก
2. หลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพบริการ
3. การมีส่วนร่วมของบุคลากร
4. หลักยุทธศาสตร์ของผู้บริหาร

3.1.1 การยึดลูกค้าเป็นหลัก (Customer Orientation)

แนวคิดตามหลักการบริหารของเดมิ่งข้อที่ 2 ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ปรัชญาใหม่ ที่แสวงหาการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง และยึดถือความพึงพอใจของลูกค้าเป็นความสำคัญอันดับแรก เน้นถึงการให้ความสำคัญกับลูกค้า ลูกค้า คือ ผู้ที่ได้รับผลจากการทำงานของเร ซึ่งลูกค้าของโรงพยาบาลมีทั้งลูกค้าภายนอก หมายถึง ผู้รับบริการหรือผู้ที่มาติดต่อกับโรงพยาบาล และลูกค้าภายใน หมายถึง พนักงานหรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งทุกคนต่างก็เป็นลูกค้าของกันและกัน ดังนั้น หน้าที่ของทุกคน คือการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า ผู้ให้บริการจะสามารถรับรู้ถึงความต้องการของลูกค้าได้ โดยสำรวจข้อมูลจากการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ผู้รับบริการ และให้กรอกแบบประเมิน ผู้รับความคิดเห็นจากลูกค้าหรือผู้รับบริการ และการสำรวจชุมชน

3.1.2 หลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพบริการ

หลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพบริการ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับระบบ ความรู้เกี่ยวกับความแปรปรวน ความรู้ทางจิตวิทยา ทฤษฎีความรู้ และหลักการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน

3.1.2.1 ความรู้เกี่ยวกับระบบ (Knowledge of System) คือ การมองโรงพยาบาลเป็นระบบหนึ่งที่มีเป้าหมาย ประกอบด้วยแผนกต่างๆที่เกี่ยวข้องกันเป็นหนึ่งเดียว กิจกรรมของส่วนใดส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อกิจกรรมในส่วนอื่นๆด้วย โดยระบบทุกระบบมีลักษณะร่วม คือ มีเป้าหมาย มีผลลัพธ์ มีการใช้ทรัพยากรและมีกระบวนการ

3.1.2.2 ความรู้เกี่ยวกับความผันแปร (Knowledge of Variation) ความผันแปรเป็นส่วนหนึ่งของทุกระบบหรือทุกกระบวนการ การศึกษาเกี่ยวกับความผันแปร เป็นการศึกษาให้ทราบถึงสาเหตุเพื่อลดความแปรปรวนทำให้คุณภาพของผลงานดีขึ้น ซึ่งสาเหตุของความผันแปร มี 2 ประการคือ สาเหตุ

ทั่วไป (common cause) เป็นส่วนที่แฝงอยู่ในระบบตลอดเวลา มีผลต่อผลลัพธ์ทุกขั้นตอนของกระบวนการให้บริการ การแก้ไขต้องเปลี่ยนแปลงที่ระบบโดยผู้บริหารร่วมมือกับผู้ปฏิบัติ และสาเหตุเฉพาะ (special cause) จะเกิดเฉพาะในสถานการณ์พิเศษ แก้ไขได้โดยคนที่อยู่ในระบบ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับความผันแปรจะสนับสนุนหลักการบริหารของเดมิ่ง ข้อ 3 คือ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับจุดประสงค์ของการตรวจสอบว่าเป็นไปเพื่อการปรับปรุงกระบวนการทำงานและลดค่าใช้จ่าย

3.1.2.3 ความรู้ทางจิตวิทยา (Knowledge of Psychology) เป็นการเข้าใจพฤติกรรมบุคคลเพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรบุคคลได้อย่างเหมาะสม

3.1.2.4 ทฤษฎีความรู้ (Theory of Knowledge) หมายถึง ความเข้าใจในการเชื่อมโยงทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน เพื่อการพยากรณ์ (prediction) และประเมินผล (evaluation) การปฏิบัติ การให้บริการ

การได้มาซึ่งความรู้ดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับหลักการบริหารของเดมิ่งข้อ 6 คือ ให้ความสำคัญแก่การฝึกอบรม และหลักการบริหารของเดมิ่งข้อ 13 คือ กระตุ้นการศึกษาและการปรับปรุงตนเองของทุกคน โดยการให้การศึกษ อบรม และฝึกฝนแก่บุคลากรใน โรงพยาบาล และการสนับสนุนการศึกษาด้วยตนเอง ในเรื่องเครื่องมือและวิธีการของการจัดการคุณภาพโดยรวม รวมทั้งการปฏิบัติงานจริง และการตัดสินใจเป็นกลุ่ม

3.1.2.5 หลักการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน (Planned Change) การปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน ซึ่งอาศัยการทำงานผ่านวงจรเดมิ่ง (PDCA Cycle) ซ้ำแล้วซ้ำเล่า คือ การวางแผนแก้ปัญหา (Plan) ประกอบด้วย การทำโอกาสพัฒนา การทำความเข้าใจระบบ ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน วิเคราะห์สาเหตุ และวิเคราะห์ทางเลือก การลงมือแก้ปัญหา (Do) โดยการทดลองปฏิบัติตามทางเลือก การตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) และการปรับปรุงแก้ไข (Action) เป็นการทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน รวมทั้งวางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เดมิ่ง ได้ให้ความสำคัญเรื่องการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน ตามหลักการบริหารของเดมิ่งข้อ 5 คือ มีการปรับปรุงกระบวนการผลิตบริการหรือการให้บริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการปรับปรุง ประกอบด้วย 7 QC tools ได้แก่ ผังก้างปลาหรือแผนภูมิเหตุและผล (cause & effect diagram) แผนภูมิพาเรโต (pareto diagrams) ตารางตรวจสอบ (check sheets) แผนภูมิฮิสโตแกรม (histograms) แผนภูมิการกระจาย (scatter diagrams) แผนภูมิควบคุม (control charts) และกราฟ (graphs) นอกจากนี้ยังมี 7 new QC tools ได้แก่ แผนภูมิแสดง

ความสัมพันธ์ (affinity diagrams) แผนภูมิอินเตอร์รีเลชันชิพ (interrelationship diagrams) แผนภูมิต้นไม้ (tree diagram) แผนภูมิเมทริก (matrix diagrams or chart) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบเมทริก (matrix data analysis) ผังกระบวนการตัดสินใจ (process decision program chart: PDPC) และ แผนภูมิแอร์โร (arrow diagram)

จะเห็นได้ว่าหลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางดำเนินการตามหลักการบริหารของเดมิ่งข้อ 4 คือ เลิกการตัดสินใจทางธุรกิจโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว แต่จะคำนึงถึงคุณภาพตั้งแต่กระบวนการผลิต ซึ่งใช้ปฏิบัติกับผู้ส่งมอบภายนอกหรือผู้จัดหาวัตถุดิบ สำหรับการให้บริการของโรงพยาบาลได้ด้วย

3.1.3 การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Employee Involvement)

ทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในองค์กร เพราะเป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง การพัฒนาพฤติกรรม เจตคติ และค่านิยมใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นในบุคลากร การเรียนรู้ความแตกต่างของแต่ละบุคคล เรียนรู้ความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละคนและความแตกต่างของแรงจูงใจ ดังนั้น การดำเนินงานตามหลักการบริหารของเดมิ่ง ข้อ 8 คือ การจัดการความหวาดกลัว สร้างความเชื่อมั่น สร้างบรรยากาศให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งถ้าผู้ปฏิบัติงานกลัวการถูกตำหนิ จะทำให้ข้อมูลข่าวสารที่ไปถึงผู้บริหารลดลงทั้งจำนวนและคุณภาพ จะช่วยให้ผู้นำสามารถใช้ทรัพยากรบุคคลได้อย่างเหมาะสม การให้อำนาจการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติ การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมโดยการทำงานเป็นทีม ตามหลักการบริหารของเดมิ่งข้อ 9 คือ การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เป็นการใช้พลังสมองของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับกระบวนการนั้นที่สุด เพื่อลดความผันแปรของคุณภาพบริการ รวมทั้งเป็นการลดอุปสรรคของการทำงานระหว่างหน่วยงานด้วยการสร้างทีมงานข้ามสายงาน (Cross-functional team) ส่วนการพัฒนากระบวนการต้องมีการกำหนดเป้าหมาย มีเครื่องมือและวิธีการที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จ จะเป็นแนวทางไปสู่หลักการบริหารของเดมิ่งข้อ 10 คือ การจัดคำขวัญเพื่อเดี่ยวเชิญให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานมากขึ้น และหลักการบริหารของเดมิ่งข้อ 12 คือ ขจัดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน

3.1.4 หลักยุทธศาสตร์ของผู้บริหาร

การจัดการคุณภาพโดยองค์รวม เริ่มต้นที่ผู้บริหารสูงสุด การพัฒนาคุณภาพบริการจะสำเร็จได้สูงสุดถ้าผู้บริหารมีความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง มีการเปลี่ยนแปลงยุทธศาสตร์เทคนิค และวัฒนธรรมที่จำเป็น มีการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม (common vision) ที่ชัดเจน ตามหลักการบริหารของเดมิ่ง ข้อ 1 คือ สร้างเป้าหมายและเจตน์จำนงขององค์กรให้เป็นลายลักษณ์อักษร สื่อสารให้ทุกคนทราบ

และผู้บริหารต้องแสดงให้เห็นถึงการทุ่มเทต่อเป้าหมายอย่างจริงจังสม่ำเสมอ และหลักการบริหารของเดมิ่งข้อ 11 คือ ขจัดโควต่าการผลิตที่เป็นตัวเลขโดยเน้นที่คุณภาพ และเลิกใช้การจัดการโดยวัตถุประสงค์ ผู้บริหารต้องเรียนรู้ความสามารถของกระบวนการและวิธีการพัฒนากระบวนการที่เหมาะสม การลงมือปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมและถือเป็นงานของทุกคนเป็นหลักการบริหารของเดมิ่งข้อ 14 จะช่วยให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลสำเร็จได้ตามจุดมุ่งหมาย แต่ความสำเร็จดังกล่าว ไม่ได้เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของผู้บริหารระดับสูงเพียงคนเดียวเท่านั้น (Wright, Pringle และ Kroll, 1994: 212) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องดำเนินการตามหลักการบริหารของเดมิ่งข้อ 7 คือ ผู้บริหารกระตุ้นให้เกิดภาวะผู้นำทั้งโรงพยาบาล โดยเฉพาะในระดับหัวหน้างานทั้งหมด เพื่อการเป็นแบบอย่าง เป็นผู้สอน แนะนำ และให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน จึงเป็นส่วน ส่งเสริมให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานจัดการคุณภาพโดยองค์รวมได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ใน 4 กิจกรรม คือ

1. การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม (Common Vision)
2. การอบรมพฤติกรรมสู่ความเป็นเลิศในบริการ (Excellent Service

Behavior: ESB)

3. กิจกรรมการพัฒนาองค์การ (Organization Development: OD)
4. กิจกรรมปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality

Improvement: COI) ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ การหาโอกาสพัฒนา การทำความเข้าใจระบบ ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน วิเคราะห์สาเหตุ วิเคราะห์ทางเลือก การทดลองปฏิบัติตามทางเลือก ศึกษาผลการปฏิบัติงาน ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน และวางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ สุมาตุติกุล, 2539: 1-21)

3.2 การรับรู้จัดการคุณภาพโดยองค์รวมของบุคลากรพยาบาล

3.2.1 การรับรู้ (Perception)

มีผู้ให้ความหมายการรับรู้ ไว้พอสรุปได้ดังนี้

เทพนม เมืองแมนและสรวง สุวรรณ (2529) กล่าวว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการในการเลือกรับ การจัดระเบียบ และการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลพบเห็นหรือสัมผัสเกี่ยวข้องด้วยในสิ่งแวดล้อมหนึ่งๆ โดยเลือกสนใจเฉพาะสิ่งเร้าที่มีความหมายต่อตนเองมากกว่า การแปลความหมายจะอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม

ไพบูลย์ เทวรักษ์ (2537) กล่าวว่า การรับรู้ คือ กระบวนการตีความสิ่งเร้าจากการรับสัมผัสของอวัยวะสัมผัสต่างๆ โดยอาศัยประสบการณ์เดิม หรือการเรียนรู้และการคิด

สุชา จันทรเอม (2539) กล่าวว่า การรับรู้ เป็น ขบวนการที่บุคคลมีประสบการณ์กับวัตถุหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นในจิตใจของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากการตีความหรือแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย แล้วสมองแปลความหมายการสัมผัสนั้น นำไปสู่การรับรู้โดยอาศัยประสบการณ์เดิมในการช่วยตีความ หรือแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นๆ เป็นเครื่องช่วย

กระบวนการรับรู้ เป็นกระบวนการระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองของบุคคล โดยกระบวนการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย การสัมผัสหรืออาการสัมผัส ชนิดหรือธรรมชาติของสิ่งเร้า และการแปลความหมายสิ่งเร้า (จำเนียร ช่วงโชติ, 2515) และองค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ สถานการณ์ ความต้องการ และหน้าที่รับผิดชอบของบุคคล ซึ่งการรับรู้ที่ต่างกันจะมีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลต่างกันไปด้วย (เทพนม เมืองแมน และสวีน สุวรรณ, 2529)

3.2.2 การรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม

การดำเนินงานการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมในโรงพยาบาลคุณภาพ ได้ยึดแนวคิดการบริหารคุณภาพ 14 ประการของ Deming เป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดยสรุปออกเป็นหลักการใหญ่ๆ 4 ประการ คือ การยึดลูกค้าเป็นหลัก หลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพบริการ การมีส่วนร่วมของบุคลากร และหลักยุทธศาสตร์ของผู้บริหาร

จากการศึกษาเอกสารต่างๆ พบว่า มีผู้ให้นิยามความหมายของการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ไว้มากมาย แต่ Juran (1995) ให้ความเห็นว่า เกณฑ์การตัดสินรางวัลคุณภาพมัลคอล์มบอริดจ์ของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา เป็นนิยามของการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมที่ดีที่สุดและสมบูรณ์ที่สุด ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวประกอบด้วย 7 หัวข้อ ดังนี้ 1) ภาวะผู้นำ 2) สารสนเทศและการวิเคราะห์ 3) การวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ 4) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 5) การบริหารคุณภาพของกระบวนการ 6) ผลลัพธ์เชิงปฏิบัติและเชิงคุณภาพ และ 7) การให้ความสนใจแก่ลูกค้าและความพึงพอใจของลูกค้า และวีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540: 120) กล่าวว่า เกณฑ์การตัดสินรางวัลคุณภาพมัลคอล์มบอริดจ์ เป็นประโยชน์ต่อ

การนำมาใช้วินิจฉัยสถานภาพการจัดการคุณภาพโดยรวมในองค์กรได้ว่าอยู่ในระดับใด เพื่อจะได้ปรับปรุง พัฒนาจุดอ่อนขององค์กรต่อไป

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวแปรซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการวัดระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพโดยรวมของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการผสมผสานแนวคิดการบริหารคุณภาพ 14 ประการของเดมิ่ง กับเกณฑ์การตัดสินรางวัลคุณภาพมัลคอล์มบอริจ (Hart และ Bogan, 1992) ดังนี้

1. ภาวะผู้นำ
2. สารสนเทศและการวิเคราะห์
3. การวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ
4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
5. การบริหารคุณภาพของกระบวนการ

1. ภาวะผู้นำ (Leadership)

ภาวะผู้นำ มีความสอดคล้องกับหลักการบริหารของเดมิ่ง เกี่ยวกับ การสร้างเป้าหมายขององค์กรในการปรับปรุงผลผลิตและบริการที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทุกคนเรียนรู้ปรัชญาใหม่ สร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้นในทุกะดับของการบริหาร และการจัดคำขวัญเพื่อเคี่ยวเข็ญให้ผู้ปฏิบัติทำงานมากขึ้น พอสรุปได้ ดังนี้

1.1 ความหมายของภาวะผู้นำ

คำว่า “ผู้นำ” (Leader) เริ่มต้นใช้เมื่อปี ค.ศ. 1300 แต่คำว่า “ภาวะผู้นำ” (Leadership) ไม่มีปรากฏจนกระทั่ง ปี ค.ศ. 1834 จึงเริ่มมีการใช้คำดังกล่าว ซึ่งแปลว่า ความสามารถที่จะนำผู้อื่น (Marriner-Tomey, 1993: 4)

Bass (1987 อ้างถึงใน พนิดา ดามาพงศ์, 2534: 9-10) ได้สรุปความหมายของภาวะผู้นำไว้ดังนี้

1. เป็นจุดศูนย์รวมของกระบวนการกลุ่ม
2. เป็นบุคลิกลักษณะและผลอันเกิดจากบุคลิกลักษณะของผู้นำ
3. เป็นศิลปะในการทำให้ผู้อื่นยอมปฏิบัติตาม
4. เป็นการใช้อิทธิพลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

5. เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมในการอำนวยความสะดวกหรือประสานงานของสมาชิกกลุ่ม
6. เป็นรูปแบบของการจูงใจมากกว่าการบังคับ
7. เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอำนาจ โดยผู้นำใช้อำนาจที่มีอยู่ในการกำหนดพฤติกรรมของสมาชิก
8. เป็นเครื่องมือไปสู่การบรรลุจุดมุ่งหมาย
9. เป็นผลของการมีปฏิสัมพันธ์ โดยการกระตุ้นสมาชิกในกลุ่มเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายเดียวกัน
10. เป็นการแสดงบทบาทที่แตกต่างกันระหว่างผู้นำและสมาชิก
11. เป็นการริเริ่มโครงสร้าง รวมถึงการคงไว้ซึ่งโครงสร้างของความคาดหวังและการมีปฏิสัมพันธ์

Talbott (Swansburg, 1996: 423) กล่าวว่า ภาวะผู้นำ เป็นการผสมผสานวิธีการเพื่อความอยู่รอด ซึ่งเป็นการสร้างสรรค์วิธีการดำเนินงานใหม่ๆ มาใช้ในองค์กร

Burns (Besterfield และ Besterfield, 1995: 16) กล่าวว่า ผู้นำ เป็นบุคคลที่ทำให้เป้าหมายขององค์กรไปสู่ผู้ปฏิบัติโดยปราศจากการใช้อำนาจควบคุม ผู้นำเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจให้เกิดการสร้างเป้าหมายร่วมกัน เป็นผู้แสดงให้เห็นถึงค่านิยมขององค์กร สื่อสารและดำรงรักษาค่านิยมขององค์กร รวมถึงเป็นตัวอย่งในการแสดงถึงค่านิยมขององค์กรด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Goetsch และ Davis (1994: 192) ที่กล่าวว่า ภาวะผู้นำ หมายถึง ความสามารถในการสร้างแรงบันดาลใจ (inspiration) ให้บุคคลปฏิบัติสิ่งต่างๆ ด้วยความสมัครใจ และมีความมุ่งมั่นต่อการบรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กร

จะเห็นได้ว่า ทั้ง Burns และ Goetsch and Davis ได้กล่าวถึง แนวคิดที่เป็นกุญแจสำคัญต่อการสร้างคุณภาพโดยองค์กรรวม คือ การสร้างแรงบันดาลใจ ซึ่งการสร้างแรงบันดาลใจเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีระดับสูงกว่าการจูงใจโดยทั่วไป แรงบันดาลใจ (Inspiration) เป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลโดยออกมาจากตัวบุคคลเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น การจูงใจบุคลากรให้มุ่งมั่นต่อจุดมุ่งหมายขององค์กรเป็นวิธีการสร้างแรงบันดาลใจ เมื่อบุคลากรเกิดแรงบันดาลใจจะทำให้บุคลากรตั้งใจปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์กรด้วยตนเอง

1.2 ความสำคัญของภาวะผู้นำต่อองค์การ

ภาวะผู้นำเป็นสิ่งผลักดันที่จำเป็นต่อความสำเร็จขององค์การ ภาวะผู้นำจะช่วยให้องค์การพัฒนาวิสัยทัศน์ที่บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ และจำเป็นในการกระตุ้น (mobilize) ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางของวิสัยทัศน์นั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันองค์การต้องการผู้นำที่มีความมุ่งมั่นจริงจัง พัฒนาผู้ตามให้เป็นผู้นำ และเปลี่ยนแปลงวิธีการนำ (Bennis และ Nanus, 1985 cited in Marriner-Tomey, 1993: 7) ประมาจารย์ด้านคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็น Deming, Juran, Crosby หรือ Feigenbaum ต่างให้ความสำคัญต่อภาวะผู้นำทั้งสิ้น (George, 1992: 56-57) โดย Deming กล่าวว่า สาเหตุของปัญหาด้านคุณภาพ ร้อยละ 85 เกิดจากการบริหารจัดการ ส่วน Crosby กล่าวว่า ขั้นตอนแรกของการปรับปรุงคุณภาพ คือ ความมุ่งมั่นในการบริหารจัดการ (management commitment)

