

กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ



นางสาวจิตกิตมณี อัครศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN : 974-14-3850-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE PROCESS OF QUALITY DEVELOPMENT IN AN ACCREDITED HOSPITAL



Miss Jitkitmanee Akahadsri

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN : 974-14-3850-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์

กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่  
ได้รับการรับรองคุณภาพ

โดย

นางสาวจิตกิตมณี อัครศาสตร์

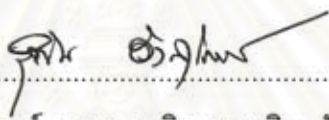
สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

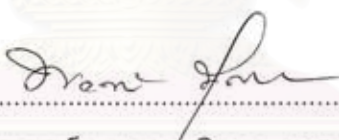
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชนหปราน)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี)

  
.....กรรมการ  
(พันตรีหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

จิตกิตมณี อัครชาติศรี: กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ  
(THE PROCESS OF QUALITY DEVELOPMENT IN AN ACCREDITED HOSPITAL)

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 168 หน้า.

ISBN : 974 - 14-3850-8

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย พยาบาลผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 32 ราย รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการให้รหัสและเปรียบเทียบข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการ ประกอบด้วย (1) การเข้าร่วมโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง (2) การถ่ายทอดแนวคิด HA (3) การยอมรับแนวคิด HA (4) การเรียนรู้แนวคิด HA (5) การปฏิเสศแนวคิด HA และ (6) การพัฒนาคุณภาพโดยใช้ แนวคิด QA

2. ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย (1) การหาโอกาสในการพัฒนา (2) การดำเนินการพัฒนา (3) การเกิดแรงจูงใจ (4) การเรียนรู้เพื่อเข้าใจแนวคิด HA (5) การขยายผล/การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ (6) การบูรณาการแนวคิดคุณภาพ

3. ระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย (1) การประเมินตนเอง (2) การเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลและดำเนินการแก้ไข (3) การรับการประเมินจาก พรพ. และดำเนินการแก้ไข (4) ผู้บริหารประกาศรับนโยบาย HA ชัดเจน (5) การส่งรายงานให้ พรพ. (6) การประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ (7) การผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....

ลายมือชื่อนิลิต.....

ปีการศึกษา.....2548.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

## 4577564036 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD : NURSING SERVICE QUALITY, ACCREDITATION HOSPITAL

JITKITMANEE AKAHADSRI: THE PROCESS OF QUALITY DEVELOPMENT IN AN ACCREDITED HOSPITAL. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. AREEWAN OUMTANEE, Ph.D., RN. 168 pp. ISBN : 974-14-3850-8

The purpose of this Grounded Theory study was to explain the process of quality development for hospital accreditation (HA) at an accredited hospital. Study participants were 32 nurses involving nursing quality development for hospital accreditation. Data collection was employed by using in-depth interview, observation, and field-note. Study data were analyzed by using coding and constant comparative method.

The study findings consisting 3 phases of nursing quality development for hospital accreditation were as follows:

1. Preparing phase. It was consisted of (1) applying to be the pilot hospital for HA, (2) transferring the concept of HA to others (3) accepting the HA concept (4) learning the HA concept and (5) refusing the HA concept, but improving nursing quality by using quality assurance.

2. Implementing phase consisted (1) finding things to improve (2) improving matters (3) increasing motivation (4) learning for more understanding the HA concept (5) exchanging the experiences of using HA and (6) integrating the concept of quality assurance for improving nursing service.

3. Evaluating for hospital accreditation phase consisted of (1) self-assessment, (2) internal survey and improvement (3) external survey and improvement (4) accepting the HA policy to improve overall hospital's quality (5) sending HA report to the institution of HA and (6) HA evaluation, and being an accredited hospital.