ผู้นำ เป็นผู้ขับเคลื่อน (Driver) ระบบคุณภาพขององค์การ ถ้าผู้นำปฏิบัติตนเป็นเพียงผู้โดยสารคนหนึ่งเท่านั้น ก็จะไม่มีการดำเนินการให้คุณภาพเกิดขึ้นในทุกหน่วยงานในองค์การได้ ดังนั้น ผู้นำจะต้องสร้างจิตใจแห่งความมุ่งมั่นในคุณภาพ และแสดงออกให้ทุกคนเห็นถึงความมุ่งมั่นต่อคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างคุณภาพ ร่วมในการฝึกอบรมบุคลากร และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมพัฒนาคุณภาพขององค์การ มีการติดตามผลงานในทุกหน่วยงานย่อย เพื่อให้การสนับสนุนให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติโดยตรง (George, 1992: 56)

ความสำเร็จขององค์การหรือกลยุทธ์ต่างๆ จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ด้วยการผลักดันของผู้บริหารระดับสูงเพียงลำพังเท่านั้น เพราะผู้บริหารระดับสูงไม่สามารถสัมผัสกับสถานการณ์จริงได้ทั่วถึง ดังนั้น ภาวะผู้นำ จึงจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในทุกๆ ระดับของการบริหาร และทุกพื้นที่ที่หน่วยปฏิบัติงาน (Wright, Pringle และ Kroll, 1994: 212) สอดคล้องกับหลักการบริหารของเดมมิง ข้อที่ 7 เน้นการสร้างภาวะผู้นำให้เกิดทุกระดับในองค์การ George (1992: 56) กล่าวว่า ผู้นำคุณภาพ (Quality Leadership) ชั้นนำของโลกเป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่นอย่างจริงจัง (Commitment) มีวิสัยทัศน์ (Visionary) และมีการสร้างภาวะผู้นำ (hands-on leadership)

1.3 ทฤษฎีภาวะผู้นำ

James (1996: 145-154) ได้รวบรวม ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำ ไว้ดังนี้

1.3.1 คุณลักษณะผู้นำคุณภาพ (The trait qualities of leadership)

ทฤษฎีคุณลักษณะผู้นำ เริ่มมีในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 1 การค้นหาคุณลักษณะผู้นำเน้นประโยชน์ทางการทหาร โดยเลือกผู้นำจากคุณลักษณะเฉพาะตัวในการนำกลุ่มบุคคล

(Bass, 1981) ผู้นำจะต่างจากคนอื่น ๆ คือ มีความเฉลียวฉลาด มีบารมี เข้มแข็ง กล้าหาญ มีความมั่นใจในตนเอง

ทฤษฎีคุณลักษณะผู้นำ พัฒนามาจาก Taylorism ผู้นำจะมีความสัมพันธ์กับ คุณลักษณะ 5 ประการ (Bass, 1981) คือ ความเฉลียวฉลาด (intelligence) มีอำนาจเหนือผู้อื่น (dominance) มีความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) มีความรอบรู้เกี่ยวกับงาน (job-related knowledge) และมีการจูงใจและการใช้พลังงานสูง (high motivation and energy) การเลือกผู้นำเน้นคุณลักษณะที่ติดตัวมาแต่กำเนิดมากกว่าคุณลักษณะที่สามารถเรียนรู้ได้ในภายหลัง

1.3.2 พฤติกรรมความเป็นผู้นำคุณภาพ (The behavioral qualities of leadership)

เมื่อผู้นำที่มีประสิทธิภาพไม่ได้มีคุณลักษณะใดๆ ที่เด่นชัด และพบว่าบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมทางพฤติกรรมของความเป็นผู้นำที่เหมาะสมแล้ว จะสามารถเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพได้ ทฤษฎีนี้จึงเน้นให้มีการวิเคราะห์งานที่ผู้นำต้องกระทำ เป็นผลให้เกิดรูปแบบการสร้างภาวะผู้นำหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น

Kurt Lewin ได้ศึกษาแบบของความเป็นผู้นำ (Kurt Lewin's Studies of Leadership Style) โดยแบ่งผู้นำออกเป็น 3 แบบ คือ แบบอัตตาธิปไตย (autocratic style) แบบประชาธิปไตย (democratic style) และแบบเสรีนิยม (laissez-faire style) โดยเชื่อว่า ผู้นำแบบประชาธิปไตยเป็นแบบที่ดีที่สุด (Swansburg, 1993: 308)

Likert (1967 cited in Swansburg, 1993: 308) ได้ศึกษารูปแบบของผู้นำ โดยแบ่งผู้นำเป็น 4 แบบ ซึ่งเรียกว่า ระบบ 4 (Likert's Four Systems of Leadership) คือ

1. ระบบเผด็จการแบบทรราชย์ (exploitive-authoritative)

ผู้นำยึดถือข้อสมมติฐานตามทฤษฎี X ของ McGregor อย่างมาก มักใช้การลงโทษ บังคับ ออกคำสั่งและควบคุมอย่างใกล้ชิด

2. ระบบเผด็จการแบบมีศิลปะ (benevolent-authoritative)

ผู้นำทำการตัดสินใจในปัญหาทุกเรื่องแต่ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ใต้บังคับบัญชา โดยอาจให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในบางครั้ง

3. ระบบการปรึกษาหารือ (consultative-democratic) ผู้นำ

เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจแต่ผู้นำยังเป็นผู้ตัดสินใจในขั้นสุดท้าย

4. ระบบการให้เข้ามามีส่วนร่วม (participation-democratic)

ผู้นำจะยึดถือข้อสมมติฐานตามทฤษฎี Y ของ McGregor มีการเปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้ามามี

ส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ผู้นำแบบนี้เรียกว่า ผู้นำแบบประชาธิปไตย ซึ่งถือเป็นแบบที่ดีที่สุดขององค์การคุณภาพ

Blake และ Mouton (1964 cited in James, 1996: 147-148) ได้ศึกษารูปแบบของผู้นำใน 2 ลักษณะ คือ ผู้นำแบบมุ่งงาน (task-oriented หรือ product-oriented) หมายถึง การที่ผู้นำแสดงบทบาทเน้นหนักเรื่องงาน โดยกำหนดออกมาเป็นรูปโครงสร้าง ตารางการทำงาน ระเบียบวิธีปฏิบัติ สายการบังคับบัญชา เป็นต้น และผู้นำแบบมุ่งคน (people-oriented หรือ employee oriented) หมายถึง การที่ผู้นำแสดงบทบาทเน้นหนักเรื่องความมีมนุษยสัมพันธ์ คำนึงถึงความต้องการของผู้อื่น โดยการศึกษารูปแบบภาวะผู้นำของ Blake และ Mouton สามารถกำหนดรูปแบบภาวะผู้นำเป็น 5 แบบ คือ

1. ผู้นำที่ไม่มุ่งทั้งงานและคน
2. ผู้นำที่มุ่งงานและไม่มุ่งคน
3. ผู้นำที่มุ่งคนและไม่มุ่งงาน
4. ผู้นำที่มุ่งทั้งงานและคนในระดับปานกลางเท่ากัน
5. ผู้นำที่มุ่งทั้งงานและคนในระดับสูงเท่ากัน

รูปแบบของผู้นำที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ได้แก่ แบบที่ 5 ซึ่งให้ความสำคัญทั้งคนและงาน การให้ความสำคัญทั้งคนและงานของผู้นำในเกือบทุกสถานการณ์ทำให้ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น การขาดงานและการออกจากงานลดลง และความพึงพอใจของผู้ตามมีมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้ว่า ผู้นำแบบใดที่สามารถใช้ได้ในทุกสถานการณ์ แบบของผู้นำที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยของสถานการณ์ ซึ่ง ธงชัย สันติวงษ์และชัยยศ สันติวงษ์ (2535: 138) กล่าวว่า

- หากองค์การมุ่งไปที่การผลิต ผู้นำแบบมุ่งงานจะทำให้องค์การมีแนวโน้มมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- หากกลุ่มมีขนาดเล็ก ผู้นำควรเป็นแบบมุ่งคนเป็นหลัก เพราะความพึงพอใจของกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญ
- หากสมาชิกมีความต้องการด้านความปลอดภัยและต่อการทำงาน ผู้นำควรเป็นแบบมุ่งงานเป็นหลัก
- หากสมาชิกมีความต้องการทางสังคม ผู้นำควรเป็นแบบมุ่งคนเป็นหลัก

1.3.3 ผู้นำคุณภาพตามสถานการณ์ (The situational qualities of leadership)

ผู้นำตามสถานการณ์เน้นถึงการแสดงภาวะผู้นำให้เหมาะสมกับสถานการณ์ Barrow (1977 cited in James, 1996: 148) ซึ่งให้เห็นว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ความซับซ้อนขององค์การและการใช้เทคโนโลยี ดังนั้น ผู้นำจะเป็นแบบที่มีการควบคุมระดับปานกลาง สายการควบคุมงานต้องมีการพัฒนา มีการให้ความสำคัญแก่ทุกงาน และการสร้างจุดแข็งของวัฒนธรรมองค์การ การศึกษาความเป็นผู้นำตามสถานการณ์ มีหลายแนวคิด พอสรุปได้ดังนี้

ทฤษฎีแนวทาง-เป้าหมาย (Path-Goal Theory) ของ House (1971 cited in James, 1996: 150) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับสิ่งจูงใจที่ผู้นำควรทราบ เพื่อสามารถให้รางวัลตอบแทนแก่ผู้ปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ การตัดสินใจพฤติกรรมของผู้นำขึ้นอยู่กับ การยอมรับของผู้ตามเมื่อผู้ตามมีความพึงพอใจ นอกจากนี้ ผู้นำควรมีมนุษยสัมพันธ์เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ตาม House แบ่งแบบของผู้นำออกเป็น 4 แบบ คือ 1) ผู้นำแบบชี้แนะ (directive leadership) ผู้นำจะบอกให้ทราบว่า ลูกน้องต้องทำอะไร ซึ่งแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ซึ่งเป็นมาตรฐานในการกำหนดการให้รางวัล 2) ผู้นำแบบค้ำจุน (supportive leadership) คือ ผู้นำที่เป็นมิตร เป็นกันเองและเข้าใจความต้องการของลูกน้อง จัดสวัสดิการและสิ่งจำเป็นให้ลูกน้อง 3) ผู้นำแบบร่วมงาน (participative leadership) คือผู้นำที่ยอมรับแนวคิดและข้อเสนอแนะจากลูกน้อง และ 4) ผู้นำแบบเน้นความสำเร็จ (achievement leadership) คือผู้นำที่กำหนดจุดมุ่งหมายอันสูงสุดที่ท้าทายความสามารถของลูกน้อง และแสดงออกว่ามีความเชื่อมั่นสูงในความสามารถของลูกน้อง

ทฤษฎีตามสถานการณ์ (The Fiedler Contingency Theory) ของ Fiedler (1967 cited in James, 1996: 151) โดย Fiedler ได้ระบุถึงลักษณะด้านสถานการณ์ 3 อย่าง ที่มีอิทธิพลต่อความมีประสิทธิภาพของผู้นำ คือ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ตาม ผู้นำจะได้รับการยอมรับจากกลุ่มมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ และความคาดหวังของผู้ตามในสถานการณ์ที่ผู้นำและผู้ตามสามารถเข้ากันได้ดี ผู้นำย่อมมีอิทธิพลมากกว่าในกรณีที่ไม่สามารถเข้ากันได้
2. โครงสร้างของงาน หมายถึง งานที่มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติไว้มากน้อยแค่ไหน ถ้ามีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบก็จะเป็นการง่ายต่อผู้บริหารที่จะเป็นผู้นำ ถ้าไม่มีการกำหนดไว้อย่างต้องการผู้บริหารที่เป็นผู้นำที่มีความคิดสร้างสรรค์
3. อำนาจของผู้นำและควมมีฝีมือของผู้นำในการจูงใจผู้ตาม อำนาจหมายถึง อำนาจหน้าที่ที่เป็นทางการที่องค์กรกำหนดไว้ หากมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ไว้มากผู้ใช้นั้นย่อมมี

อิทธิพลต่อผู้อื่นมากด้วย ความมีฝีมือของผู้นำ คือ ความสามารถที่จะมีความเข้าใจจากการรับรู้ถึงกลไกเกี่ยวกับสิ่งจูงใจที่จะชักนำให้ผู้นับตามปฏิบัติตาม

จากการศึกษาของ Fiedler พบว่า การเปลี่ยนแปลงแบบของผู้นำจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ทิศทางในการปรับปรุงประสิทธิภาพของผู้นำ มี 2 ประการ คือ ปรับแบบผู้นำให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้เหมาะสมกับผู้นำ

Autocratic-democratic Continuum ของ Tannenbaum และ Schmidt (1973 cited in James, 1996: 149) ผู้นำแบบอัตตาธิปไตย ซึ่งผู้เป็นคนที่ตัดสินใจในทุกเรื่องกับผู้นำแบบประชาธิปไตย ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยไม่มีรูปแบบใดที่ดีที่สุด ขึ้นอยู่กับความสามารถที่หลากหลายในการตัดสินใจและสถานการณ์ขณะปฏิบัติงาน แต่มีแนวโน้มการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงจากการตัดสินใจโดยบุคคลคนเดียวไปสู่การตัดสินใจโดยอาศัยกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับผู้ตามมากขึ้น เน้นการตัดสินใจร่วมกันในหน่วยปฏิบัติงานโดยตรง โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้บริหารเข้ามาเกี่ยวข้อง เป็นพื้นฐานในกิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพ

ทฤษฎีผู้นำตามสถานการณ์ (Situational Leadership Theory) Hersey และ Blanchard (1978 cited in James, 1996: 149) พัฒนาทฤษฎีผู้นำตามสถานการณ์โดยมุ่งเน้นผู้ตามมากกว่าผู้นำ โดยตั้งอยู่บนแนวคิดพื้นฐาน 3 ประการ คือ พฤติกรรมด้านงาน (task behavior) ของผู้นำ พฤติกรรมด้านมนุษยสัมพันธ์ (relationship behavior) และระดับวุฒิภาวะของผู้ตาม (maturity level) ได้จำแนกผู้นำออกเป็น 4 แบบ คือ เน้นการสั่งการ (Telling) เน้นขายงาน (Selling) เน้นการร่วมงาน (Participating) เน้นมอบหมายงาน (Delegating)

1.3.4 ทฤษฎีภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transactional and Transformational Leadership Theories) พัฒนาโดย Burns (1978)

ในปี ค.ศ. 1980 การศึกษาวิจัยเริ่มให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลงผู้นำและองค์กร จึงเริ่มมีทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งทำให้เกิดข้อผูกพันกับวัตถุประสงค์ขององค์กร ตลอดจนการให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติในการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดย Burns (1978 cited in Yukl, 1994: 350) เป็นผู้ให้แนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในระยะแรก Burns เชื่อว่า ผู้บริหารควรมีภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน (Transactional leadership) โดยภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มต้นติดต่อกับผู้อื่น โดยมีความประสงค์จะแลกเปลี่ยนสิ่งที่มีคุณค่า ด้านเศรษฐกิจ การเมือง หรือด้านจิตใจ ผลของภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนจะมีผลในช่วงระยะเวลาสั้นๆ (Mariner-Tomey, 1993: 22) แต่เมื่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีวัฒนธรรมองค์กรที่ซับซ้อนขึ้น Burns (1978) จึงเสนอวิธี

การของภาวะผู้นำแบบใหม่ที่สามารถจูงใจให้ผู้ตามปฏิบัติตามมากกว่าที่คาดหวังไว้ เรียกว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) ซึ่งลักษณะภาวะผู้นำทั้ง 2 อย่าง มีลักษณะที่แยกออกจากกัน

ทฤษฎีภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transactional and Transformational Leadership Theories) ตามแนวคิดของ Bass (1985)

การศึกษาของ Bass (1985) พบว่า ผู้นำที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วยภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Yukl, 1994: 354) โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจมาอธิบายทฤษฎีภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้ชัดเจนยิ่งขึ้น Bass (1985: 153) กล่าวว่า การที่ผู้นำจะแสดงภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนหรือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงนั้นขึ้นอยู่กับ 1) สิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร ได้แก่ ประวัติศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมขององค์กรที่ผู้นำนั้นอยู่ 2) สิ่งแวดล้อมภายในองค์กร ได้แก่ ตัวองค์กร งาน ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชาของผู้นำ และ 3) คุณลักษณะส่วนตัวและค่านิยมของผู้นำเอง Dunham-Taylor และ Klafehn (1995: 68) มีความเห็นสอดคล้องกับ Bass (1985) โดยกล่าวว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อใช้ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนร่วมด้วย แต่ผู้นำที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดมีแนวโน้มของคุณลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนมากกว่า ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน

ตามแนวคิดของ Bass (1985) ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน หมายถึง การที่ผู้นำอธิบายให้ผู้ตามเข้าใจบทบาทและงานที่ผู้ตามต้องทำให้สำเร็จ รางวัลตอบแทนที่จะได้รับและวิธีทำงาน ซึ่งทำให้ผู้ตามเกิดแรงจูงใจที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จ ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน ประกอบด้วย การให้รางวัลโดยมีเงื่อนไข (contingent reward) และการจัดการโดยมีข้อยกเว้น (management by exception)

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ตามมีความต้องการและมีความพึงพอใจมากกว่าที่เป็นอยู่ โดยใช้ลำดับความต้องการของ Maslow ในการกระตุ้นให้ผู้ตามเกิดความต้องการที่สูงขึ้น ด้วยวิธีการดังนี้ 1) ทำให้ผู้ตามตระหนักถึงความต้องการ มีความสำนึกในความสำคัญและคุณค่าของจุดมุ่งหมาย และวิธีที่จะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมาย 2) ให้คำนึงถึงผลประโยชน์ของทีม องค์กร และนโยบายมากกว่าผลประโยชน์ส่วนตน 3) ยกระดับความต้องการของ Maslow และ Alderfer หรือทำให้ผู้ตามเกิดความจำเป็นและความต้องการที่สูงขึ้น ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย การสร้างบารมี (charisma) การคำนึงถึงความเป็นเอกบุคคคล (individualized consideration) และการกระตุ้นปัญญา (intellectual stimulation)

1.3.5 การนำตนเอง (self-leadership)

James (1995: 152-154) กล่าวว่า การนำตนเอง หมายถึง การเรียนรู้ว่าจะต้องทำอะไร เมื่อไรและทำอย่างไร เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่จำเป็นต้องทำการตัดสินใจด้วยตนเอง จะนำมาซึ่งความมุ่งมั่นต่อการผลิตผลงานคุณภาพ การนำตนเองเป็นเครื่องบ่งบอกถึงการควบคุมและการจัดการด้วยตนเอง ถือเป็นปรัชญาและการจัดการที่สร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้นแก่บุคลากรทุกคน แก่ทีมงานและเพิ่มความสามารถขององค์กรในการสร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้า

การนำตนเอง เป็นสิ่งจำเป็นต่อกิจกรรมกลุ่มคุณภาพ กลุ่มวางแผนคุณภาพ และจำเป็นสำหรับบุคคล เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติที่จัดขึ้นเพื่อให้บุคลากรแต่ละคน เพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่ตนรับผิดชอบ การให้การศึกษา ให้ความรู้ และการจูงใจให้บุคลากรทุกคน มุ่งมั่นปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถเกิดการเรียนรู้วิธีการขอคำปรึกษาเมื่อมีความจำเป็นมีการประสานงานภายในกลุ่ม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแรงผลักดันให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของกลุ่ม

ผู้บริหารเป็นผู้แสดงตัวอย่างผู้นำในองค์กรและเปลี่ยนแปลงกิจกรรมการบริหารจัดการที่จำเป็นต่อการสร้างคุณภาพ ต้องมีภาวะผู้นำเพื่อการนำตนเองและทีมงาน สนับสนุนให้เกิดการนำตนเองแก่บุคลากรทุกคนโดยการให้อำนาจตัดสินใจ (Empowerment) ในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม

แนวทางการสร้างให้เกิดการนำตนเอง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนบทบาทผู้บริหาร จัดโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกอบรมที่จำเป็นแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการจัดการเพื่อสร้างโอกาสให้เกิดภาวะผู้นำแนวใหม่ในองค์กร ขจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความมุ่งมั่นในการสร้างคุณภาพ ให้โอกาสพัฒนาการนำตนเองแก่บุคลากรทุกคน สร้างระบบการประสานงานภายในองค์กรให้มีประสิทธิภาพ นำระบบการจัดการคุณภาพที่จำเป็นมาใช้ เช่น ISO 9000 มีการแลกเปลี่ยนสารสนเทศและข้อมูลระหว่างหน่วยงานในองค์กรเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพองค์กร

1.3.6 ทฤษฎี Z (Theory Z)

ทฤษฎี Z พัฒนาขึ้นโดย William Ouchi (1981 cited in Swansburge, 1996: 580) เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการตัดสินใจ แบบของภาวะผู้นำจะเป็นผู้นำแบบประชาธิปไตย (democratic leadership) ซึ่งประกอบด้วย การกระจายอำนาจ (decentralization) การบริหารแบบมีส่วนร่วม (participatory management) การมีส่วนร่วมของบุคลากร (employee involvement) และการมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของบุคลากร (quality of life) ผู้นำเป็นผู้ที่พัฒนาและใช้ศักยภาพบุคลากรในองค์กร

จากการศึกษาของ Adair และ Nygard (1982 cited in Swansburge, 1996: 580) พบว่า การนำทฤษฎี Z มาใช้ในการบริหารจัดการในองค์กรพยาบาล จะทำให้องค์กรได้รับประโยชน์จากความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากร และการใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างเต็มความสามารถ การนำแนวคิดทฤษฎี Z มาใช้ เริ่มต้นด้วยการวางแผนที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบุคลากรและคุณภาพงาน พร้อมกับปลูกฝังปรัชญาด้านคุณภาพและการฝึกฝนบุคลากรระดับหัวหน้า การดูแลบุคลากรมุ่งเน้นความต้องการด้านอาชีพ ด้วยการผสมผสานชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวเข้าด้วยกัน เช่น จัดให้มีศูนย์ดูแลเด็กเล็กในหน่วยงาน การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สันทนาการ การให้คำปรึกษา และให้โอกาสความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เป็นต้น การจัดโปรแกรมดังกล่าวส่งผลให้บุคลากรมีการสร้างสรรค์งานใหม่ๆ ได้มากกว่างานประจำ อัตราการเปลี่ยนงานลดลงจาก ร้อยละ 30 เหลือร้อยละ 4 ความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานลดลง ต้นทุนการผลิตลดลง ทั้งยังเป็นการปรับปรุงความเสี่ยงทางการบริหารและการประกันคุณภาพอีกด้วย

1.4 ผู้นำคุณภาพ (Quality Leadership)

ผู้นำคุณภาพ คือ ผู้นำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพขององค์กร สื่อสารไปยังหน่วยงานต่างๆ อย่างทั่วถึงทั้งองค์กร จัดหาวิธีการที่ยืดหยุ่นในการจัดการคุณภาพเหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน (Reily, 1994 cited in James, 1996: 143)

ผู้นำคุณภาพ จะให้ความสำคัญกับลูกค้าเป็นอันดับแรก ผลิตภัณฑ์หรือบริการจะต้องสนองตอบความคาดหวังและตรงกับความต้องการของลูกค้า โดยที่ตลอดกระบวนการผลิตจะต้องไม่มีการสูญเสียวัตถุดิบ ไม่ต้องกลับมาทำใหม่ และไม่สูญเสียเวลา ซึ่งจะเกิดขึ้นได้โดยการสร้างความเป็นเลิศให้เกิดในทุกหน่วยงานในองค์กร และให้ความสำคัญแก่บุคลากรระดับปฏิบัติโดยถือว่าทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จขององค์กร (Scholtes, 1988 cited in Geotsh และ Davis, 1994: 197)

ผู้นำคุณภาพ มีพื้นฐานมาจากแนวคิดการปรับปรุงวิธีการและกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Deming (Geotsh และ Davis, 1994: 197) เรียกว่า The Deming Chain Reaction ประกอบด้วย

1. การปรับปรุงคุณภาพ (Improved quality)
2. การลดต้นทุนการผลิต (Decreased cost)
3. การปรับปรุงผลผลิต (Improved productivity)
4. การลดราคาสินค้า (Decreased prices)

5. การเพิ่มส่วนแบ่งตลาด (Increased market share)
6. การอยู่รอดอันยาวนานในธุรกิจ (Longevity in business)
7. การมีงานเพิ่ม (More job)
8. การปรับปรุงด้านการลงทุน (Improved return on investment)

Geotsch และ Davis (1994: 194) กล่าวว่า ผู้นำคุณภาพที่ดี ควรมีลักษณะดังนี้

1. มีความมุ่งมั่นต่องานและต่อบุคลากรในลักษณะที่สมดุลกัน (Balanced Commitment)
2. มีรูปแบบบทบาทเป็นผู้นำที่สร้างแรงบันดาลใจ (Positive Role Model) แก่บุคลากร ให้การยอมรับบุคลากร มุ่งมั่นต่อการปฏิบัติให้ดีขึ้นกว่าเดิม ปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
3. มีทักษะในการติดต่อสื่อสารที่ดี (Good Communication Skills)
4. มีอิทธิพลในการใช้อิทธิพลกับบุคลากร (Positive Influence) เพื่อผลักดันให้บุคคลบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้
5. เป็นรูปแบบของการจูงใจ (Persuasiveness) โดยใช้ทักษะการติดต่อสื่อสาร การให้การช่วยเหลือ ทำให้บุคลากรสมัครใจและมุ่งมั่นต่อการบรรลุจุดมุ่งหมายขององค์การ

Besterfield และ Besterfield (1995: 34-35) กล่าวถึง ลักษณะของผู้นำคุณภาพที่จะนำองค์การประสบผลสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย

1. ผู้นำที่ให้ความสำคัญต่อความต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายใน
2. ผู้นำที่ให้อำนาจการตัดสินใจ (empowerment) แก่ผู้ใต้บังคับบัญชามากกว่าการควบคุม
3. ผู้นำที่เน้นการปรับปรุงให้ดีขึ้นมากกว่าการรักษาสภาพให้คงอยู่
4. ผู้นำที่เน้นการป้องกันมากกว่าการแก้ไขภายหลังเกิดข้อบกพร่อง
5. ผู้นำที่สนับสนุนการประสานงานมากกว่าการแข่งขันกันระหว่างหน่วยงาน
6. ผู้นำที่ให้การฝึกฝนและให้คำแนะนำ
7. ผู้นำที่เรียนรู้จากปัญหา และทำให้ปัญหากลายเป็นโอกาสในการพัฒนา

8. ผู้นำที่พยายามปรับปรุงวิธีการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสื่อสารแบบสองทาง

9. ผู้นำที่แสดงออกถึงความมุ่งมั่นในคุณภาพ

10. ผู้นำที่เลือกผู้ส่งมอบภายนอกบนพื้นฐานคุณภาพ

11. ผู้นำที่ปรับโครงสร้างองค์การเพื่อสนับสนุนการสร้างคุณภาพ

12. ผู้นำที่สนับสนุนทีมและให้การยอมรับในความพยายามของทีม

ให้ความสำคัญแก่บุคลากรทุกคน

Bradfort และ Cohen (1994 cited in Mears และ Voehl, 1995: 2) กล่าวว่า ลักษณะของผู้นำที่เน้นการสั่งการและควบคุมอย่างเคร่งครัดไม่เหมาะกับองค์การในยุคปัจจุบันที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน อำนาจและอำนาจหน้าที่ จะเกิดกับผู้บริหาร (managers) ผู้ซึ่งสามารถแก้ไขได้ทุกปัญหา ผู้นำยุคใหม่มีแนวโน้มไปสู่การบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นภาวะผู้นำที่เหมาะสมสำหรับการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

1.5 บทบาทของผู้นำคุณภาพ

Kouzes และ Posner (1988 cited in Mears และ Voehl, 1995: 3-4) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมของผู้นำที่ประสบความสำเร็จในการบริหารคุณภาพ พบว่า ร้อยละ 80 ของพฤติกรรมการบริหาร ผู้นำเหล่านั้นจะปฏิบัติในบทบาทต่างๆ 7 ประการ คือ

1. เป็นผู้ริเริ่มกระบวนการใหม่ๆ ค้นหาโอกาสในการเปลี่ยนแปลงสภาพปัจจุบันขององค์การ (Challenge the process)

2. เป็นผู้กระตุ้นจูงใจบุคลากรให้สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ผู้นำจะใช้ทักษะในการสื่อสารให้ทุกคนมุ่งมั่นต่อจุดมุ่งหมายร่วมกัน (Inspire a share vision)

3. เป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จ (Enable others to act and succeed)

4. แสดงตนเป็นแบบอย่างด้านค่านิยมและความเชื่อขององค์การ (Model their values and beliefs)

5. ใช้รูปแบบการจูงใจ (Persuade to new heights)

6. ให้การยอมรับ ยกย่องชมเชยหรือให้รางวัลเมื่อบุคลากรปฏิบัติงานจนประสบผลสำเร็จ (Encourage and support)

7. การมุ่งเน้นลูกค้าเป็นหลัก (Focus on the customer)

Mears และ Voehl (1995: 11-12) กล่าวว่า ผู้นำที่จะประสบผลสำเร็จ จะปฏิบัติกิจกรรม 5 ประการ ดังนี้ สร้างวิสัยทัศน์ (vision) กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (urgency) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) การให้ความไว้วางใจ (trust) และมีความรับผิดชอบต่อบุคลากร (personal responsibility)

1.6 การรับรู้ภาวะผู้นำกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล

ลักษณะของภาวะผู้นำสำหรับองค์การคุณภาพ เป็นผู้นำแบบมีส่วนร่วม (participative leadership) สูง ซึ่งเป็นลักษณะผู้นำที่เสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดในบุคลากรผู้ปฏิบัติ การรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติและนำความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติมาประกอบการตัดสินใจ มีการทำงานร่วมกับบุคลากรระดับปฏิบัติโดยการให้คำแนะนำ เพื่อการปรับปรุงจุดอ่อนมากกว่าการตำหนิผู้ปฏิบัติ รวมถึงการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติที่ปรับปรุงการปฏิบัติงานจนเป็นผลสำเร็จ (Geotsch และ Davis, 1994: 205)

ผู้นำที่เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหาร (participative leadership) บุคลากรจะมีความสุขกับการได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงานที่ตนทำ เป็นการสร้างความพึงพอใจในงาน บุคลากรจะทุ่มเทเวลาในการปฏิบัติงานมากขึ้น และมีความตั้งใจที่จะสร้างความเจริญให้แก่งานและองค์การ ถ้าบุคลากรนั้นได้รับอำนาจการตัดสินใจในการปฏิบัติงานของตนจากผู้บริหาร (Geotsch และ Davis, 1994: 57) การมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน จะนำไปสู่การพัฒนาความพึงพอใจในงาน เป็นการสร้างทัศนคติทางบวก และส่งเสริมระดับความพึงพอใจในงานซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการคุณภาพโดยรวม (TQM) (Geotsch และ Davis, 1994: 161)

จากการศึกษาของ Counte และคณะ (1992) พบว่า บุคลากรพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยรวม มีความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยภายในสูงกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม ได้แก่ ความรู้สึกประสบผลสำเร็จในการทำงาน การได้รับการสนับสนุนจากผู้ร่วมงาน การมีโอกาสแสดงความสามารถของตน และการมีโอกาสสร้างสรรค์งานใหม่ และ Churchill (1991) พบว่า จากการสำรวจความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล ภายหลังจากการนำการจัดการคุณภาพโดยรวมมาใช้ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 ปี บุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจ ร้อยละ 70 สูงกว่าก่อนดำเนินการซึ่งมีเพียง ร้อยละ 40

2. สารสนเทศและการวิเคราะห์ (Information and Analysis)

2.1 ความหมายของข้อมูลและสารสนเทศ

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534: 52) กล่าวว่า ข้อมูล หมายถึง เอกสาร ข้อความ จำนวนตัวเลข ที่สามารถใช้เป็นหลักอ้างอิงเพื่อการทดสอบและพิสูจน์ได้

จากรายงานการสัมมนาทางการบริหารการพยาบาล เรื่อง เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารบุคลากรทางการพยาบาล (2539) พอสรุปได้ว่า ข้อมูล (Data) คือ ข้อเท็จจริงที่เป็นตัวเลขที่แสดงจำนวนปริมาณหรืออักษรที่เป็นการกระทำ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนหรือสิ่งของ ได้จากการนับ การวัด การสังเกต หรือบันทึกไว้โดยยังไม่ผ่านการประมวลผล ยังไม่ได้แสดงความสัมพันธ์กัน และยังไม่มีความหมายที่สมบูรณ์ที่จะนำไปใช้ได้

ในด้านการสาธารณสุขข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพราะหมายถึงการ จัดบริการทางสุขภาพและการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปอย่างถูกต้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้ (กุลยา ตันติพลาชีวะ, 2539: 11)

1. ข้อมูลสถานะทางสุขภาพของประชาชน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตายและสาเหตุแห่งโรค
2. ข้อมูลกิจกรรมสาธารณสุขเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุข เช่นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การตรวจวิเคราะห์ การบริการรักษาพยาบาล การให้สุขศึกษา รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร
3. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข เป็นข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรด้านสาธารณสุข อัตรากำลัง การกระจายของการบริการสาธารณสุขและการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและทรัพยากรอื่นๆ
4. ข้อมูลด้านพฤติกรรมอนามัย ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการรักษาพยาบาล
5. ข้อมูลประชากรและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อัตราการเพิ่มของประชากร การย้ายถิ่น การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ อายุ เพศรวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอายุประชากร

ข้อมูลสาธารณสุขดังกล่าว จะเป็นฐานของการนำไปใช้เพื่อการวางแผนและดำเนินงานด้านการสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและการเปลี่ยนแปลงของสังคมหากข้อมูลมี

ความชัดเจนและแม่นยำตรงมากเท่าใด โอกาสที่การนำไปใช้จะมีความถูกต้องเท่านั้น ดังนั้นการจัดเก็บข้อมูลจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ

สารสนเทศ (Informatics) คือ ข้อมูลดิบที่ได้รับการรวบรวมและจัดเข้ากระบวนการให้อยู่ในรูปที่ให้ความสมบูรณ์ มีความถูกต้อง แม่นตรง ตรงประเด็น ทันสมัย ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ได้ (กุลยา ตันติพลาชีวะ, 2539: 12) ซึ่งสารสนเทศสามารถนำไปใช้ในการบริหาร หรือเพื่อประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ตามวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ ซึ่งอาจอยู่ในรูปของรายงาน หรือการแสดงผลทางสถิติ

การประมวลผล ได้แก่ การนำข้อมูลมาจำแนกประเภท จัดกลุ่ม เรียงลำดับ คำนวณ หรือสรุป

ระบบสารสนเทศ (Information System) เป็นระบบรายงานที่มีความหมาย ได้มาจากการนำเอาข้อมูลมาถ่วงหรือมาประมวลผล เพื่อให้ได้ข่าวสารหรือรูปแบบที่นำไปใช้ประกอบการตัดสินใจ

ระบบสารสนเทศด้านคุณภาพ (Quality Information System) เป็นวิธีการที่องค์การใช้ในการรวบรวมข้อมูล เก็บรักษาและรายงานข้อมูลสารสนเทศด้านคุณภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจปฏิบัติงานในทุกๆระดับขององค์การ (Banks, 1989: 59)

2.2 ความสำคัญของข้อมูลและสารสนเทศ

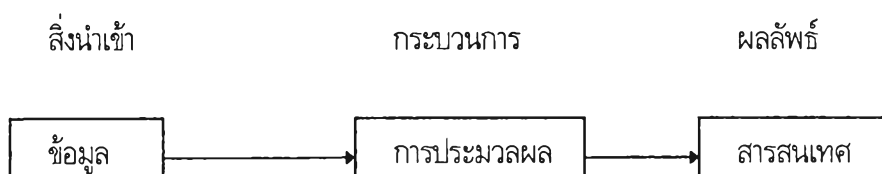
การใช้และการวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศ คือ การบริหารจัดการจากข้อมูลจริง (management by fact) ซึ่งระบบข้อมูลข่าวสารจะช่วยในการบริหาร การวางแผน และการประเมินคุณภาพขององค์การ ระบบคุณภาพ (Quality System) มีพื้นฐานมาจากข้อมูลจริง การวัดคุณภาพ จะช่วยให้ องค์การสามารถวัดความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายคุณภาพที่กำหนดไว้ ช่วยในการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา โดยข้อมูลที่ได้นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผน และประเมินผลการปรับปรุงคุณภาพ ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์แล้ว นำไปใช้ในการปรับปรุงแผนพัฒนาความสามารถขององค์การ ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานหรือใช้เปรียบเทียบความสามารถในการแข่งขันกับองค์การอื่น

การที่ผู้บริหารให้ความสำคัญเกี่ยวกับข้อมูลและสารสนเทศ และเน้นให้ทุกหน่วยงานในองค์กรให้ความสำคัญต่อข้อมูลและสารสนเทศด้วย จะช่วยให้ผู้บริหารรอบรู้ในข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ภายในและภายนอกองค์กร ข้อมูลและสารสนเทศที่ถูกต้องจะช่วยให้การตัดสินใจของผู้บริหารมีประสิทธิภาพ (Wright, Pringle และ Kroll, 1994: 223)

ตัวชี้วัดความก้าวหน้า (Performance indicator) เป็นตัวสำคัญที่จะทำให้องค์การพัฒนายิ่งขึ้น ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ต้องมีระบบสารสนเทศและการวิเคราะห์ที่ดี มีการกำหนดตัวชี้วัดความก้าวหน้า ให้ครอบคลุมทั้งด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงความรู้สึกว่ามีความเป็นอยู่ที่ดี (sense of well-being) ส่วนด้านความอยู่รอดของโรงพยาบาล ซึ่งมีตัวชี้วัดทางการเงิน ได้แก่ ฐานะทางการเงิน ภาระหนี้สินและสภาพคล่อง ต้องมีการเลือกเก็บข้อมูลที่ถูกต้องเป็นระบบและนำมาวิเคราะห์ประมวลผล โดยใช้เครื่องมือและสถิติวิเคราะห์ ที่เชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ให้เกิดเป็นสารสนเทศที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้นำทุกระดับ มีการเปรียบเทียบข้อมูลผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล โดยรวมกับโรงพยาบาลคู่แข่ง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2540: 9-12; งามอาจ วิบุรชศิริและคณะ, 2540: 14)

2.3 การบริหารข้อมูลและสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศ เป็นระบบที่จัดทำขึ้นทำให้ได้สารสนเทศที่นำมาใช้ในการปฏิบัติงานและประกอบการวินิจฉัยสั่งการตามความต้องการของผู้บริหาร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ การรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ การประมวลผลข้อมูล การเก็บรักษาไว้และการเรียกใช้ โดยมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งนำเข้า กระบวนการ และสารสนเทศ ข้อมูลจะเป็นสิ่งนำเข้าระบบ สารสนเทศจะเป็นผลลัพธ์ของระบบ โดยผ่านการประมวลผลซึ่งเป็นกระบวนการของระบบ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 องค์ประกอบของระบบสารสนเทศ

ที่มา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย “รายงานการสัมมนาทางการบริหารการพยาบาล เรื่อง เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารบุคลากรทางการพยาบาล, 2539

การดำเนินงานของระบบ ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การเก็บรักษาและการเรียกใช้ จะใช้มือ (manual) หรือคอมพิวเตอร์ (computer) มาช่วยก็ได้ ซึ่งการใช้คอมพิวเตอร์ จะช่วยให้การดำเนินงานของระบบรวดเร็วและยังทำให้ได้สารสนเทศที่มีคุณภาพมากขึ้นด้วย

คุณสมบัติของระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย 1) มีการปรับปรุง แก้ไขข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ตระหนักถึงการเก็บ การเรียกใช้ข้อมูล และความปลอดภัยของข้อมูล รวมถึงความแน่นอนของข้อมูล (integrity) 3) มีความยืดหยุ่น เพื่อการปรับเปลี่ยนให้ตรงกับกาปฏิบัติงาน 4) เป็นที่พอใจของผู้ใช้ คือเพียงพอตามความต้องการของผู้ใช้

การนำไปใช้ประโยชน์ สารสนเทศที่ได้จากระบบ นำไปใช้สำหรับการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับการบริหารจัดการ (รวินันท์ ศิริกนกวิไล และ ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2540: 154-155) เช่น

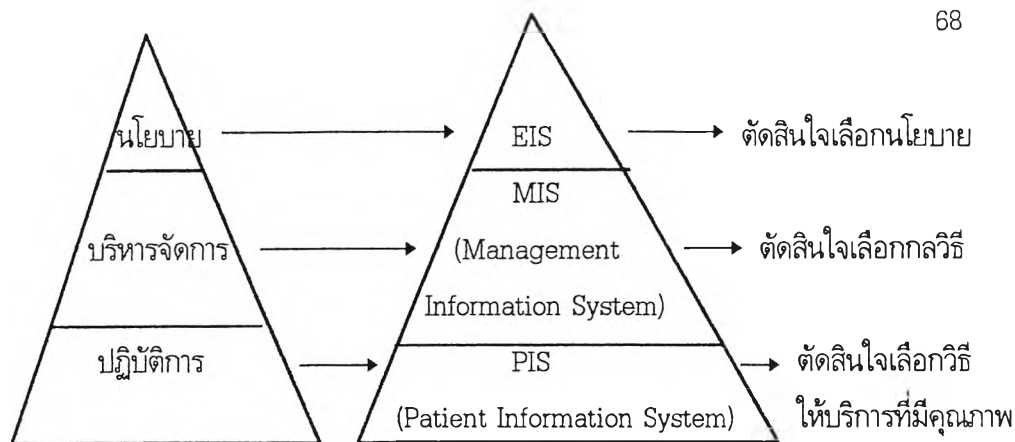
- จัดสรรทรัพยากร ทั้งด้านคน วัสดุสิ่งของ และเงิน เพื่อความยุติธรรมและมีประสิทธิภาพ

- แก้ปัญหาบริการรักษาพยาบาลที่พบ

- ควบคุมกำกับงานและประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ

ในโรงพยาบาล

การทำงานในระดับกลุ่มงานหรือหอผู้ป่วย เป็นระดับปฏิบัติการจุดประสงค์ของการใช้ข้อมูลข่าวสาร คือ เพื่อนำมาตัดสินใจเลือกบริการที่มีคุณภาพ อันได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษา การให้บริการแบบต่อเนื่อง การทำให้เกิดความเข้าใจในครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมของประชาชน ดังภาพที่ 4



EIS = Executive Information System

ภาพที่ 4 ระดับการตัดสินใจในการใช้ข้อมูลข่าวสารสารสนเทศ

ที่มา รวิพันธ์ ศิริภินทวิไล และทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, "ระบบสารสนเทศเพื่อส่งเสริมสุขภาพ", วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 5(เมษายน-มิถุนายน 3540): 155.

ปัจจัยสนับสนุนให้มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ปัจจัย

ดังต่อไปนี้ (รวิพันธ์ ศิริภินทวิไล และทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, 2540: 158-159)

1. นโยบาย จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์รองรับ เช่น นโยบายกระจายอำนาจ นโยบายนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ ซึ่งจะทำให้สามารถพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดี
2. การฝึกอบรม การจัดการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลให้มีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการแปลข้อมูล
3. การสร้างจริยธรรมในการรายงานข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง
4. บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

การวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติเพื่อสร้างคุณภาพนั้น ต้องอาศัยข้อมูลและสารสนเทศต่างๆ ที่เก็บรวบรวม นำมาวิเคราะห์หาแนวทางในการตัดสินใจ ดังนั้น จึงต้องมีการเลือกเก็บข้อมูลที่ถูกต้องเป็นระบบและนำมาวิเคราะห์ประมวลผล โดยใช้เครื่องมือและสถิติวิเคราะห์ที่เชื่อถือได้และมีมาตรฐาน เทคนิคในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ช่วยให้มองเห็นสภาพความเป็นจริงและเข้าใจได้ง่ายเทคนิค ดังกล่าว คือ 7 OC tools ประกอบด้วย

1. ผังก้างปลาหรือแผนภูมิเหตุและผล (cause & effect diagram) เป็นแผนภูมิที่ใช้ช่วยในการระดมสมอง เพื่อการวิเคราะห์หาสาเหตุที่มีผลต่อปัญหาต่างๆ อย่างเป็นระบบโดย

อาศัยโครงสร้างของก้างปลาในการแสดง

2. แผนภูมิพาเรโต (pareto diagrams) คือ กราฟแท่งที่เรียงลำดับจากความถี่สูงสุดไปหาต่ำสุด จากซ้ายไปขวา และมีกราฟเส้นแสดงความถี่สะสมกำกับ ช่วยในการตัดสินใจแก้ไข ปัญหาที่สาเหตุที่มีเปอร์เซ็นต์สูงเป็นอันดับแรก

3. ตารางตรวจสอบ (check sheets) คือ กระดาษบันทึกแยกหัวข้อ ประเภทต่างๆ ของข้อมูล ทำเครื่องหมายบันทึกความถี่ของข้อมูล ให้เป็นเครื่องมือค้นหาปัญหาโดยการบันทึก ข้อมูลทุกวัน ทำให้ทราบถึงสภาพของข้อมูลทุกแง่มุม ช่วยในการตัดสินใจแนวโน้มของข้อมูล

4. แผนภูมิฮิสโตแกรม (histograms) เป็นกราฟแท่งที่แสดงข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ตามขนาดของชั้นที่เหมาะสมเพื่อดูการกระจายของข้อมูล

5. แผนภูมิการกระจาย (scatter diagrams) เป็นการแสดงความสัมพันธ์ ของข้อมูล 2 ชุดว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร

6. แผนภูมิควบคุม (control charts) คือ แผนภูมิที่นำมาวิเคราะห์และ ควบคุมกระบวนการผลิต โดยจำแนกความเบี่ยงเบนที่เกิดจากสาเหตุที่ระบุได้ออกจากสาเหตุโดยบังเอิญ เพื่อ แก้ไขปัญหาและจัดทำมาตรฐานป้องกันการเกิดซ้ำ

7. กราฟ (graphs) เป็นการใช้เส้นหรือรูป เพื่อแสดงข้อมูลให้เห็นจำนวน หรือความแตกต่างได้ง่ายและรวดเร็ว มีหลายรูปแบบ เช่น กราฟเส้น กราฟวงกลม กราฟแท่ง เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือใหม่อีก 7 ชนิด (7 new QC tools) (Oakland, 1991: 122) คือ

8. แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ (affinity diagrams) เป็นการใช้กระบวนการ ของทีม ระดมสมองเพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ แล้วแยกประเภทความคิดออกเป็นหมวดหมู่

9. แผนภูมิอินเตอร์รีเลชันชิพ (interrelationship diagrams) เป็นการ แสดงความสัมพันธ์ของผังก้างปลาระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลที่เกิดขึ้น จะทำให้เข้าใจปัญหาที่ ซับซ้อนได้ง่ายขึ้น ปัจจัยที่มีตัวเลขความสัมพันธ์สูงมักเป็นปัจจัยวิกฤติ มักใช้ในระดับบริหารเป็นส่วนใหญ่

10. แผนภูมิต้นไม้ (tree diagram) แสดงถึงระยะและลำดับเหตุการณ์ย่อยของงานที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์

11. แผนภูมิแมทริก (matrix diagrams or chart) เป็นการแสดงความสัมพันธ์ท่ามกลางข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง

12. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแมทริก (matrix data analysis) เป็นการ ลำดับความสำคัญของทางเลือกเพื่อลดจำนวนทางเลือกที่เหลือแต่ที่สำคัญไว้ในโครงสร้าง โดยใช้แผนภูมิ ต้นไม้เป็นทางเลือกและลำดับนำหน้าวิกฤติ

13. ผังกระบวนการตัดสินใจ (process decision program chart: PDPC) เป็นการวางแผนดำเนินการเกี่ยวกับงานใหม่หรือการปรับปรุงงานใหม่ที่ซับซ้อน โดยแสดงถึงเหตุการณ์ที่เป็นไปได้ในทางผิดพลาดและความไม่แน่นอนของเหตุการณ์

14. แผนภูมิแอร์โร (arrow diagram) ใช้เพื่อกำหนดการที่ดีกว่าและการควบคุมที่เหมาะสมเพื่อการบรรเทาจุดประสงค์ ซึ่งคล้ายกับเทคนิค Program Evaluation Review Technique (PERT) และ The Critical Path Method (CPM)

2.4 ประโยชน์ของการใช้สารสนเทศเพื่อการดูแล

ระบบสารสนเทศจะประสานประสานการทำงานของแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพเข้าด้วยกัน ทำให้เกิดความเข้าใจข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกันอย่างชัดเจน การนำสารสนเทศมาใช้จะสะดวกและง่ายต่อการนำมาเป็นฐานของการวางแผนการดูแล กล่าวคือ (กุลยา ตันติพลาชีวะ, 2539: 13-15)

1. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพ สารสนเทศจะเป็นส่วนที่ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ดังนี้

1.1 การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในสถานพยาบาล การดูแลที่โรงพยาบาลเป็นการดูแลในภาวะเฉียบพลัน จำเป็นต้องใช้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมาใช้ให้ครอบคลุมมากที่สุด ทำให้สามารถดูทิศทางแนวโน้มของการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองด้วย

1.2 การดูแลตนเองที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เป็นบริการสุขภาพที่จัดให้แก่บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการพักฟื้น หรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลีมิตรกุล, 2538: 1) การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การดูแลที่บ้านลดจำนวนครั้งการเข้าโรงพยาบาลและระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ซึ่งการลดค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องระบบสารสนเทศจะช่วยให้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การติดตามและการวางแผนเพื่อการดูแลที่บ้าน

1.3 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา ระบบสารสนเทศจะช่วยให้การทำงานระหว่างสถานพยาบาล คลินิก โรงพยาบาล หรือสถานเอนามัย ทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1.4 การเรียนรู้ทางสุขภาพ โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดส่งข้อมูลให้ถึงผู้บริโภคโดยตรง อีกทั้งลักษณะของเทคโนโลยีมีรูปแบบที่จูงใจให้คนได้เรียนรู้ การให้สุกศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตรงเป้าหมาย

2. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพ โดยอาศัยเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เป็นการสนับสนุนการดูแลสุขภาพทางอ้อม ดังนี้

2.1 เพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาล (Hospital efficiency) เทคโนโลยีสารสนเทศ ช่วยลดความล่าช้า ลดแรงงาน ลดความซ้ำซ้อนในการรวบรวม การบันทึก การแปล ความ รวมทั้งความผิดพลาดของการตีพิมพ์

2.2 พัฒนาระบบข้อมูลที่ทันสมัยและเหมาะสม สำหรับการวางแผน การดูแล การวินิจฉัย และการติดตามผล รวมถึงการวิจัยด้วย

2.3 เพิ่มโอกาสการรักษาพยาบาลสู่ชนบทด้วยระบบการให้คำปรึกษาทางไกล การแพทย์ทางไกล

2.4 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ให้เป็นที่ไปอย่างกว้างขวาง ด้วยการสอนทางคลีนิกทางไกล

3. การวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ (Strategic Quality Planning)

3.1 ความหมายของกลยุทธ์

ธงชัย สันติวงษ์ (2535: 185) กล่าวว่า กลยุทธ์ หมายถึง วิธีหรือแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการจัดแบ่งทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด เพื่อให้เกิดผลดีที่มีข้อได้เปรียบ และสามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์โดยให้มีความเสี่ยงน้อยที่สุดในระดับที่ยอมรับได้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง กลยุทธ์ คือส่วนผสมของเป้าหมายและนโยบายหลักต่างๆ ซึ่งได้ประมวลขึ้นมาจนกลายเป็นการกระทำที่จำเพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นการแนะแนวทางที่เป็นวิธีการพื้นฐานใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ

การวางแผนกลยุทธ์ มีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจว่าเป้าหมายที่สำคัญขององค์กรโดยส่วนรวมคืออะไร และนโยบายอะไรบ้างที่ให้แนวทางกับองค์กรในการดำเนินตามเป้าหมาย (สมยศ นาวิการ, 2538)

3.2 ความสำคัญของการวางแผนกลยุทธ์

การวางแผนกลยุทธ์ จะช่วยให้สามารถพัฒนาแนวความคิดขององค์กรได้ชัดเจน สามารถจัดทำแผนงานและเป้าหมายต่างๆ ขององค์กรได้ง่ายขึ้น เพื่อทำให้องค์กรประสบผลสำเร็จในเป้าหมาย การวางแผนกลยุทธ์จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถเตรียมการ และจัดการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมขององค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ (สมยศ นาวิการ, 2538: 92)

หากเปรียบเทียบ “วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล” เป็น “ยอดเขาสูงเสียดฟ้า” ที่เรามุ่งจะเป็นปายไปให้ถึง “แผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล” ก็เป็นดัง “แผนที่เส้นทาง” ที่เราจะเลือกเดินไปให้ถึงยอดเขา นั้น (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540: 271) ดังนั้น การวางแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากผู้บริหารระดับสูงมิได้มีการกำหนดแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลที่ชัดเจนแน่นอน ก็เท่ากับการเดินทางไม่ถึงจุดหมายในเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น แผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพของโรงพยาบาล จึงเป็นวิถีการที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายด้านคุณภาพที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

3.3 ขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ

ขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์โดยทั่วไป (ธงชัย สันติวงษ์, 2535: 187)

ประกอบด้วย

1. การพิจารณาค้นหาโอกาสและข้อจำกัดขององค์กร รวมถึงการประมาณหรือคาดการณ์การเสี่ยงภัยต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโอกาส
2. การประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กร
3. การพัฒนาทางเลือกกลยุทธ์ คือการจับคู่โอกาสและความสามารถเอามาใช้ประโยชน์เป็นแผนกลยุทธ์ โดยพิจารณาให้อยู่ในระดับของการเสี่ยงที่จะยอมรับได้
4. การกำหนดแผนกลยุทธ์หลัก
5. การดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ โดยจัดทำแผนงานต่างๆ เพื่อปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผนกลยุทธ์
6. การประเมินแผนกลยุทธ์เพื่อการทบทวนและปรับปรุงแผนกลยุทธ์

ขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540: 272-275) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างกลยุทธ์ (Create Strategies)

การสร้างกลยุทธ์โดยจัดการสัมมนาระดมสมองของผู้บริหารระดับสูงภายในโรงพยาบาล ภายใต้หัวข้อ “กลยุทธ์ 5 ปี เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล” เครื่องมือที่นำมาใช้เพื่อการรวบรวมความคิดเป็นหมวดหมู่ คือ แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ (affinity diagrams) และใช้เทคนิค Multivoting ในการคัดแยกแนวคิดที่ไม่ต้องการออกไป จากนั้นจึงนำกลยุทธ์ที่จำเป็นต่างๆ มาเรียงให้อยู่ในรูปของ แผนภูมิต้นไม้ (tree diagram)

กลยุทธ์เหล่านี้ คือ สิ่งที่คุณผู้บริหารระดับสูงร่วมกันคิดและกลั่นกรองออกมาเป็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาของโรงพยาบาล ซึ่งจะบอกว่าจะทำอะไรบ้าง

2. กำหนดภาระกิจหรือหัวข้อปัญหาที่ต้องดำเนินการในปีแรก

(Hoshins)

หลังจากกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานแล้ว นำหัวข้อกลยุทธ์ต่างๆ มาจัดเรียงลำดับว่าจะดำเนินการเรื่องใด ในปีใด ให้อยู่ในรูปของ “แผนภาพลำดับการตัดสินใจดำเนินการ” (Process Decision Program Chart) ซึ่งภารกิจแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องแก้ไขเป็นกรณีเร่งด่วน (Critical Problem) 2) ภารกิจด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Hoshins) เป็นเครื่องมือยกระดับคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง 3) ปฏิบัติการทางธุรกิจรากฐาน (Basic Business Operations) เป็นปฏิบัติการประจำวันเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานในองค์กร

ลำดับการดำเนินงานประเมินจาก มีผลกระทบและประสิทธิผลที่มีต่อโรงพยาบาลมาก มีความเร่งด่วน ง่ายต่อการดำเนินงาน และมีความเป็นไปได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อโรงพยาบาลภายในระยะเวลาอันสั้นที่สุด ดังนั้น ภาระกิจที่ต้องดำเนินการในปีแรกจึงเป็นภาระกิจเร่งด่วน

3. จัดทำผังกระจายความรับผิดชอบ

เป็นการกระจาย (deployment) ภารกิจไปสู่ความรับผิดชอบของหน่วยงานย่อย ในรูป แผนปฏิบัติการ (Functional Action Plan) ของหน่วยงานทุกระดับในโรงพยาบาลอย่างครบถ้วน ทัวถึงและเหมาะสม เป็นการกำหนดว่าใครเป็นคนทำ ทำอย่างไร และต้องทำให้ได้ผลแค่ไหน

4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development and Management)

การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มีความสอดคล้องกับหลักการบริหารของเดมิ่ง เกี่ยวกับ ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม การขจัดความหวาดกลัว การขจัดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน และการจัดทำแผนการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากรบ่อยๆ พอสรุปได้ ดังนี้

4.1 ความหมายของการบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management) มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Beach (1965 อ้างถึงใน ภิญโญ สาร, 2517: 6) กล่าวว่า การบริหารทรัพยากรมนุษย์ หมายถึง การดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับ การวางนโยบายและโครงการเกี่ยวกับตัวบุคคล

การคัดเลือกบุคคล การฝึกอบรม การกำหนดสิ่งตอบแทนต่างๆ การควบคุมอัตรากำลัง การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสร้างภาวะผู้นำ ตลอดจนการสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานในองค์กรหรือหน่วยงาน

ภิญโญ สาธร (2517: 1) กล่าวว่า การบริหารทรัพยากรมนุษย์ หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร่วมมือกันดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างร่วมกัน

เสนาะ ตียะว (2537) กล่าวว่า การบริหารทรัพยากรมนุษย์ หมายถึง การจัดระเบียบและดูแลบุคคลให้ทำงาน เพื่อให้บุคคลใช้ประโยชน์และความรู้ความสามารถของแต่ละคนให้มากที่สุด อันเป็นผลทำให้องค์กรอยู่ในฐานะที่ได้เปรียบทางด้านการแข่งขัน และได้รับผลงานมากที่สุด รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชาตลอดถึงการดำเนินการต่างๆ อันเกี่ยวข้องกับคนทุกคนในองค์กร

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Swansburg (1996: 23) กล่าวว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หมายถึง กระบวนการที่องค์การจัดขึ้นเพื่อการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากร

วิเชียร หวีลาภ (2534: 127) กล่าวว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เป็นวิธีการที่มุ่งจะเพิ่มพูนสมรรถภาพในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งด้านความคิด การกระทำ ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ และท่าทีต่างๆ อันเป็นกระบวนการที่เป็นระบบและมีการต่อเนื่องกัน

4.2 การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management)

การให้ความสำคัญแก่บุคลากรและการพัฒนาบุคลากรตลอดเวลา ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของระบบการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ในองค์กรคุณภาพ ใช้แนวคิดของ P-D-C-A เข้ามาช่วยในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540: 109-111) ดังนี้

Plan-1 การวางแผนและการออกแบบระบบงานให้มีสมรรถภาพสูง (Job Design & Planning)

การวางแผนและการออกแบบระบบงาน จะสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพของโรงพยาบาล โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จาก Act-2 ได้แก่ ลักษณะโครงสร้างขององค์กร

ระบบงานและสภาพแวดล้อมการทำงาน ตลอดจนความคาดหวังขององค์กรที่มีต่อบุคลากร เช่น โรงพยาบาล คุณภาพต้องการบุคลากรที่มีจิตใจมุ่งมั่นที่ลูกค้า คึกษาหาความรู้ พัฒนาตนเองและงานตลอดเวลา มีวินัย ทำงาน เป็นทีม เป็นต้น

Do-1 การรับสมัคร (Recruitment)

การออกแบบระบบการรับสมัครบุคลากรใหม่ เพื่อกลั่นกรองให้ได้ บุคลากรตามที่องค์การคาดหวังเป็นสำคัญ และระบบการรับสมัครต้องได้รับการทบทวน ปรับปรุงตลอดเวลา