Field of study ...Nursing Administration..... Student's signature.....  
Academic year .....2005..... Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลือและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานีที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความสามารถที่ได้รับ จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์มา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และพันตรีหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นที่ทำให้ผลงานวิจัยนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบข้อคำถาม และผลจากการวิจัยและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในงานวิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้สัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามได้ในที่นี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้สนับสนุนทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์วิชัย และคุณจาริณี ที่สุกะ คุณจิราพร มณีปกรณ์ที่สนับสนุนคอมพิวเตอร์ในการพิมพ์งานวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาล สกนนคร คุณจุฬพร ลีนาลาด คุณวราภรณ์ หนูหล้า คุณศุภลดา อัครนครบุรี ครอบครวัคุณสุธีรา พิมพ์รส ที่สนับสนุนที่พัก และให้กำลังใจที่ดีตลอดมา ทั้งจากเพื่อนๆ สาขาการบริหารการพยาบาลทุกท่านที่มอบให้กับผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณพิมพ์ภววรรณ หิรัญชัย คุณปาริชาติ รัตนสิมานนท์ คุณประไพ อริยประยูร ที่ช่วยพิมพ์งาน อีกทั้งให้ความช่วยเหลือในงานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณญาติทั้งตระกูลอัคชาตศรี และตระกูลจันทาศรี ทุกท่าน คุณสุรเชษฐ์ และคุณพจนนนต์ บำรุงผล, คุณแม่กตสาและ คุณพ่อทวีศักดิ์ อัคชาตศรี ที่ให้ความรักอบรม เลี้ยงดูและให้กำลังใจมาโดยตลอด อีกทั้งให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจที่ดีมาโดยตลอด คุณค่าและประโยชน์อื่นใดที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บิดามารดา ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.3 แนวคิดการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.5 คำถามการวิจัย.....	6
1.6 คำนียามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 แนวคิดการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.....	9
2.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล.....	29
2.3 การวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory).....	45
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
3.1 บริบทพื้นที่ศึกษา.....	60
3.2 ลักษณะที่ตั้งของโรงพยาบาล.....	62
3.3 ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	63
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	66
3.5 จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ.....	68
3.6 วิธีการศึกษา.....	69
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

### บทที่

3.8 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	71
3.9 ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บข้อมูล.....	72
4. ผลการศึกษา.....	74
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	143
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	143
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	144
5.3 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย.....	147
5.4 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	148
รายการอ้างอิง.....	149
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	158
ภาคผนวก ข แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์.....	161
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	168

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**สารบัญตาราง**

		<b>หน้า</b>
ตารางที่ 1	เปรียบเทียบการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาภิวัตน์กับงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น.....	49
ตารางที่ 2	แสดง Preliminary Themes .....	164



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1	ขั้นตอนในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล..... 25
แผนภูมิที่ 2	โครงสร้างองค์กร..... 28
แผนภูมิที่ 3	แสดงกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อการรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)..... 75
แผนภูมิที่ 4	เหตุผลการนำโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง HA..... 77
แผนภูมิที่ 5	การถ่ายทอดแนวคิด HA ในระยะแรก..... 80
แผนภูมิที่ 6	การเตรียมผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล..... 84
แผนภูมิที่ 7	การถ่ายทอดแนวคิด HA ในระยะหลัง..... 93
แผนภูมิที่ 8	แสดงความรู้สึกลับปฏิเสธ HA ..... 94
แผนภูมิที่ 9	แสดงการรับรู้การยอมรับแนวคิด HA..... 96
แผนภูมิที่ 10	แสดงระยะการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ..... 101
แผนภูมิที่ 11	แสดงหาโอกาสในการพัฒนา..... 102
แผนภูมิที่ 12	ประเภทของปัญหา ..... 106

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขได้นำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และได้จัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2542 ภายใต้แผนงานพัฒนากลไกในการสร้างองค์ความรู้ และใช้ความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยปรับรูปแบบการดำเนินงานจากโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งในระยะแรก มีโรงพยาบาล ของรัฐและเอกชนเข้าร่วมโครงการนำร่องจำนวน 35 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2540 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2543 ผ่านการรับรอง 12 แห่งเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 จนกระทั่งถึง ปัจจุบันย่างเข้าสู่ปีที่ 10 ใน พ.ศ. 2549 มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจาก สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น 178 แห่งทั่วประเทศ ([http://www.ha.or.th/m\\_07\\_02.asp](http://www.ha.or.th/m_07_02.asp). วันที่ 1 เมษายน, 2549) ซึ่งถือว่าน้อยมากและยังไม่บรรลุ เป้าหมายในแผนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มีการตั้งเป้าหมายไว้ว่าเมื่อสิ้นแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขร้อยละร้อยจะเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากภาควิชาการรับรองคุณภาพ บริการโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี จำนวน 975 แห่ง (ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2547-2548: 274) ปัจจุบัน โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีเพียง 134 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.74 เท่านั้น และสิ่งสำคัญโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานก็ยังไม่ได้รับการรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลเช่นกัน