Do-2 การกำหนดภาระหน้าที่งาน (Job Assignment)

การกำหนดภาระหน้าที่งาน ต้องมีการประเมินและปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อการบรรลุเป้าหมายตามแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพของ โรงพยาบาล

Do-3 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development)

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากร

Check-1 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลงานของบุคลากร (Performance Evaluation) มี จุดมุ่งหมายเพื่อวัดปริมาณของผลงาน (results) และความมีส่วนร่วม (contribution) ในการปฏิบัติงานของ บุคลากรในรอบเวลาที่ผ่านมา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดผลตอบแทนแก่บุคลากรแต่ละคน

การประเมินศักยภาพของบุคลากร (Potential Evaluation) มีจุด มุ่งหมายเพื่อวัดความสามารถ ความชำนาญ และความรู้ที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรที่เกิดจากระบบการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ของโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนและปรับปรุงระบบการพัฒนามูลกร เป็นข้อมูลสำหรับการปรับเลื่อนตำแหน่ง ตลอดจนการปรับแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลต่อไป

ระบบการประเมินผลงานที่ดี จะถูกออกแบบเพื่อมุ่งก่อให้เกิดความ ยุติธรรม ความโปร่งใส และจูงใจให้บุคลากรปรับปรุงงานและตนเองไปในทิศทางที่องค์การต้องการอยู่เสมอ เกณฑ์ของการประเมินทั้งสองอย่าง จะกำหนดเพื่อส่งเสริมการบรรลุผลตามแผนกลยุทธ์ และเพื่อการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากร ประกอบด้วย ผลงาน การพัฒนาตนเอง และการส่งเสริมค่านิยมขององค์การ โดยต้องแจ้งถึงเกณฑ์ดังกล่าวให้ทุกคนทราบล่วงหน้า โดยทั่วไปการประเมินทั้งสองอย่างจะควบคู่กันไป

รูปแบบการประเมินผล บุคลากรได้มีโอกาสประเมินตนเอง การได้รับการประเมินจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งได้รับการประเมินจากลูกค้า ควรมีระบบการตรวจสอบเพื่อให้เกิดความยุติธรรม ภายหลังการประเมินต้องแจ้งผลให้บุคลากรทราบถึงข้อดีและข้อบกพร่องเพื่อการปรับปรุงตนเองต่อไป

Check-2 การประเมินความพึงพอใจของบุคลากร (Employee Well-Being Evaluation)

การประเมินความพึงพอใจของบุคลากร หรือคุณภาพชีวิตของบุคลากรมีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อโรงพยาบาล โดยเฉพาะต่อสภาพแวดล้อมในการทำงาน อาจใช้วิธีการสอบถามโดยตรง หรือใช้ข้อมูลที่โรงพยาบาลมีอยู่ เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน อัตราการขาดงาน อัตราการลาออก จำนวนเรื่องร้องทุกข์ เป็นต้น

ความพึงพอใจของบุคลากร เป็นวัตถุประสงค์ที่เปลี่ยนแปลงของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในองค์การคุณภาพ และถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดของระบบบริหารคุณภาพ เนื่องจากบุคลากรที่มีความพึงพอใจจะมุ่งมั่นพยายามปรับปรุงคุณภาพบริการให้เป็นที่พึงพอใจของลูกค้าอยู่ตลอดเวลา วิธีการที่จะช่วยเสริมสร้างความพึงพอใจของบุคลากร ได้แก่ 1) มีการวางแผนพัฒนาบุคลากร เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถแก่บุคลากรแต่ละคน โดยคำนึงถึงวิถีอาชีพ (career path) และความคาดหวังขององค์การ 2) จัดสถานที่ทำงานให้เป็นระเบียบ สะดวกสบายโดยใช้กิจกรรม 5 ส 3) จัดให้มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในที่ทำงาน 4) จัดให้มีห้องรักษาพยาบาลหรือสถานเลี้ยงดูเด็กก่อน 5) จัดให้มีกิจกรรมสันทนาการ เป็นต้น

Act-1 การให้ผลตอบแทน (Reward)

การให้ผลตอบแทนอย่างยุติธรรม คือ เกิดความพึงพอใจทั้งองค์การและบุคลากร ภายใต้เงื่อนไขที่ทั้งสองฝ่ายได้รับทราบข้อมูลพอๆ กันและมีอำนาจต่อรองพอๆ กัน ระบบการตอบแทน ควรคำนึงถึงทั้งผลตอบแทนที่เป็นเงินและไม่ใช่งาน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และการให้แก่บุคคลและให้เป็นกลุ่ม

Act-2 การทบทวนและปรับปรุง (Review & Improvement)

การทบทวนและปรับปรุงกระบวนการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ในทุกขั้นตอนที่กล่าวมาข้างต้น โดยใช้ข้อมูลป้อนกลับผลของการประเมินด้านต่างๆ มาประกอบการพิจารณา เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

4.3 การมีส่วนร่วมของบุคลากร (Employee Involvement)

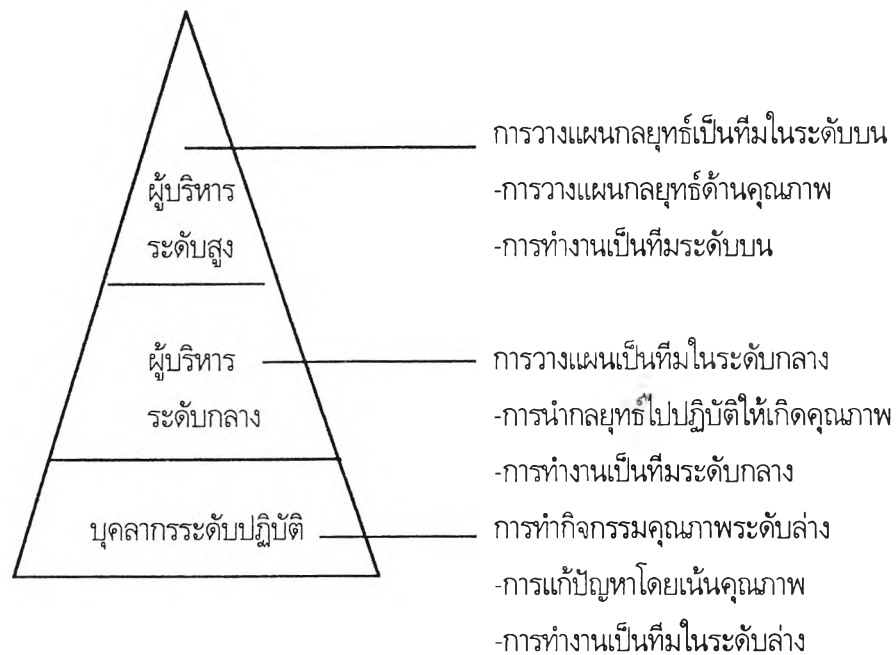
Schroeder (2540: 19-27) กล่าวว่า “แท้ที่จริง การจัดการคุณภาพโดยรวม ก็คือเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ช่วยให้องค์กรสามารถระดมการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกระดับ ทุกฝ่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเป้าหมายการทำงานของโรงพยาบาล ผู้บริหารที่ชาญฉลาดย่อมแสวงหาคำความคิดเห็น และข้อมูลจากบุคลากรทุกคนทุกระดับ ก่อนที่จะตัดสินใจ”

การมีส่วนร่วมในการทำงาน (Participation) หมายถึง การที่บุคลากรระดับปฏิบัติการมีโอกาสในการเสนอแนะความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงานและกำหนดวิธีการทำงานในองค์กร บุคลากรจะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและมีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น ดังที่ Mcgregor (1960) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมจะช่วยให้บรรยากาศในการทำงานมีสภาพน่าพึงพอใจมากขึ้น เกิดความยอมรับนับถือในความเป็นมนุษย์ระหว่างบุคคลต่อบุคคลและระหว่างบุคคลต่อกลุ่ม ซึ่งเป็น การนำศักยภาพมาสู่งานที่เขาทำอยู่ การมีส่วนร่วมจะช่วยให้เกิดแรงผลักดันในการทำงานและช่วยขจัดความรู้สึกเกรงกลัวและความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่นให้หมดไปด้วย บุคลากรมีโอกาสกำหนดโชคชะตาของตนเอง ซึ่ง Hass และ Drake (1973: 47) กล่าวว่า บุคคลจะได้รับความพึงพอใจจากกลุ่มที่ตนมีความสัมพันธ์อยู่ ถ้าเขาได้มีส่วนร่วม ความคิดเห็นดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อาริยา ลัพพะเลข, เรวดี ศิรินคร และกฤษดา แสงดี (2540: 8-13) เรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม : กรณีศึกษา โรงพยาบาลสุโขทัย โดยใช้เทคนิค AIC (Appreciation-Influence-Control) ในการดำเนินงาน พบว่า ผลการดำเนินการก่อให้เกิดผลสำเร็จคือ แบบแผนการทำงาน (Working Style) ของเจ้าหน้าที่เปลี่ยนไป จากเดิมอย่างชัดเจนทั้งในระดับบริหาร ระดับหัวหน้างาน หรือหัวหน้าหอผู้ป่วยและระดับปฏิบัติการ โดยบุคลากรพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลด้วยการแก้ไขปรับปรุงหน่วยงานของตน และร่วมมือปรับปรุงระบบบริการที่คาบเกี่ยวกัน จนเกิดความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานดีขึ้น มีการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์ที่ร่วมกันกำหนด ในลักษณะโครงการที่รับผิดชอบภายใต้แผนกลยุทธ์หลักที่กำหนดไว้ร่วมกัน และพบว่า ผู้รับบริการทั้งในทางผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในพึงพอใจต่อการให้บริการมากขึ้น

การที่บุคคลมีโอกาสมีส่วนร่วม ทำให้บุคคลได้ตอบสนองความต้องการการยอมรับจากผู้อื่นซึ่งเป็นความต้องการทางสังคม (Maslow, 1954) หรือเป็นปัจจัยจูงใจ (Herzberg, 1973) โดยเฉพาะหากได้รับการยอมรับจากบุคคลที่เขาคิดว่ามีความสำคัญต่อตัวเขา จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการทำงาน และได้รับความพึงพอใจจากกลุ่มที่ตนมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ชิตโชติ (2540) เรื่อง ความพึงพอใจในงาน : ศึกษากรณีพนักงานระดับล่างในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า

การมีส่วนร่วมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน กล่าวคือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการทำงานสูงจะมีความพึงพอใจในงานสูง

การผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ ตลอดจนการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา เพื่อยกระดับคุณภาพสินค้าและบริการให้สูงขึ้นอยู่เสมอ เป็นภาระหน้าที่ของทุกคนในองค์กร (Ishikawa, 1985) โดยทุกคนในที่นี้ หมายถึง **ทุกระดับ** ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงหรือผู้อำนวยการ คณะกรรมการบริหาร ผู้จัดการฝ่าย-แผนก ไปจนถึงบุคลากรระดับปฏิบัติ **ทุกฝ่าย** ได้แก่ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายบริการ ฝ่ายวิชาการ และฝ่ายสนับสนุน **ทุกๆ คน** ที่อยู่ในแต่ละขั้นตอนการทำงานในแต่ละฝ่าย บุคลากรแต่ละคนจะมีบทบาทและความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม-ทุกฝ่าย-ทุกระดับ

ที่มา สุรศักดิ์ นานานุกูลและคณะ, "แนวทางของการปรับปรุงคุณภาพและผลิตภาพทั่วทั้งองค์กร", วิชาการ 38(พฤศจิกายน-ธันวาคม 2536) หน้า 54.

4.4 วิธีการพัฒนาบุคลากร

วิธีการพัฒนาบุคลากรในองค์การคุณภาพ สามารถกระทำได้หลายวิธี (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540: 160-162) ดังนี้

1. การพัฒนาตนเอง (Self Enlightenment)

การพัฒนาตนเอง เป็นวิธีการที่องค์การกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรแต่ละคน วางแผนอนาคตระยะยาวของตนเองอย่างอิสระ แล้วสนับสนุนให้เข้ารับการอบรม สัมมนา หรือศึกษาต่อ โดยองค์การออกค่าใช้จ่ายให้บางส่วนหรือทั้งหมดหรืออาจมีเงื่อนไข

2. การฝึกสอนในขณะทำงาน (On-the-Job Training)

เป็นวิธีการที่ผู้บังคับบัญชา เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับงานในความรับผิดชอบให้แก่ลูกน้องโดยตรง อาจใช้การสาธิตเป็นตัวอย่างด้วย

3. การเชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาฝึกอบรม (In-house Training)

วิธีนี้ช่วยเสริมวิธีการฝึกสอนในขณะทำงาน โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาชี้แนะเป็นครั้งคราว เพื่อให้บุคลากรรู้จักวิธีการมองปัญหาในมุมมองที่กว้างขวางหลากหลาย และแตกต่างจากความคุ้นเคย เป็นการเรียนรู้หลักทฤษฎีพื้นฐานแล้วนำมาฝึกหัดจนเกิดความชำนาญในการแก้ไขปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง อาจใช้การเชิญวิทยากรที่อยู่ต่างหน่วยงานก็ได้ จะเป็นผลดีตรงที่เข้าใจปัญหาและวัฒนธรรมขององค์การได้ดี และประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย

4. การจัดตั้งกลุ่มศึกษาภายในองค์การ (Study Group)

เป็นการรวมกลุ่มของบุคลากรในหน่วยงานเดียวกัน เพื่อศึกษาหาความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

5. การส่งบุคลากรไปร่วมประชุมสัมมนาขององค์การ (Public Seminar)

วิธีนี้เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ร่วมสัมมนาที่มาจากองค์การอื่น ทำให้ได้รับความรู้เพิ่มพูนประสบการณ์และเกิดมุมมองทัศนคติใหม่ๆ ที่อาจไม่มีโอกาสได้รับจากวิธีการฝึกอบรมภายในองค์การ

5. การบริหารคุณภาพของกระบวนการ (Management of Process Quality)

การบริหารคุณภาพของกระบวนการ มีความสอดคล้องกับหลักการบริหารของเดมิ่ง เกี่ยวกับการทำความเข้าใจกับจุดประสงค์ของการตรวจสอบหรือการติดตามผล ว่าเป็นไปเพื่อการปรับปรุงกระบวนการและลดค่าใช้จ่าย เลิกการตัดสินใจทางธุรกิจโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว การปรับปรุงระบบการผลิตและบริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป การจัดอุปสรรคระหว่างหน่วยงานย่อยในองค์การ และการจัดโครงสร้างการผลิตเป็นตัวเลขมาตรฐานของงาน พอสรุปได้ ดังนี้

5.1 ความหมายของการบริหารคุณภาพของกระบวนการ

วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540: 169) กล่าวว่า กระบวนการ คือ อนุกรมของการปฏิบัติการกิจกรรม ความรับผิดชอบ เหตุการณ์ ตลอดจนองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่เชื่อมต่อกันอย่างจงใจ เพื่อการผลิตสินค้าหรือบริการตลอดจนการผลิตของเสีย

คุณภาพของกระบวนการ วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540: 171-173) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารคุณภาพในองค์การที่มีการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ว่าได้ให้ความสำคัญคุณภาพของ 2 สิ่ง คือ คุณภาพของผลิตภัณฑ์ (product quality) ซึ่งหมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของลูกค้า และคุณภาพของกระบวนการ (process quality) ซึ่งหมายถึง ความสามารถของกระบวนการที่จะผลิตสินค้าหรือบริการได้ตรงตามข้อกำหนดด้วยวิธีการที่ประหยัด โดยคุณภาพของทั้งสองสิ่ง มีความสัมพันธ์เชิงเป็นเหตุเป็นผลกัน คือ คุณภาพของสินค้าหรือบริการที่ดีนั้นย่อมเกิดจากกระบวนการที่มีคุณภาพ

คุณภาพของผลิตภัณฑ์ เกิดจากคุณภาพของของปัจจัย 4 ประการ คือ คุณภาพของการวางแผน (Quality of Planning) คุณภาพของการออกแบบ (Quality of Design) คุณภาพของวิธีการผลิต (Quality of Manufacturing) และคุณภาพของการบริการหลังการขาย (Quality of After-Sale Service)

ส่วนคุณภาพของกระบวนการผลิต ก็คือคุณภาพของแต่ละปัจจัยทั้ง 4 ประการดังกล่าว คือ

1. คุณภาพของการวางแผน (Quality of planning) หมายถึง การจัดทำแผนระยะยาว ระยะปานกลาง และแผนปฏิบัติการ เพื่อมุ่งปรับปรุงคุณภาพผลิตภัณฑ์หรือบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า การแข่งขัน และการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม

2. คุณภาพของการออกแบบ (Quality of Design) หมายถึงการแปรความต้องการของลูกค้าให้เป็นข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์หรือบริการ รวมถึงการออกแบบให้ผลิตได้ง่ายและใช้ต้นทุนประหยัดที่สุดด้วย

3. คุณภาพของวิธีการผลิต (Quality of Manufacturing) หมายถึงกรรมวิธีการผลิต ที่จะทำให้ผลิตภัณฑ์หรือบริการ ตรงตามข้อกำหนดไว้ โดยมีหลักประกันว่า มีการใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเกี่ยวกับ วัสดุุดิบ (Material) เครื่องมือ (Machine or tool) วิธีการผลิต (Method) และคน (Man)

4. คุณภาพของการบริการหลังการขาย (Quality of After-Sale Service) หมายถึง ความสามารถที่จะสนองตอบความต้องการของลูกค้าของการขาย

5.2 การบริหารคุณภาพของกระบวนการ

การบริหารคุณภาพ คือ การดำเนินงานตามวงจร P-D-C-A ซึ่งหมายถึง การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุง โดยดำเนินการอย่างมีวินัย ให้ครบวงจร หมุนเวียนไปอย่างไม่หยุดยั้ง

ฮิโตชิ คูเมะ (วีรพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์, 2539) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของ PDCA ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการบริหารคุณภาพนั้น ไม่ใช่เพียงการปรับแก้ผลลัพธ์ ที่เบี่ยงเบนออกจากเกณฑ์มาตรฐานให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการเท่านั้น แต่เพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงด้วยการป้องกันมิให้เกิดของเสียซ้ำซ้อนเรื้อรัง พร้อมกับยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของ PDCA อย่างต่อเนื่องเป็นระบบและมีการวางแผน

อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (2539) ได้เสนอขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ได้จากการประยุกต์วงจร PDCA เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติแก่บุคลากรในโรงพยาบาลคุณภาพ ดังนี้

การวางแผน (Plan) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) การหาโอกาสพัฒนาโดยพิจารณาว่าเรื่องใดสมควรได้รับการปรับปรุง และใครควรมีส่วนร่วมบ้าง 2) การทำความเข้าใจระบบ เพื่อจะได้ทราบว่ากระบวนการทำงานของระบบเป็นอย่างไร วัตถุประสงค์ได้อย่างไร 3) ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน 4) วิเคราะห์สาเหตุ ทำให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการด้อยคุณภาพ หรือความผันผวนในระบบ และ 5) วิเคราะห์ทางเลือกเพื่อให้ได้ทางเลือกที่เหมาะสมในการปรับปรุงคุณภาพ

การปฏิบัติ (Do) คือ 6) ทดลองปรับปรุง เป็นการนำทางเลือกมาปฏิบัติ

การตรวจสอบ (Check) คือ 7) ศึกษาผล เป็นการเรียนรู้ผลของการปฏิบัติ

การปรับปรุง (Act) ประกอบด้วย 8) ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน เป็นการลดโอกาสที่จะกลับไปสู่สภาพก่อนการปรับปรุง และ 9) วางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์รวมของบุคลากรพยาบาลใน 5 องค์ประกอบ คือ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะผู้นำ สารสนเทศและการวิเคราะห์

การวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ การบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการบริหารคุณภาพของกระบวนการ

4. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล

แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ เกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญในการบริหารงาน ที่ช่วยให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ นักจิตวิทยาอุตสาหกรรมเชื่อว่าเมื่อผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจในงานมาก ผลผลิตของงานหรือองค์การจะเพิ่มมากขึ้น ผู้ปฏิบัติงานที่มีความพึงพอใจในงาน จะปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ด้วยความกระตือรือร้น ผลงานที่ได้จะมีคุณภาพสูง บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ (Luthans, 1995: 130) ความพึงพอใจในงานสัมพันธ์กับการลาออก โอนย้าย การขาดงาน การลางานและความสามารถในการปฏิบัติงาน (Kramer, 1988: 18) ในทางการพยาบาลมีผู้ศึกษาความไม่พึงพอใจของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความไม่พึงพอใจในเรื่องต่อไปนี้ คือ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้จัดการทางการพยาบาล ขีดจำกัดความก้าวหน้า ในวิชาชีพ ค่าจ้างต่ำ ความสัมพันธ์กับร่วมงาน ความไม่เป็นธรรมในองค์การที่มีลำดับชั้นทำให้ไม่มีอิสระในการทำงาน และการขาดอำนาจและตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงาน (Barker, 1992: 3-4)

4.1 ความหมายของความพึงพอใจในงาน

มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานไว้ดังนี้

Gilmer (1971: 252-253) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน เป็นทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบภายใน เช่น การจูงใจ และองค์ประกอบภายนอก เช่น รางวัล โดยเน้นปัจจัยสำคัญในการสร้างแรงจูงใจและความพึงพอใจในงานของแต่ละบุคคล

Muchinsky (1987 อ้างถึงใน Hoy and Miskel, 1991: 392) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงานเป็นการตอบสนองทางอารมณ์และความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่มีต่องาน ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อประสบการณ์ที่ได้จากการทำงานของบุคคลสัมพันธ์กับค่านิยมและความต้องการของบุคคล

Johns (1992: 137) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ผลรวมของทัศนคติที่ผู้ปฏิบัติมีต่องาน

Herzberg, Mausner และ Snyderman (1993: 44) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่องานที่ปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองทั้งปัจจัยจูงใจและปัจจัยอนามัยอย่างเพียงพอ

Luthans (1995: 125) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของบุคคลที่มีต่องานที่ทำซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลรับรู้ว่า งานที่ตนได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีความสำคัญและได้รับการยอมรับในองค์การ บุคคลจะเกิดความพึงพอใจในงาน

เทพนม เมืองแมน และสวีน สุวรรณ (2529: 98) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ภาวะของความรู้สึกที่ดี ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน ความรู้สึกที่ดีจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับว่าการทำงานของบุคคลนั้น ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลมากน้อยเพียงใด ความพึงพอใจในงานเป็นสิ่งที่บุคคลประเมินจากการปฏิบัติงานของตนในสภาวะที่เป็นปัจจุบัน

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535: 143) กล่าวว่า ความพึงพอใจในงาน เป็นความรู้สึกรวมของบุคคลที่มีต่อการทำงานในทางบวก เป็นความสุขที่เกิดจากการปฏิบัติงานและได้รับผลตอบแทน ผลของความพึงพอใจทำให้บุคคลกระตือรือร้น มุ่งมั่นในการทำงาน มีขวัญและกำลังใจ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน และส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์การ

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของพยาบาลประจำการต่องานที่ทำอยู่และต่อปัจจัยต่างๆ ในการทำงาน ซึ่งเกิดจากการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้พยาบาลประจำการปฏิบัติงานเต็มกำลังความสามารถ กระตือรือร้น มุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของฝ่ายการพยาบาลและโรงพยาบาล

4.2 ความสำคัญในการศึกษาความพึงพอใจในงาน

การศึกษาความพึงพอใจในงานมีความสำคัญ เนื่องจากทฤษฎีการบริหารสมัยแรกๆ ที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า พนักงานที่มีความสุขในการทำงานจะเป็นพนักงานที่สร้างผลิตผลงานที่ดี และความพึงพอใจในงานเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงาน (Hoy and Miskel, 1991: 392)

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535: 143) กล่าวว่า ความสำคัญในการศึกษาความพึงพอใจในงาน ได้แก่

1. การรับรู้ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน ทำให้หน่วยงานสามารถนำไปใช้ในการสร้างปัจจัยเหล่านั้นให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงาน

2. ความพึงพอใจในงานทำให้บุคคลมีความตั้งใจในการทำงาน ลดการขาดงาน การลางาน การมาสายและขาดความรับผิดชอบต่องาน

3. ความพึงพอใจในงานเป็นการเพิ่มผลผลิตของบุคคลที่ทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน มีอยู่ 3 ปัจจัย คือ (Harrell, 1972 อ้างถึงใน ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2535: 145-152)

4.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) หมายถึงคุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่

4.3.1.1 ประสบการณ์ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน บุคคลที่ทำงานจนมีความรู้ความชำนาญในงานมากขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำ

4.3.1.2 เพศ มักพบว่าคนงานหญิง จะมีความพึงพอใจในงานมากกว่าคนงานชาย

4.3.1.3 อายุ อายุจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลา และประสบการณ์ในการทำงาน ผู้ที่เริ่มทำงานใหม่ๆ ความพึงพอใจจะมีระดับสูง และจะค่อยๆ ลดลงจนถึงอายุ 30 ปี จากนั้นจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นอีก

4.3.1.4 ตำแหน่ง มีความเกี่ยวข้องกับจำนวนสมาชิกในความรับผิดชอบ ซึ่งต้องใช้ความสามารถและทักษะหลายด้าน ให้เกิดความปรองดองกันในหมู่สมาชิกมีส่วนที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของงาน มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

4.3.1.5 เวลาในการทำงาน งานที่ทำในเวลาปกติจะสร้างความพึงพอใจในงานมากกว่างานที่ทำในเวลาที่ไม่ต้องทำงาน เพราะเกี่ยวข้องกับการพักผ่อนและการสังสรรค์กับผู้อื่นด้วย

4.3.1.6 เชวณปัญญา ผู้ที่มีเชวณปัญญาในระดับสูงแต่ทำงานที่เป็นประจำ มักพบว่าเบื่องานง่ายและมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการทำงาน เพราะงานไม่ท้าทายและไม่เหมาะสมกับความสามารถของเขา

4.3.1.7 การศึกษา จากการศึกษานี้ไม่แสดงถึงความแตกต่างระหว่างความพึงพอใจในงาน แต่มักจะขึ้นอยู่กับงานที่ทำว่าเหมาะสมกับความรู้ความสามารถหรือไม่

4.3.1.8 ระดับเงินเดือน เงินเดือนที่มากพอแก่การดำรงชีพตามสภาพ ทำให้บุคคลไม่ต้องดิ้นรนหางานทำนอกเวลา ผู้ที่มีเงินเดือนสูงจึงมีความพึงพอใจในงานสูงกว่าผู้ที่มีเงินเดือนต่ำ

4.3.1.9 แรงจูงใจในการทำงาน แรงจูงใจเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของบุคคล โดยเฉพาะแรงจูงใจจากตัวผู้ทำงานเองจะสร้างความพึงพอใจในงาน

4.3.2 ปัจจัยด้านงาน (Factors in the job) ได้แก่

4.3.2.1 ลักษณะงาน ได้แก่ ความน่าสนใจของงาน ความท้าทาย ความแปลก โอกาสที่จะได้เรียนรู้และศึกษางาน โอกาสที่จะทำงานให้สำเร็จ การรับรู้คหน้าทีความรับผิดชอบ การควบคุมและวิธี

การทำงาน เป็นงานที่สร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ จะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจในงาน อยากทำงานและผูกพันต่องาน

4.3.2.2 ทักษะในการทำงาน ความชำนาญในงานที่ทำ มักพิจารณาควบคู่กับลักษณะงาน ฐานะทางอาชีพ ความรับผิดชอบ เงินเดือน จึงจะเกิดความพึงพอใจในงาน

4.3.2.3 ฐานะทางวิชาชีพ ตำแหน่งทางการงานที่มีฐานะทางวิชาชีพสูงจะมีความพึงพอใจในงานสูงกว่าระดับอาชีพที่มีฐานะทางวิชาชีพต่ำกว่า

4.3.2.4 ขนาดของหน่วยงาน หน่วยงานที่มีขนาดเล็ก ผู้บริหารระดับสูง หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน มีโอกาสรู้จักกันใกล้ชิด ค่อนข้างได้ยากกว่าหน่วยงานใหญ่ มีการช่วยเหลือกัน ขวัญในการทำงานดีทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน

4.3.2.5 ความห่างไกลของบ้านและที่ทำงาน บ้านที่อยู่ห่างไกล เดินทางไม่สะดวก มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

4.3.2.6 โครงสร้างของงาน ความชัดเจนของงานที่สามารถอธิบายชี้แจงเป้าหมายของงาน รายละเอียดของงาน ตลอดจนมาตรฐานในการปฏิบัติงานย่อมสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติและมีผลต่อความพึงพอใจในงาน

4.3.3 ปัจจัยด้านการจัดการ (Factors controllable by management) ได้แก่

4.3.3.1 ความมั่นคงในงาน ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ต้องการงานที่มีความมั่นคงและต้องการอยู่ทำงานจนเกษียณอายุ แม้ว่าเขาจะมีเงินมากพอที่จะเลี้ยงตัวเองในวัยชราก็ตาม ความมั่นคงในงานถือเป็นสวัสดิการอย่างหนึ่ง

4.3.3.2 รายรับ พบว่าเป็นเรื่องมาที่หลังความมั่นคงในงาน ลักษณะงาน และความก้าวหน้า แต่ในภาวะเศรษฐกิจที่ค่าครองชีพสูง รายรับอาจเป็นความสำคัญอันดับแรก

4.3.3.3 ผลประโยชน์ เช่นเดียวกับรายรับ ซึ่งให้ความสนใจน้อยกว่าความมั่นคงในงาน ความก้าวหน้า เพราะผลประโยชน์ถูกจัดอยู่ในความมั่นคงและสวัสดิการในการทำงาน

4.3.3.4 โอกาสก้าวหน้า โอกาสที่จะมีความก้าวหน้าในการทำงานมีความสำคัญสำหรับบุคคลที่ใช้ฝีมือและความชำนาญงาน แต่มีความสำคัญน้อยสำหรับบุคคลที่ไม่ต้องใช้ความชำนาญ แต่มีการศึกษาสูงและอยู่ในตำแหน่งสูง

4.3.3.5 อำนาจตามตำแหน่งหน้าที่ หมายถึงอำนาจที่หน่วยงานมอบให้ตามตำแหน่งเพื่อควบคุมสั่งการผู้ใต้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงาน งานที่มีอำนาจไม่ชัดเจนทำให้ปฏิบัติงานยากและยึดอัดอำนาจตามตำแหน่งหน้าที่จึงมีผลต่อความพึงพอใจในงาน

4.3.3.6 สภาพการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในสำนักงานให้ความสำคัญกับสภาพการทำงาน ความพอใจในการทำงานมาจากสาเหตุของสภาพในที่ทำงาน

4.3.3.7 เพื่อนร่วมงาน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงานทำให้คนเรามีความสุขในการทำงาน ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน

4.3.3.8 ความรับผิดชอบงาน ผู้ปฏิบัติงานที่มีชีวิตที่ดีจะมีความรับผิดชอบงานสูง ความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น อายุ ประสบการณ์ เงินเดือน และตำแหน่งด้วย

4.3.3.9 การนิเทศงาน การนิเทศคือการชี้แนะการทำงานจากหน่วยงาน ดังนั้นความรู้สึกรู้สึกต่อผู้นิเทศมักจะเน้นความรู้สึกที่มีต่อหน่วยงานและองค์กรด้วย การสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างผู้นิเทศและผู้ปฏิบัติงานจะเกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน

4.3.3.10 การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา ผู้ปฏิบัติงานต้องการที่จะรู้ว่าการทำงานของตนเป็นอย่างไร จะปรับปรุงการทำงานของตนได้อย่างไร ข่าวสารต่างๆ จากหน่วยงานจึงมีความหมายและสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

4.3.3.11 ความศรัทธาในตัวผู้บริหาร ความศรัทธาในความสามารถและความตั้งใจที่ผู้บริหารมีต่อหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจในงานของหน่วยงานด้วย

4.3.3.12 ความเข้าใจระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน ความเข้าใจที่ดีต่อกันทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงาน

ลักษณะของงานที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของบุคคล (Smith, Kendall และ Hulin cite in Luthans, 1995: 126) ประกอบด้วยลักษณะ 5 ประการ คือ 1) ลักษณะตัวเนื้องานที่ท้าทายความสามารถ เกิดการเรียนรู้และต้องมีความรับผิดชอบสูง 2) ค่าตอบแทนสูง 3) มีโอกาสความก้าวหน้าในงานสูง 4) ได้รับการสนับสนุน แนะนำและการช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชา และ 5) ผู้ร่วมงานให้การช่วยเหลือด้านเทคนิคการปฏิบัติงานและด้านสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ เทพนม เมืองแมน และสรวง สุวรรณ (2529: 57-61) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานที่จูงใจให้เกิดการทำงาน ยังรวมถึง 6) การมีส่วนร่วมในการวางแผน 7) การให้การยกย่องและสถานภาพ 8) การให้ความรับผิดชอบและอำนาจมีเพิ่มขึ้น 9) ความมั่นคงและความปลอดภัย 10) ความเป็นอิสระในการทำงาน และ 11) การแข่งขัน

4.4 แนวคิดทฤษฎีการจูงใจ

การศึกษาเรื่องความพึงพอใจในงาน อาจแยกประเภทได้ 2 ประเภท คือ ทฤษฎีเชิงเนื้อหา และทฤษฎีกระบวนการ (เทพนม เมืองแมนและสรวง สุวรรณ, 2529: 22-45)

1. ทฤษฎีเชิงเนื้อหา (Content Theories) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความพึงพอใจในงาน โดยเน้นถึงความเข้าใจสิ่งที่อยู่ภายในบุคคล ที่เป็นสาเหตุทำให้บุคคลปฏิบัติแนวทางบางอย่าง ทฤษฎีเชิงเนื้อหาจะช่วยให้ผู้บริหารเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานซึ่งอาจจะช่วยบุคลากรมีพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ ที่สำคัญมี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow และทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ผู้วิจัยขอเสนอโดยสังเขป ดังนี้

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow

Abraham H. Maslow นักจิตวิทยา ได้พัฒนาทฤษฎีการจูงใจของมนุษย์ โดยมีแนวคิดว่า ความต้องการของมนุษย์มีเป็นลำดับขั้น (Hierarchy of Needs) 5 ลำดับขั้น ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของชีวิต เช่น อาหาร ที่อยู่ อากาศ ยารักษาโรค เป็นต้น
2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เป็นความต้องการความปลอดภัยทางด้านร่างกาย และความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ
3. ความต้องการทางสังคม (Social Needs) ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้รับการยอมรับและมีความสำคัญต่อกลุ่ม ต้องการความเป็นมิตรและความรักจากเพื่อนร่วมงาน
4. ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องทางสังคม (Esteem Needs) เป็นความต้องการที่จะเป็นบุคคลที่มีความมั่นใจในตนเอง และมีบุคคลอื่นยอมรับนับถือ อยากรเด่น และมีชื่อเสียงในสังคมซึ่งทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่า
5. ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization Needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ ที่ต้องการความก้าวหน้าในการที่ได้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ ได้ทำงานที่เหมาะสมกับความสามารถและทักษะที่ตนเองชอบ บุคคลจะพยายามทำเพื่อการมีชีวิตที่ดีขึ้น

Maslow กล่าวว่า มนุษย์มีความต้องการเริ่มจากลำดับขั้นต่ำไปหาสูง ความต้องการของมนุษย์ในแต่ละลำดับขั้น ต้องได้รับการตอบสนองจนเกิดความพอใจจนประสบความสำเร็จในแต่ละขั้นก่อน จึงเกิดความต้องการในลำดับขั้นต่อไป แต่ โยชิโอะ คอนโดะ (สมชาย ไตรรัตน์ภิรมย์, 2540: 15) กล่าวว่า เมื่อใดก็ตามที่มาตรฐานการครองชีพสูงขึ้น จะพบความต้องการทั้ง 5 ลำดับมีความสัมพันธ์กันโดยเรียงลำดับความสำคัญจากขั้นต่ำไปขึ้นสูงกว่า เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการที่หลากหลายเสมอ ความรู้ดังกล่าวเป็นแนวทางให้ผู้บริหารสร้างแรงจูงใจในระดับความต้องการที่สูงขึ้นอย่างเหมาะสม จะเป็นการสำคัญที่จูงใจให้บุคลากรพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg

Herzberg เสนอทฤษฎี Motivation-Hygiene Theory หรือ Two-Factor Theory ในลักษณะใกล้เคียงกับทฤษฎีความต้องการของ Maslow โดยมุ่งเน้นบรรยากาศการทำงานและบรรยากาศแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงาน มีกำลังใจในการปฏิบัติงานโดยใช้ปัจจัยเป็นเครื่องกระตุ้นจิตใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivators) และปัจจัยอนามัย (Hygiene factors) (Herzberg, Mausner and Snyderman, 1993 : 44-49 และ 113-119)

ปัจจัยจูงใจ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจหรือมีความพึงพอใจในงาน และช่วยให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ถ้าไม่มีปัจจัยดังกล่าวก็มิได้ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานแต่อย่างใด ปัจจัยจูงใจประกอบด้วย

1. ความสำเร็จในหน้าที่การงาน (Achievement) หมายถึง การที่บุคคลสามารถแก้ปัญหา รู้จักป้องกันการเกิดปัญหา เมื่อผลงานสำเร็จบุคคลจึงเกิดความพึงพอใจในผลงานนั้นอย่างยิ่ง
2. การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน บุคคลอื่นๆ ในหน่วยงาน ผู้มาติดต่อ อาจอยู่ในรูปการยกย่องชมเชย การแสดงความยินดี การให้กำลังใจ หรือการแสดงออกอื่นๆ ที่ทำให้ถึงการยอมรับในความสามารถ
3. ลักษณะงาน (Work Itself) หมายถึง ด้งานหรือภาระหน้าที่ของงานที่ปฏิบัติ เช่น เป็นงานที่น่าสนใจ งานที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ งานที่ท้าทายความสามารถ งานที่ไม่ง่ายและไม่ยากเกินไป
4. ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง หน้าที่หรือข้อผูกพันที่ต้องแสดงออกในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย ความพึงพอใจเกิดขึ้นจากการได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานใหม่ๆ งานพิเศษหรือได้ทำร่วมกับผู้อื่น มีอำนาจรับผิดชอบอย่างเต็มที่
5. ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (Advancement) หมายถึง การได้รับการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้น มีโอกาสได้รับการศึกษาเพิ่มเติมหรือการฝึกอบรมตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม

ปัจจัยอนามัย เป็นปัจจัยช่วยป้องกันมิให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจในงาน หรือไม่มีความสุขในการทำงาน หากความต้องการหรือปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงานนั้น ปัจจัยอนามัยประกอบด้วย

1. นโยบายและการบริหาร (Policy & Administration) หมายถึง การจัดการและการบริหารงานขององค์กร การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร
2. ลักษณะและวิธีการบังคับบัญชา (Supervision Technical) หมายถึง ความสามารถหรือความยุติธรรมของผู้บังคับบัญชาในการดำเนินงานและการบริหารงาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน (Interpersonal Relationships) หมายถึง ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน โดยการติดต่อด้วยปฏิกริยา วาจาที่แสดงถึง

ความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สามารถทำงานร่วมกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี การยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมงาน

4. เงินเดือนและค่าตอบแทน (Salary) หมายถึง ผลตอบแทนที่เกิดจากการทำงานที่พึงได้รับครอบคลุมถึงเงินเดือน เงินพิเศษอื่นๆ สวัสดิการที่เหมาะสมเพียงพอต่อการใช้จ่ายเพื่อตนเองและครอบครัวให้มีความสุขตามสมควร

5. ความมั่นคงในหน้าที่การงาน (Job Security) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงในการทำงาน และความยั่งยืนของวิชาชีพหรือความมั่นคงขององค์กร

6. สภาพการทำงาน (Working Conditions) หมายถึง สภาพทั่วไปของงานและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน รวมถึงการเสี่ยงภัยหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน

7. ชีวิตส่วนตัว (Personal Life) หมายถึง การปฏิบัติงานที่มีผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวหรือครอบครัวทำให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือไม่ก็ได้

8. สถานภาพในสังคม (Status) หมายถึง อาชีพเป็นที่ยอมรับนับถือในสังคม มีเกียรติและศักดิ์ศรี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจและปัจจัยยอนามัยนั้น ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานและปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานจะแยกออกจากกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ ถ้าปัจจัยยอนามัยไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน แต่ถ้าได้รับการตอบสนองก็เป็นเพียงการช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานเท่านั้น การที่จะทำให้อุบัติการณ์เกิดความพึงพอใจในงานต้องใช้อปัจจัยจูงใจเข้ามาเสริม (หลุยส์ จ่าปาเทศ, 2533 : 51-52)