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) มีจุดมุ่งหมาย คือ กระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาลโดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กรทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดปัญหาการจัดการบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งจากอดีตจนถึงปัจจุบันยังพบว่า มีปัญหาในการให้บริการพยาบาล เช่น จากการศึกษาของอารีย์ วิจารณ์ท์ (2537: 156-164) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อผู้ป่วยนอก พบว่ามีความพึงพอใจในระดับต่ำใน เรื่องการรอคอยนานและที่นั่งไม่เพียงพอทำให้เหนื่อยล้า และจากการศึกษาของ วนิตา ออประเสริฐ (2540: 11) พบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการรักษาพยาบาลในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไปมาก

ที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ การขาดความละเอียดรอบคอบ การไม่ได้รับปฏิบัติในฐานะบุคคล การปฏิบัติงานล่าช้า การที่ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์มีความสนใจทำงานอื่นมากกว่ารับฟังความรู้สึกผู้ป่วย นอกจากนี้ประชาชนมองระบบบริการสุขภาพของรัฐด้วยความไม่พึงพอใจในเรื่องความล่าช้า แออัด ผู้ให้บริการไม่เป็นมิตร เจ้าอารมณ์ การตรวจ ไม่ละเอียด ไม่ให้คำแนะนำ และพูดจาหยาบค้าย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540: 24) และจากปัญหาการลงทุนในการจัดบริการสุขภาพที่ยังด้อยคุณภาพ มีการกระจายทรัพยากร ที่ไม่เป็นธรรม การจัดระบบบริการที่ไร้ประสิทธิภาพ การปรับตัวของหน่วยบริการที่ไม่ทันต่อกระแสความต้องการของประชาชนทำให้มีปัญหาด้านคุณภาพจนนำมาสู่การฟ้องร้องที่เพิ่มมากขึ้น (ชมรมแพทย์ชนบท, 2546: 18) การที่โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น แสดงว่าโรงพยาบาลนั้นได้ มีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์การอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะเน้นความสำคัญทั้งส่วนที่เป็นเนื้อหา กระบวนการ และการนำไปใช้ประโยชน์ กล่าวคือคุณค่าในส่วนเนื้อหา ได้แก่ เป็นการชี้แนวคิดเชิงบวกในการปรับปรุงคุณภาพ กระตุ้นและส่งเสริมให้สถานพยาบาลเกิดความมุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศ และเป็นการชี้แนวทางสำหรับการบริหารและการปฏิบัติงานที่ดี สำหรับคุณค่าในส่วนของการกระบวนการ ได้แก่ ความเต็มใจในการประเมินผลและปรับปรุงการทำงานของสถานพยาบาลเอง และมีการทบทวนโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และประการสุดท้ายคือ คุณค่าในส่วนของการนำไปใช้ประโยชน์ เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับประชาชนว่าระบบงานและคุณภาพของการบริการของสถานพยาบาลที่ได้รับรองนั้นเป็นไปตามมาตรฐานระดับดีเลิศ สถานพยาบาลเองก็มีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการและให้การดูแลรักษาที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2539 : 198)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ยึดหลักการพัฒนาโดยใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management: TQM) เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งยึดผู้ป่วยหรือลูกค้าเป็นจุดศูนย์กลางและมุ่งตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการเป็นเป้าหมายสูงสุดขององค์กร ให้ความสำคัญในความมุ่งมั่น และในการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหรือพัฒนาคุณภาพ การมีผู้นำที่เข้มแข็ง มีทิศทางองค์กรที่ชัดเจน การบริหารนโยบายที่มีประสิทธิภาพ และมุ่งเน้นกระบวนการที่ได้รับการวางแผนล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยติกุล, 2544: 12) นอกจากนี้ ยังมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยนำวงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA มาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานซึ่งมี 4 ขั้นตอน (Deming, 1986: 88) คือ 1) Planning คือ การวางแผนงานที่เป็นมาตรฐาน 2) Doing คือ การทำตามระบบที่วางไว้ 3) Checking คือ การวัด/ทบทวน /ตรวจสอบวิธีการปฏิบัติงานและผลงาน และประการสุดท้าย Acting คือ การปรับปรุงระบบงานโดยในการพัฒนาคุณภาพบริการนั้นเพื่อมุ่งตอบสนองต่อความต้องการ ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะเห็นได้

ว่าการพัฒนาคุณภาพบริการนั้นเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่อง และมุ่งพัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อยๆ และเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

องค์การพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยหนึ่งในโรงพยาบาลก็ต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้วย แต่ในปัจจุบันการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น จากการศึกษาของ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2541: 93) ซึ่งได้ทำการศึกษาผลโครงการวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขพบว่า ในระยะแรกของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต้องใช้เวลาทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ความไม่เข้าใจ และไม่มีทักษะในการใช้เครื่องมือควบคุมคุณภาพ ทำให้เกิดความสับสนระหว่างการประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) และในที่สุดก็ทำให้พยาบาลเกิดแรงต้านในใจและไม่เห็นด้วยกับการเปลี่ยนแปลง ทำให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลน้อย และจากการศึกษาของ ฐิติพร พูลสุข (2545) พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการเพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลคือ บุคลากรไม่เห็นความสำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การสื่อสารในโรงพยาบาลไม่ทั่วถึงบุคลากรทุกระดับ และมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปได้ยาก

ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะพยาบาลเนื่องจากพยาบาลทุกคนเป็นส่วนหนึ่ง และเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะช่วยให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ (Moore-Greenlaw & Hurley, 1994 อ้างถึงใน ไชแสง โพธิโกสมุ และทัศนีย์ นะแสง, 2545: 20) และเป็นบุคลากรที่กลุ่มใหญ่ที่สุดในทีมสุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและการตัดสินใจคุณภาพบริการสุขภาพส่วนใหญ่จะมาจากคุณภาพการพยาบาลที่ได้รับ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) เพราะพยาบาลรับทราบถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปต่อการเข้ารับการรักษาหรือใช้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งปัญหาและความต้องการเหล่านั้นเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำมาดำเนินการเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของพยาบาล และสอดคล้องกับ องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ(2541) กล่าวว่า พยาบาลเป็นเพียงจักรสำคัญในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในทุกโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งยังสนับสนุนความสัมพันธ์ทางด้านการประสานงานร่วมกับผู้ร่วมงานในทีมพยาบาล และผู้ร่วมงานสาขาอื่น นอกจากนี้ยังมีบทบาทที่สำคัญในการกำหนดและนำมาตราฐาน ที่เหมาะสมออกไปปฏิบัติให้บริการพยาบาล มีความกระตือรือร้นในการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพขึ้นมา

(สายสวาท เผ่าพงษ์, 2542: 110) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะผลักดันให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

แต่จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นความแตกต่างของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลที่ผ่านและยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างชัดเจน ซึ่งจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน (สัมภาษณ์, 10 สิงหาคม 2546) ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพบริการในทุกกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ได้แก่ การคิดสร้างวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล และในหน่วยงานของตนเอง มีการนำปัญหาที่พบจากการทำงานมาวางแผนเพื่อหาทางแก้ไข ลงมือปฏิบัติ และมีการประเมินผลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเห็นคุณค่าการพัฒนาคุณภาพโดยไม่ต้องให้ใครชี้แนะหรือกระตุ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าหลังจากโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น พยาบาลมีการให้บริการพยาบาลโดยคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมากขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งได้กล่าวถึงประโยชน์ของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและการให้บริการผู้ป่วยหลังจากได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลว่า *“ดีสำหรับเจ้าหน้าที่และสำหรับคนไข้ด้วย คนไข้ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจริงๆ แต่สมัยก่อนดูแลแบบองค์รวมจริงหรือเปล่า จิตวิญญาณเราไม่ค่อยนึกถึงเพราะว่ามันไม่มีอะไรเป็นตัววัด แต่พอมีการประเมินคุณภาพ มันก็มีการประเมินไอนั้น ประเมินไอนี้ปุ๊บนี้ เราจะรู้ว่าคนไข้ได้จริงหรือเปล่า ความรู้ที่เขาได้รับเขาเอามาปฏิบัติจริงไหม”*