ในการนำกรอบแนวคิดด้านปัจจัยจูงใจมาใช้ในการเสริมสร้างความพึงพอใจในการทำงานนั้น Herzberg ได้แนะนำลำดับขั้นของการนำไปใช้ ดังนี้

1. ลดระดับควบคุมจากผู้บังคับบัญชาลง ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาควบคุมตนเองมากขึ้น
2. เพิ่มหน้าที่รับผิดชอบให้ผู้บังคับบัญชาได้ทำหน้าที่ใหม่ ๆ
3. พยายามให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้การทำงานตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จ
4. ให้มีอิสระในการทำงานและให้อำนาจในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับงานที่ทำ
5. ให้มีการสื่อสารข้อมูลไปยังระดับผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น แทนที่จะสื่อสารไปยังผู้บังคับบัญชาแต่ผู้เดียว
6. ให้โอกาสทำงานที่ยากขึ้นเรื่อยๆ
7. ให้โอกาสผู้ใต้บังคับบัญชาฝึกฝนจนเป็นผู้เชี่ยวชาญในงานใดงานหนึ่ง

2. ทฤษฎีกระบวนการ (Process Theories) เป็นการเสนอทฤษฎีกระบวนการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในงาน แทนที่จะให้ความสำคัญกับเนื้อหาของความต้องการของผู้ปฏิบัติ ทฤษฎีกลุ่มนี้อธิบายว่า การทำงานของมนุษย์นั้นเป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา และในกระบวนการดังกล่าวมีตัวแปรต่างๆ เข้ามาแทรกแซง เช่น ความคาดหวัง ความต้องการ ค่านิยม ซึ่งมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานในแง่กระบวนการ ที่สำคัญมี 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีความเสมอภาค (Equity Theory) ทฤษฎีการอ้างอิง (Reference Group Theory) และทฤษฎีความต้องการและการตอบสนองด้านค่านิยม (Need and Value Fulfilment Theory)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาตัวแปรความพึงพอใจในงาน โดยใช้ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg ถึงแม้ว่าจะมีอำนาจทำนายความพึงพอใจในงานระดับ 2 ก็ตาม (Robbins, 1996) แต่เนื่องจากมีความครอบคลุมทั้งคุณลักษณะของงานและความต้องการของมนุษย์ และเป็นทฤษฎีระยะแรกที่เป็นพื้นฐานของทฤษฎีแรงจูงใจ ซึ่งในระยะต่อมามีการศึกษากันแพร่หลายและนำไปใช้อย่างกว้างขวางในทางปฏิบัติการบริหาร

4.5 ความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล

การให้บริการสุขภาพ ควรจะให้ความสำคัญกับกระบวนการการให้บริการอย่างมาก เพราะการให้บริการเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการโดยตรง มีจำนวนบุคลากรเป็นจำนวนมาก ที่มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้รับบริการ ตั้งแต่แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ห้องเจาะเลือด พนักงานต้อนรับ รวมทั้งภารโรงและพนักงานรักษาความปลอดภัย จะเห็นได้ว่าบุคลากรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการสร้างบริการที่มีคุณภาพ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2537: 177) การวางมาตรฐานคุณภาพบริการตามแนวคิดเดิมมุ่งเน้นไปที่การรักษาของแพทย์ ขาดมุมมองจากหลายสาขาวิชา (Multidisciplinary perspective) ไม่มีการประเมินคุณภาพจากมุมมองของผู้ป่วยและสังคม ทำให้โรงพยาบาลพลาดโอกาสสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพ ให้ตรงกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและสังคม การปรับปรุงคุณภาพบริการตามแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการป้องกันบริการด้อยคุณภาพ (preventive cost) น้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่จะสูญเสียไปกับการตรวจประเมินคุณภาพ (appraisal cost) และความสูญเสียเนื่องจากความผิดพลาดของบริการ (failure cost) เป็นการบรรจุคุณภาพให้อยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการให้บริการ ในผลของการบริการ และอยู่ในจิตสำนึกของทุกคนในโรงพยาบาล (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2539: 862-863)

บุคลากรพยาบาล เป็นบุคลากรที่มีส่วนในการให้บริการสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องโดยตรงในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยและบุคคลที่ปกติ เพื่อให้พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์

และสังคม การป้องกันโรค การบำรุงรักษา และการฟื้นฟูสภาพ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, มพท.: 65-66) งานการพยาบาล เป็นงานที่ผู้ปฏิบัติมิได้ใช้ความรู้ในการปฏิบัติเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องอาศัยความรัก ความพึงพอใจในวิชาชีพและงานที่ทำ ดังนั้น การสร้างทัศนคติที่ดีต่องานและการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน จึงมีความจำเป็น เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงาน จึงจะได้มาซึ่งคุณภาพบริการพยาบาล และคงอยู่ในวิชาชีพต่อไป

จากความหมายของการจัดการคุณภาพโดยรวม ตามเกณฑ์การตัดสินรางวัลคุณภาพ มัลคอล์มบอริจ (Hart and Bogan, 1992) ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ขับเคลื่อน (Driver) หมายถึง ผู้บริหารระดับสูง ที่แสดงภาวะผู้นำ ในการริเริ่มค่านิยม เป้าประสงค์ และระบบโดยทำเป็นตัวอย่างด้วยความมุ่งมั่นจริงจัง 2) เป้าประสงค์ (Goals) หมายถึง ความมุ่งหมายสูงสุดขององค์การ ซึ่งได้แก่ ความพึงพอใจของลูกค้า 3) ระบบ (System) หมายถึง โครงสร้าง วิธีการ คู่มือแนะแนว และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน ในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ ประกอบด้วย สารสนเทศและการวิเคราะห์ การจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ การพัฒนาและการบริหารทรัพยากรมนุษย์ และการบริหารคุณภาพของกระบวนการ และ 4) การวัดผลความก้าวหน้า (Measures of progress) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพ

จะเห็นได้ว่า เป้าประสงค์ขององค์การ คือ ความพึงพอใจของลูกค้า ซึ่งมีทั้งลูกค้าภายนอก หมายถึง ผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อ และลูกค้าภายใน หมายถึง บุคลากรในองค์การ และ Hoy และ Miskel (1991: 383) กล่าวว่า ความพึงพอใจของบุคลากรเป็นประสิทธิผลขององค์การ ดังนั้นการศึกษาความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโรงพยาบาลที่มีการจัดการคุณภาพโดยรวม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล

Nichols (1974: 218-228) ศึกษาความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของพยาบาลที่มีต่องาน โดยศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ได้รับการขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลป์ มาเป็นเวลา 2-3 ปี และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาลประจำการมาแล้ว จำนวน 181 คน พบว่า พยาบาลจะมีความพึงพอใจในระดับสูงถ้ามีองค์ประกอบต่อไปนี้ 1)สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติงานในวิชาชีพได้อย่างอิสระ 2)มีความพึงพอใจในงานที่ได้รับมอบหมาย 3)ผู้บริหารมีความยุติธรรมในการพิจารณาความดีความชอบในการทำงาน 4)มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและแจ้งผลให้ทราบ 5)ผู้บริหารมีวิธีการบังคับบัญชาที่มีประสิทธิภาพ และ 6) มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับงานที่ทำ

Slavitt, Stamps, Piedmont และ Haases (1978 : 114-120) ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลกับสถานการณ์ในการทำงาน โดยศึกษาในพยาบาล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ปฏิบัติงานในแผนก

ผู้ป่วยนอกกับแผนกผู้ป่วยใน พบว่า กลุ่มที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน มีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อย ตามลำดับดังนี้ ความเป็นอิสระ สถานภาพในวิชาชีพ เงินเดือนและค่าตอบแทน ลักษณะงาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน และนโยบายและการบริหาร ส่วนกลุ่มที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อย ตามลำดับดังนี้ ความเป็นอิสระ ลักษณะงาน เงินเดือนและค่าตอบแทน สถานภาพในวิชาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน และนโยบายและการบริหาร

May (1986: 21A) ศึกษาความพึงพอใจในงานของหัวหน้าผู้บริหารโครงการฝึกหัดครู จำนวน 260 คน โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน ได้แก่ ความสำเร็จ ลักษณะงาน การได้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่ การมอบหมายงานอย่างเหมาะสม และการได้รับการยอมรับ ส่วนปัจจัยยอนามัย มีความสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในงาน ได้แก่ นโยบายและการบริหารงาน ทีมงาน การได้รับการนิเทศ ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา และสภาพการทำงาน และพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจในงาน

Tumulty (1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบทบาท ความพึงพอใจในงาน และผลการปฏิบัติงานของหัวหน้าตึกจากโรงพยาบาล 10 แห่ง จำนวน 110 คน พบว่า การมีอิสระในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของหัวหน้าตึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการให้ข้อมูลย้อนกลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจในงานโดยรวมของหัวหน้าตึก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ

จารุวรรณ เสวกรวรรณ (2517) ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน จำนวน 21 แห่ง พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับปานกลาง แต่ความพึงพอใจในเรื่องเงินเดือนและค่าตอบแทน และความก้าวหน้าในหน้าที่การงานอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความพึงพอใจในเรื่องศักดิ์ศรีของอาชีพอยู่ในระดับสูง พยาบาลที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป กับ 1-5 ปี และ 6-10 ปี กับ 1-5 ปี มีความพึงพอใจต่างกัน โดยพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงาน 1-5 ปี มีความพึงพอใจในงานน้อยกว่า 6-10 ปี หรือมากกว่า

เยาวลักษณ์ เลาะห์จินดา (2518) ศึกษาความพึงพอใจในงานและความตั้งใจที่จะทำงานอยู่ต่อไปหรือลาออกของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาพยาบาลในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 131 คน พบว่า ความพึงพอใจในงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความพึงพอใจในเรื่องเงินเดือนและค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และนโยบายและการบริหารงานอยู่ในระดับต่ำ ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ ระหว่างผู้ที่มีอายุ

ต่ำกว่า 26 ปี กับ 26 ปีหรือสูงกว่า สถานภาพสมรสโสดกับคู่ วุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีกับปริญญาตรี หรือสูงกว่า พบว่า แต่ละคู่มีความพึงพอใจในงานแตกต่างกัน

ละอ ตันตศิรินทร์ (2520) ได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 14 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 572 คนทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐโดยรวมและรายด้านมีระดับปานกลาง พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีความพึงพอใจแตกต่างกัน และพบว่า พยาบาลหัวหน้าตึกมีความพึงพอใจในงานมากกว่าพยาบาลประจำการ

ธีรา เหมินทร์ (2524) ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการด้านอนามัยของรัฐที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษา ซึ่งเป็นผู้มาลงทะเบียนเข้าร่วมการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 6 จำนวน 233 คน แบ่งเป็นพยาบาลจากส่วนกลาง 123 คนและส่วนภูมิภาค 110 คน พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไม่แตกต่างกัน พยาบาลจากส่วนกลาง อายุ ระยะเวลารับราชการ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน สำหรับพยาบาลจากส่วนภูมิภาค พบว่า อายุ ระยะเวลารับราชการ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน

มาณีย์ อัยเจริญพงษ์ (2528) ศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลปริญญาตรีมีความพึงพอใจในระดับสูง ส่วนพยาบาลปริญญาโทมีความพึงพอใจในระดับต่ำ พยาบาลที่มีระยะเวลาการทำงาน 1-6 ปี มีความพึงพอใจในระดับสูง ส่วน 14-15 ปี มีความพึงพอใจในระดับต่ำ และพยาบาลที่สมรสแล้วมีความพึงพอใจในระดับสูง ส่วนพยาบาลที่เป็นโสดมีความพึงพอใจในระดับต่ำ

สุกัญญา แสงมุกข์ (2530) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ 374 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับปานกลาง ประสบการณ์ทางการพยาบาล ระดับการศึกษา และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน และพบว่า การรับรู้ต่อบรรยากาศเพื่อนร่วมงาน การรับรู้ต่อการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรและตำแหน่ง สามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลภูมิภาค ได้ร้อยละ 46.25

อำพัน ไชยทองคำ (2530) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดภาคเหนือ ประเทศไทย พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับปานกลาง และพยาบาลที่มีอายุและประสบการณ์การทำงานแตกต่างกันมีความพึงพอใจในงานไม่แตกต่างกัน

สมสุข ติลกสกุลชัย (2533) ศึกษาการเปรียบเทียบเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล และความพึงพอใจในงานของพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุ ตำแหน่งและระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่า พยาบาลในกลุ่มอายุสูงมีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลทางบวก ความพึงพอใจในงานโดยรวม ลักษณะงาน รายได้ และผู้ร่วมงาน สูงกว่าพยาบาลในกลุ่มอายุต่ำ พยาบาลตำแหน่งแตกต่างกัน สำเร็จการศึกษาสูงสุดต่างกัน มีเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลทางบวก ความพึงพอใจในงานแตกต่างกัน ด้านความตั้งใจที่ย้ายตึกปฏิบัติงาน ความตั้งใจที่จะลาออกจากงาน และความตั้งใจจะศึกษาต่อมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางลบกับความพึงพอใจในงาน

สมควร ทรัพย์บำรุง (2534) ศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จากพยาบาลจำนวน 410 คน พบว่า โดยภาพรวมพยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง อายุ อายุราชการ หน่วยงานที่สังกัด และเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชั้นยศ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

วงเดือน ศิริรักษ์ และคณะ (2536) ศึกษาความพึงพอใจในงานพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า ระดับความพึงพอใจในงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติ อายุ ระยะเวลาการทำงานที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจในงานแตกต่างกัน

อัชรี จิตต์ภักดี (2536) ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สถานภาพของวิชาชีพ ความเป็นอิสระ ค่าตอบแทน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ลักษณะงาน และนโยบายและการบริหารงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ

สุภาณี ทยาธรรม (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การ การดูแลในวิชาชีพกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยศึกษา พยาบาลประจำการ 330 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพด้าน

เพื่อนร่วมงานมีค่ามากที่สุด ด้านรายได้มีค่าน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ พบว่า ไม่มีความแตกต่าง

จิตรลดา ชัยรัตน์ (2538) ศึกษาความพึงพอใจในงาน ความตั้งใจที่จะลาออกจากสถาบันและวิชาชีพของพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยศึกษาระดับความพึงพอใจในงานในด้านค่าตอบแทน ด้านสภาพการทำงาน ด้านการมีสัมพันธภาพในหน่วยงาน ด้านความต้องการของงานด้านนโยบายและการบริหาร และด้านความมีอิสระในการทำงาน พบว่า ความพึงพอใจในงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับความพึงพอใจในแต่ละด้านจากมากไปน้อย ดังนี้ สภาพการทำงาน การมีสัมพันธภาพในหน่วยงาน ความต้องการของงานด้านนโยบายและการบริหาร ความมีอิสระในการทำงาน และค่าตอบแทน และ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การสนับสนุน กำลังใจ ความตั้งใจที่จะ ลาออกจากสถาบันและวิชาชีพ การย้ายสถานที่ทำงาน สถานที่ที่จะย้ายไปทำงาน ความคิดในการเปลี่ยนอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน

สุภาภรณ์ ไฉลยธากุล (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจ ปัจจัยบำรุงรักษา กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐ 19 แห่ง จำนวน 539 คน พบว่า ผู้บริหารและอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐ มีปัจจัยจูงใจ ปัจจัยบำรุงรักษา และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง โดยผู้บริหารและอาจารย์พยาบาล ที่มีตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน อายุ สถานภาพสมรส และสังกัดแตกต่างกันมีปัจจัยจูงใจแตกต่างกัน

มาลีวัล เลิศสาคร และกิติยา สมุทประดิษฐ์ (2538: 110-115) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุ การศึกษา โรงพยาบาลที่ปฏิบัติ แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน ช่วงเวลาการปฏิบัติงาน แผนกที่จะลาออกจากงานปัจจุบัน และทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนในลักษณะที่แตกต่างกัน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนที่มีสถาบันการศึกษามีความพึงพอใจมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มีสถาบันการศึกษา

สมหมาย เหลืองตระกูล และคณะ (2539: 9-17) ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ด้านการบริหาร ด้านการบริการและด้านวิชาการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต ตามระดับความพึงพอใจและคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพหนองคาย พบว่า อายุ ระยะเวลาการทำงานที่โรงพยาบาลหนองคายมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในงานผู้ป่วยวิกฤตและหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต พยาบาล

วิชาชีพในงานผู้ช่วยวิฤตที่มีคุณลักษณะ ดังนี้ มีระดับความพึงพอใจสูงต่อการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ช่วยวิฤต คือ เป็นเพศหญิง มีอายุ 21-30 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติงานในงานผู้ช่วยวิฤตอยู่ในช่วง 16-30 ปี และระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองคายและหน่วยงานสาธารณสุขอยู่ในช่วง 6-10 ปี และ 16-30 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนสถานภาพสมรส โสดและคู่ จะมีระดับความพึงพอใจต่อการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ช่วยวิฤตสูงและต่ำเท่ากัน ด้านระดับความพึงพอใจต่อด้านบริการพยาบาลพบว่า มีระดับความพึงพอใจสูงและต่ำเท่ากัน ยกเว้นประสบการณ์ และรายได้ต่อปี จะมีระดับความพึงพอใจต่ำ ระดับความพึงพอใจต่อด้านวิชาการ พบว่า ผู้ที่มีคุณลักษณะ ดังนี้ จะมีระดับความพึงพอใจสูง คือ เพศหญิง อายุ 21-30 ปี สถานภาพสมรสคู่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ช่วยวิฤต ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลหนองคาย และหน่วยงานสาธารณสุข 1-5 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี รายได้ต่อปี 100,001-120,000 บาท

รัตนา ลือวานิช (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคใต้ พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโดยรวมอยู่ในระดับมาก อายุ และประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และตัวแปรที่ร่วมทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการได้แก่ การได้รับโอกาส อิสระ ความไว้วางใจ ประสบการณ์การทำงาน และข้อมูลข่าวสาร

ลำราญ บุญรักษา (2539) ศึกษาความพึงพอใจในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานด้านความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน ด้านคุณค่าของงาน ด้านสัมพันธ์ภาพเชิงวิชาชีพ ด้านบทบาทเชิงวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ด้านสภาพแวดล้อมและผลประโยชน์ตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง

สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ์ (2539) ศึกษาความพึงพอใจในงานและการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน เขต 8 พบว่า ความพึงพอใจในงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยจูงใจ ความพึงพอใจในด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับสูง ด้านความสำเร็จในหน้าที่การงาน การได้รับการยอมรับ ลักษณะงาน และความก้าวหน้าในหน้าที่การงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านปัจจัยอนามัยด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน สภาพการทำงาน และความมั่นคงในหน้าที่การงานอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติงาน

ชนิตา จิมวงษ์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในภาคตะวันออกเฉียงใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ส่วนภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ และตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ คือ การคำนึงถึงความเป็นเอกบุคคคล การกระตุ้นปัญญา และการจัดการโดยมีข้อยกเว้น

อมรรัตน์ เสตสุวรรณ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานกับความคงอยู่ในงานตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ 350 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกต่างกัน ประสบการณ์ และเงินเดือนต่างกัน มีความพึงพอใจในงานไม่แตกต่างกัน และความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

น้องนุช ภูมิสนธิ์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ความพึงพอใจในงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร กับความตั้งใจที่จะลาออก โอนย้ายงาน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ความพึงพอใจในปัจจัยที่เกี่ยวกับงาน ได้แก่ ความสำเร็จในหน้าที่การงาน ลักษณะงาน นโยบายการบริหาร เงินเดือนและค่าตอบแทน ความมั่นคงในหน้าที่การงาน สภาพการทำงาน และความพึงพอใจในงานโดยรวมมีระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความตั้งใจที่จะลาออก โอนย้ายงาน มีความพึงพอใจด้านการได้รับการยอมรับนับถือและความรับผิดชอบในหน้าที่การงานในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความตั้งใจที่จะลาออก โอนย้าย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้การจัดการคุณภาพโดยรวมกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีผลต่อความพึงพอใจในงาน (Harrell, 1972 อ้างถึงใน ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2535: 145) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษาในครั้งนี้ 6 ตัวแปร คือ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ประเภทของบุคลากรพยาบาล และตำแหน่งทางการบริหาร ซึ่งได้ทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าว ดังนี้