จากข้อค้นพบดังกล่าวจะแตกต่างจากผลการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน (สัมภาษณ์, 30 กันยายน 2546) ในโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างวิสัยทัศน์ พันธกิจ เฉพาะในหน่วยงานตนเอง เมื่อพบปัญหาจากการทำงานได้มีการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาแต่ไม่ได้นำมาจัดทำเป็นมาตรฐานที่ต้องปฏิบัติร่วมกันแต่เป็นการแก้ไขปัญหาชั่วคราวเท่านั้น มีบางส่วนที่ได้ทำเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานร่วมกันแต่ขาดการนำมาปฏิบัติจริง และไม่ได้ทำการประเมินผลพัฒนาให้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีความเข้าใจว่า การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานหรือเอกสารต่างๆ ที่จัดทำขึ้นนั้น เพื่อรอรับการตรวจสอบจากองค์การภายนอกเท่านั้น และที่สำคัญ คือ พยาบาลวิชาชีพขาดความตระหนักที่จะค้นหาโอกาสในการพัฒนาและดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำในช่วงเวลาที่มีการตรวจสอบหรือมีการประเมินโรงพยาบาลเท่านั้น โดยได้รับการกระตุ้นจากหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหารทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการทำงานนั้นยังมีโอกาสเกิดขึ้นซ้ำๆ ได้อีก เพราะว่าเป็นปัญหานั้นยังไม่ได้รับการแก้ไขร่วมกันของบุคลากรในหน่วยงานนั้นๆ จึงส่งผลให้คุณภาพบริการนั้นไม่มีประสิทธิภาพ

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้นยังไม่เป็นรูปแบบหรือกระบวนการที่ชัดเจน ที่ผู้วิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแบบอย่างในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลว่ามีลักษณะอย่างไร โดยใช้ระเบียบวิธีแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded Theory) วิธีการวิจัยแนวนี้เป็นการศึกษา เพื่อต้องการให้ได้ข้อมูลที่เป็นรูปแบบหรือกระบวนการการพัฒนาคุณภาพบริการซึ่งผลจากงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เพื่อเป็นแบบอย่างในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อการรับรองโรงพยาบาลต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

## 1.3 แนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded Theory) เพื่อให้ได้รูปแบบหรือโครงสร้างในการอธิบายกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโดยพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ตามประสบการณ์จริงของพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Management: TQM) ของเดมมิง (Deming, 1986) เป็นแนวทางในการสร้างคำถามเพื่อใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากแนวคิด TQM จะกล่าวถึงขั้นตอนการทำงานเพื่อนำไปสู่คุณภาพได้ซึ่งแนวคิดนี้สามารถใช้เมื่อต้องการปรับปรุงในทุกผลผลิต (Product) หรือทุกกระบวนการ (Process) ในโครงการ (Goetsch & Davis, 1995: 186) และใช้เมื่อต้องการเปลี่ยนแปลงกระบวนการ เพื่อสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้าเปลี่ยนแปลงไป (Moran, 1999: 302) จึงใช้วงจร PDCA ซึ่งวงจรนี้มีความหมายตามหลักตรรกวิทยาว่า “การปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง” (Continuous improvement) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ คือ การวางแผน (Planning) เพื่อกำหนดวิธีการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลังจากนั้นจึงนำแผนไปปฏิบัติหรือทำตามระบบที่ได้กำหนดไว้ (Doing) รวมถึงการหาความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินการนั้นด้วยการฝึกอบรมหรือศึกษาด้วยตนเอง การดำเนินการตามวิธีที่ได้กำหนดไว้ และเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์แล้วจึงทำการวัด ทบทวน ตรวจสอบผลการ

ปฏิบัติงาน (Checking) ว่าบริการที่ให้มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ และตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการหรือไม่ และขั้นตอนสุดท้ายคือการแก้ไขปรับปรุงระบบ (Acting) ถ้าผลปฏิบัติงานนั้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ไม่ได้มาตรฐานหรือผู้ให้บริการไม่พึงพอใจ จึงต้องมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นและดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นการยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้นได้ ซึ่งวงจรนี้จะดำเนินต่อไปเรื่อยๆ ตลอดระยะการดำเนินการและดำเนินโครงการให้ต่อเนื่องและมีการปรับเพื่อให้กระบวนการดีขึ้นเรื่อยๆจึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้วงจร PDCA ตลอดไปไม่มีวันจบสิ้น

ผู้วิจัยนำแนวคิดดังกล่าวเพื่อใช้ค้นหาข้อมูลโดยนำไปสร้างคำถามเพื่อทำความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงจากการปฏิบัติงานโดยผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังกับเหตุการณ์แรกจนกระทั่งเหตุการณ์นั้นๆไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