อายุ อายุเป็นตัวแปรทางประชากรศาสตร์ที่นิยมนำมาศึกษา เพื่อทดสอบว่า อายุมีผลต่อความพึงพอใจหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจาก อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะ (ทัศนาศ บุญทอง, 2533) กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีระดับวุฒิภาวะสูงขึ้นตามวัย มีประสบการณ์เพิ่มขึ้น ความคิดอ่าน ความรู้สึก และการกระทำจะปรับเปลี่ยนตามวัย ทำให้มองเห็นปัญหาได้ชัดเจน ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ดี ซึ่งแตกต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย มีประสบการณ์น้อย เมื่อมีปัญหาที่ไม่สามารถปรับตัวได้ มีแนวโน้มมีความพึงพอใจในงานต่ำกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ จารุวรรณ เสวกวรรณ (2517); เยาวลักษณ์ เลหาจินดา (2518); ชีรา เหมินทร์ (2524); มาณีย์ อ้อยเจริญพงษ์ (2528); สมควร ทรัพย์บำรุง (2534); และจิตจรลดา ชัยรัตน์ (2538)

ระดับการศึกษา การศึกษาช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ มีความรู้ ความเข้าใจในวิชาการ เฉพาะสาขา ทำให้บุคคลมีวุฒิภาวะสูงขึ้น รู้จักตนเอง เข้าใจสังคม สามารถแก้ไขปัญหาด่าง ๆ จนสามารถประสบผลสำเร็จตามศักยภาพของตน ส่งผลให้มีความ พึงพอใจในงานมากขึ้น และเป็นที่ยอมรับว่าการ ศึกษาเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของบุคคลให้เป็นผู้ที่มีความรู้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ยังมั่นคงและมีความสุข ระดับการศึกษามีผลต่อการปฏิบัติงานในองค์การ (พนัส หันนาคินทร์, 2526) ดังนั้น ระดับการศึกษาของบุคลากรพยาบาลน่าจะมีผลสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ เยาวลักษณ์ เลหาจินดา (2518); สมสุข ติลกสกุลชัย (2534)

สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสมีผลต่อความพึงพอใจในงาน พยาบาลที่มีสถานภาพสมรส คู่มีความพึงพอใจในเงินเดือน สวัสดิการ และความก้าวหน้าในหน้าที่การงานสูงกว่าพยาบาลที่เป็นโสด (เยาวลักษณ์ เลหาจินดา, 2519) คนที่แต่งงานหรือมีครอบครัวแล้ว จะมีความพึงพอใจในงานมากกว่าคนที่ยัง

เป็นโสด เนื่องจากมีความต้องการความมั่นคงในอาชีพมากกว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ อุไร ชำนาญคำ และคณะ (2539) พบว่า สถานภาพสมรสคู่ หรือหม้าย หรือหย่าร้าง มีความพึงพอใจในงานสูงกว่า สถานภาพสมรสโสด

ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การทำงานมีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงาน (Harrell, 1972) ประสบการณ์จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และเกิดทักษะในการปฏิบัติงาน บุคคลที่ทำงานจนมีความรู้ความชำนาญมากขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานที่ท่า Dyer (1981 อ้างถึงใน รัตนา ลือวานิช, 2539) กล่าวว่า ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานสูง จะมีความสามารถในการปฏิบัติงานสูงด้วย และมีความพึงพอใจในงานมากขึ้นตามประสบการณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ ธีรา เหมินทร์ (2524); มาถีย์ อัยเจริญพงษ์ (2528); อัมพันธ์ ไชยทองศรี (2530); สมควร ทรัพย์บำรุง (2534); และจิตจรดา ชัยรัตน์ (2538) จากการศึกษาของ อุไร ชำนาญคำ และคณะ (2539) พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน 7-13 ปี มีความพึงพอใจในงานมากกว่า 1-6 ปี และผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน 19 ปี ขึ้นไป มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-6 ปี

ประเภทของบุคลากรพยาบาล ประเภทของบุคลากรพยาบาล เป็นตำแหน่งหน้าที่ทางการงาน จะมีความเกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบในหน้าที่ตามตำแหน่ง รวมทั้งเกี่ยวกับอำนาจตามตำแหน่งหน้าที่และการได้รับการยอมรับจากสังคมด้วย (ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2535) ดังนั้นประเภทของบุคลากรที่มีตำแหน่งหน้าที่ต่างกันอาจส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในงานแตกต่างกัน

ตำแหน่ง ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล เนื่องจากตำแหน่งที่มีฐานะทางวิชาชีพสูง จะทำให้บุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจในงานสูงกว่าระดับฐานะทางวิชาชีพที่ต่ำกว่า การได้รับตำแหน่งที่สูงขึ้น เป็นความก้าวหน้าในวิชาชีพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยจูงใจตามทฤษฎีการจูงใจของ Herzberg (1993) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความ พึงพอใจในงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ ละออง ดันติศิริพันธ์ (2520); สุภาภรณ์ ใจลีธาทกุล (2538)

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการคุณภาพโดยองค์รวมกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินงานตามแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ได้แก่ การมุ่งเน้นคุณภาพ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน (Lynn, 1991) และการนำแนวคิด

ด้านการทำความเข้าใจถึงความความต้องการของลูกค้า จะช่วยให้สามารถปรับปรุงบริการสุขภาพได้ตรงตามความต้องการของลูกค้า (Anderson, 1994; Dees and Garcia, 1995) และยังทำให้องค์กรสามารถประสบความสำเร็จได้ในที่มีการแข่งขันสูง การใช้กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ(QCC) ซึ่งเป็นเทคนิคในการปรับปรุงคุณภาพบริการ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติต่อประโยชน์ของกิจกรรม QC ในทางบวกเพิ่มขึ้น และมีการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการพัฒนาซึ่งกันและกัน (ประไพพรรณ อ่อนสมมา, 2534) แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมสามารถนำมาใช้ในโรงพยาบาลรัฐได้ (องอาจ วิบุรคิริ และคณะ, 2540) การเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในงานที่ทำ จะทำให้งานมีความหมายมากขึ้น ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ช่วยให้มีโอกาสได้รับการตอบสนองสิ่งจูงใจของตนได้ทำให้รู้สึกว่ามีค่าต่อองค์กร ก่อให้เกิดความพึงพอใจในตัวผู้ปฏิบัติงาน (ธงชัย สันติวงษ์, 2535: 419-420) ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมีระดับความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยภายในสูงกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม (Counte et al, 1992: 509) การสำรวจความพึงพอใจในงานของบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม พบว่าก่อนนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมาใช้ในโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงาน ร้อยละ 40 และภายหลังการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมาใช้ เป็นเวลา 3 ปี ความพึงพอใจในงานสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 92 (Churchill, 1991: 152)

การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมช่วยพัฒนาความพึงพอใจในงานเพิ่มความรักในวิชาชีพ (Professionalism) เพิ่มขวัญแก่ผู้ปฏิบัติงาน ลดอัตราการลาออก พยาบาลคงอยู่ในงานเพิ่มขึ้น เป็นการระงับการเกิดวงจรการขาดแคลนพยาบาล (Neuhs, 1994: 24-29; Armstrong et. al, 1991: 27-34) ดังนั้น การรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมจึงมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Lynn (1991: 111-120) ได้ศึกษา การนำแนวคิดด้านคุณภาพของ Deming ไปใช้ในสถานบริการสุขภาพ โดยนำไปใช้ใน Brazosport Memmorial Hospital ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในชุมชน มีขนาด 165 เตียง ตั้งอยู่ใน Lake Jackson รัฐ Texas หลักที่ใช้ในการดำเนินงานมี 3 ประการ คือ การมุ่งเน้นคุณภาพ (Quality Orientation) การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Process Improvement) และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน (Total Employee Involvement) พบว่า ความท้าทายในการดำเนินงาน มี 2 ประการ คือ การนำแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานเป็นที่มาใช้ในวงการแพทย์ เป็นเรื่องยาก แต่ทำให้เกิดแนวคิดด้านกระบวนการคุณภาพทั้งในแนวคิดและการใช้เหตุผลมาอ้างอิง ประการที่สอง ทีมปฏิบัติงานด้านคุณภาพมีความซับซ้อนมาก เนื่องจากโครงสร้างของโรงพยาบาลเป็นแบบเมทริกซ์ (complex matrix hospital structure) ทีมงานจึงต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

Churchill (1992: 152) ศึกษาเกี่ยวกับบุคลากรในองค์กรคือลูกค้าขององค์กร โดยศึกษาในองค์กรบริการสุขภาพที่นำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมาใช้ เป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในงานและการคงอยู่เพิ่มขึ้น โดยการสำรวจความพึงพอใจในงานของบุคลากร (Employee Satisfaction Survey : ESS) ในปี 1987-1988 พบว่า ความพึงพอใจในงานมีผลบวก ร้อยละ 40 บุคลากรเปลี่ยนงาน ร้อยละ 70 การขาดงานมีอัตราเฉลี่ย 8 วัน/ปี และมีการบันทึกปัญหาในการทำงานไว้มีความยาว 7 หน้ากระดาษ แต่เมื่อมีการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมาใช้ร่วมกับการสนับสนุนเพื่อการพัฒนา โดยวิธีการดำเนินงาน ประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมแก่ผู้ปฏิบัติทุกคนและฟื้นฟูวิชาการทุกปี เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนดการพรรณนางาน (Job Description) และวิธีการปฏิบัติงาน (procedures) มีการปรับเงินค่าจ้างให้เหมาะสมการทำงานเป็นทีมเพื่อการปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหในหน่วยงาน มีการจัดงบประมาณเพื่อการฝึกอบรมเฉพาะทาง (Job specific training) และการเข้าร่วมการอบรมระดับชาติ หลังจากนั้น ในปี 1990-1991 ทำการสำรวจความพึงพอใจในงาน พบว่า มีความพึงพอใจในงานทางบวกสูงถึง ร้อยละ 92 การเปลี่ยนงานลดลงเหลือ ร้อยละ 5 อัตราการขาดงานเฉลี่ยลดลงเหลือ 2.5 วัน/ปี และมีการบันทึกปัญหาในการทำงานไว้เพียง 3 หน้ากระดาษ ซึ่งการนำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมาใช้ในองค์กร ในเรื่องการปฏิบัติต่อบุคลากรเหมือนลูกค้าขององค์กร ทำให้ประสบความสำเร็จด้านการสร้างความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในงานของบุคลากร

Counte et. al., (1992) ทำการศึกษา ผลที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการนำการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมาใช้ในองค์กรบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมมีระดับความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยภายในสูงกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม ได้แก่ ความรู้สึกประสบความสำเร็จในงาน มีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น มีโอกาสแสดงความสามารถของตน และมีโอกาสในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ในงาน ส่วนด้านปัจจัยภายนอกและปัจจัยทั่วไปไม่แตกต่างกัน มีการรับรู้บรรยากาศแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมรู้สึกที่ สถาบันมีการใช้เป้าหมายในการดำเนินงานและมีมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับการประเมินผลงานมากกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม ยกเว้นความรู้สึกอบอุ่น ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมรู้สึกที่ได้รับการสนับสนุนทางบวกจากเพื่อนร่วมงานน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม ด้านความคิดเห็นทั่วไปโดยรวมแตกต่างกัน ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม มีความเห็นด้วยมากกว่าในเรื่องโรงพยาบาลเป็นสถานที่ทำงานและเป็นที่สำหรับให้บริการสุขภาพผู้ป่วย และเห็นว่าโรงพยาบาลมีแผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปีต่อไปมากกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วม แต่ความคิดเห็นในเรื่องรายได้และการทำงานหนักไม่แตกต่างกัน ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม พบว่า การมีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการพื้นฐานของการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม

Anderson (1994: 67-71) ได้นำแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาปรับปรุงการให้ยาแก่ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด โดยพบว่า การนำแนวคิดด้านการทำความเข้าใจถึงความต้องการของลูกค้า การปรับปรุงกระบวนการให้บริการ และการสร้างทีมงานแบบข้ามสายงานเพื่อการแก้ไขปัญหาของกระบวนการ มาใช้ในระบบการปรับเปลี่ยนยาในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด พบว่า สามารถลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้ยาลง ร้อยละ 50 ภายในระยะเวลาเพียง 4 เดือน โดยกระบวนการดำเนินงานที่ปรับปรุงขึ้นใหม่มีขั้นตอนการปฏิบัติลดลง ผู้ปฏิบัติงานลดลง และระยะเวลาในการใช้ยาลดลง

Dees and Garcia (1995: 239-244) ได้นำวิธีการดำเนินงานตามวงจร PDCA มาใช้ในการจัดโปรแกรมการจัดการรายผู้ป่วย (Case Management Program) โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตและลูกค้า และแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมมาใช้ในการดำเนินงาน พบว่า รูปแบบโปรแกรมการวางแผนให้บริการพยาบาล (Program Planning Model) ช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นระบบ มีการประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และสามารถประสบความสำเร็จได้ในยุคแห่งการแข่งขันสูง

Dansky and Brannon (1996: 43-49) ทำการศึกษา การใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมพัฒนาการจัดการช่วยเหลือด้านสุขภาพที่บ้าน โดยศึกษาในกลุ่มพนักงานที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่บ้าน จำนวน 1050 คน จาก 11 สถาบันที่ให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อศึกษาถึงแรงผลักดันที่ทำให้องค์การใช้นโยบายการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมในการดำเนินงาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมกับประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์การ แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมที่นำมาใช้ คือ หลักการบริหาร 14 ข้อ ของ Deming โดยจัดโปรแกรมการดำเนินงานให้มีลักษณะ 5 องค์ประกอบ คือ การปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การมุ่งเน้นความพึงพอใจของลูกค้า การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงาน การทำงานเป็นทีม และการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ พบว่า พนักงาน ร้อยละ 70 มีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ด้านการวิเคราะห์ความแตกต่างในประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์การ ไม่แตกต่างในองค์การที่แตกต่างในลักษณะการเป็นเจ้าของ และพบว่าองค์การที่มีขนาดกลางและขนาดใหญ่มาก มีประสิทธิภาพของการบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์การสูงกว่าองค์การขนาดเล็ก รูปแบบขององค์การ ขนาดขององค์การและลักษณะการเป็นสมาชิกขององค์การ มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมและการบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์การ การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการใช้ COI สามารถทำนายประสิทธิผลของการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมและการบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์การได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประไพพรรณ อ่อนสมา (2534) ศึกษานโยบายการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร โดยศึกษาเฉพาะกรณีโครงการ QC Circle ธนาคารกรุงเทพ จำกัด เป็นการศึกษาวิจัยประเมินผล โดยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานธนาคารกรุงเทพ ทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและเขตต่างจังหวัด จำนวน 216 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 106 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 109 คน ภายหลังจากทำกิจกรรม QC พบว่า โครงการ QC ทำให้บุคคลที่ทำหน้าที่ส่งเสริม QC มีจำนวนเพิ่มขึ้น ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรม QC ของพนักงานเพิ่มมากขึ้น ทศนคติต่อประโยชน์ของกิจกรรม QC มีผลทางบวกมากขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานทั้งด้านการพัฒนาตนเอง พัฒนาซึ่งกันและกัน และการพัฒนางานของพนักงานมีผลทางบวกมากขึ้น และโครงการ QC ทำให้มีการเสริมสร้างทีมงานพัฒนาคุณภาพบริการและการปฏิบัติงานทั่วทั้งธนาคารมากขึ้น

ตาบทพิพย์ ฐิติพงษ์พานิช (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารคุณภาพโดยรวมระดับปานกลาง มีเจตคติระดับสูง และยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมในระดับสูง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม พบว่า อายุราชการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และเจตคติอยู่ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมสูงกว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และเจตคติอยู่ในระดับต่ำ และปัจจัยจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารคุณภาพโดยรวมมีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมมากที่สุด และเจตคติเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมมากที่สุด ส่วนปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน การอบรมไม่ทั่วถึง และขาดปัจจัยสนับสนุน

อุไร ชำนาญคำ และคณะ (2539 : 285-296) ศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรและความพึงพอใจในบริการของผู้มารับบริการหลังการนำ QC มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลยโสธร พบว่า บุคลากรที่ผ่านการอบรมและทำกิจกรรม QC ส่วนมากรู้สึกพึงพอใจงานในหน้าที่การทำงานเป็นทีมมีความสะดวกสบาย และพึงพอใจว่าสามารถลดการใช้วัสดุได้ในระดับมาก ผู้ที่เห็นด้วยกับการนำ QC มาใช้มีความพึงพอใจในงานมากกว่าผู้ที่ไม่เห็นใจหรือไม่เห็นสมควรในการนำ QC มาใช้ และผู้ที่ไม่เห็นใจว่าโรงพยาบาลที่นำ QC มาใช้มีผลงานดีขึ้นมีความพึงพอใจในงานมากกว่าผู้เห็นว่าผลงานไม่แตกต่าง

องอาจ วิพุธศิริ และคณะ (2540) ศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM เพื่อศึกษาทบทวนรูปแบบโครงการนำร่องฯ ประยุกต์เกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขมาทดลองใช้ และศึกษาความรู้ความเข้าใจ ทศนคติและการ

ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวคิด TQM/COI ของผู้นำระดับสูง ผู้นำระดับกลางและผู้ปฏิบัติด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ สํารวจความคิดเห็นของผู้นำ ผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ทั้งหมดในโรงพยาบาลในโครงการนําร่องฯ สํารวจความเข้าใจ ทศนคติเกี่ยวกับนโยบายและการดำเนินงาน และการปฏิบัติการในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการดำเนินการในภาพรวม ปัจจัยนำเข้าเริ่มด้วย การมุ่งสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางทุกคน ด้วยการฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแนวคิด TQM/COI 2) ปัจจัยนำเข้าของแต่ละโรงพยาบาล เริ่มด้วยการมุ่งสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานแก่บุคลากรทุกคน 3) การสร้างเสริมสู่พฤติกรรมบริการที่ดี ด้วยการฝึกอบรม TQM/COI และ ESB แก่ผู้นำทีมพัฒนาคุณภาพ 4) การสร้างเสริมวิสัยทัศน์ผู้นำแก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลาง ด้วยการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ (Appreciation Influence Control/AIC) 5) การเลือกกิจกรรมพัฒนากระบวนการนําร่องเริ่มจากการเลือกกิจกรรมที่สำเร็จได้ง่าย 6) การเน้นความพึงพอใจของลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก มีการวัดความพึงพอใจบริการในภาพรวมจากผู้ป่วยนอก ส่วนความพึงพอใจของลูกค้าภายในมีเพียงการประเมินบรรยากาศการทำงานก่อนและหลังนำแนวคิด TQM มาใช้ในบางโรงพยาบาล

ความคิดเห็นส่วนใหญ่ของบุคลากร พบว่า ปัจจัยที่น่าจะส่งผลให้ TQM ประสบผลสำเร็จใน 3 อันดับแรก ได้แก่ การมีเจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วม การมีผู้บริหารเห็นความสำคัญ และสนับสนุนจริงจัง และการฝึกอบรม TQM/COI ส่วนปัจจัยที่อาจส่งผลให้ประสบความสำเร็จได้แก่ 3 ประการดังกล่าวแต่ทิศทางกลับกัน

จะเห็นได้ว่า การศึกษาความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมในประเทศไทยยังมีน้อย จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดการบริหารคุณภาพ 14 ประการของเดมมิ่ง และนิยามการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมตามเกณฑ์การตัดสินรางวัลคุณภาพมัลคอล์มบอลริดจ์ ของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์รวมของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยความรู้ด้านภาวะผู้นำ สารสนเทศและการวิเคราะห์ การวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการบริหารคุณภาพของกระบวนการ ส่วนการวัดความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาลนั้น ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg (1993) ประกอบด้วย ความสำเร็จในหน้าที่การงาน การได้รับการยอมรับ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน นโยบายและการบริหารงาน ลักษณะและวิธีการบังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับ

ผู้ร่วมงาน เงินเดือนและค่าตอบแทน ความมั่นคงในหน้าที่การงาน และชีวิตส่วนตัว ผู้วิจัยได้นำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