#### 1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการของพยาบาลประจำการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยใช้ระเบียบการวิจัยวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded Theory) โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลทั้งพยาบาลเทคนิค พยาบาลประจำการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้างาน ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล รวมทั้งหัวหน้าพยาบาล ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ผ่านมาผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในช่วงตั้งแต่วันที่โรงพยาบาลแจ้งความจำนงเข้าโครงการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและถึงวันที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้ตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) ซึ่งมีความแตกต่างกันตามชนิดของการให้รหัส (Types of coding) (Strauss & Corbin, 1990) และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ได้สัมภาษณ์ คนละ 1-2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที และบันทึกเทปเป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและการศึกษาเอกสาร

#### 1.5 คำถามการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีกระบวนการอย่างไร



## 1.6 คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 **กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล** หมายถึง การให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดำเนินการและกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ โดยการเล่าประสบการณ์จริงผ่านการบันทึกการสัมภาษณ์ถึงขั้นตอนต่างๆที่ได้ปฏิบัติ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิด TQM ของ Deming (1986) มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการสร้างข้อคำถามเบื้องต้น ในการสัมภาษณ์ แนวคิดดังกล่าวประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.6.1.1 **การวางแผน (Planning)** หมายถึง การให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดำเนินการ การกำหนดวิธีการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1.6.1.2 **การนำแผนไปปฏิบัติ (Doing)** หมายถึง การให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการนำแผนในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปฏิบัติ รวมถึงการหาความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินการนั้นด้วยการฝึกอบรมหรือศึกษาด้วยตนเองเพื่อให้สามารถทำตามระบบที่ได้กำหนดไว้

1.6.1.3 **การวัด ทบทวน ตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Checking)** หมายถึง การให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามวิธีที่ได้กำหนดไว้ มีการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์จากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแล้วจึงทำการวัด ทบทวน ตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน ว่าคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการหรือไม่

1.6.1.4 **การแก้ไขปรับปรุงระบบ (Acting)** หมายถึง การให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ได้ในการดำเนินการแก้ไขปรับปรุงระบบการทำงานในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งผลจากการปฏิบัติงานนั้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ไม่ได้มาตรฐานหรือผู้ให้บริการ ไม่พึงพอใจ จึงต้องมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นและดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.6.2 **บุคลากรทางการแพทย์** หมายถึง พยาบาลที่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลเทคนิค พยาบาลประจำการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้างานรองหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

## 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.7.1. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ
- 1.7.2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้บริหารและกลุ่มพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล
- 1.7.3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ (Hospital accreditation) ภายใต้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยใช้วงจร PDCA ของเดมมิงมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน (Deming, 1986: 88) จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นความไวเชิงทฤษฎีในการดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแนวทางการวิจัยใน 2 ช่วง คือ ในการทบทวนวรรณกรรมช่วงแรกมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโครงร่างการวิจัยโดยค้นหาช่องว่างขององค์ความรู้ที่มี ณ ปัจจุบันเพื่อค้นหาองค์ความรู้ใหม่ที่ทำให้สามารถเข้าใจในปรากฏการณ์การพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้อย่างลึกซึ้งและในช่วงที่สองคือ ขณะที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในขณะนั้นเกิดข้อมูลขึ้นมาทำให้กระตุ้นความคิดในลักษณะความไวทางทฤษฎีอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถเขียนคำถามและสามารถปรับเปลี่ยนข้อสงสัยที่เป็นธรรมดาตามเนื้อหา สู่แนวคิดที่เป็นมโนทัศน์ที่เด่นชัดขึ้นจนกระทั่งพัฒนาเป็นทฤษฎีได้ซึ่งผู้วิจัยสรุปประเด็นต่างๆไว้ดังนี้

#### 2.1 แนวคิดการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

- 2.1.1 ความหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- 2.1.2 ความเป็นมาของโครงการพัฒนาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- 2.1.3 แนวคิดการพัฒนาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- 2.1.4 ประโยชน์ของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- 2.1.5 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

#### 2.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

- 2.2.1 ความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- 2.2.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
- 2.2.3 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ

#### 2.3 การวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน

- 2.3.1 ประวัติและความเป็นมาของทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน
- 2.3.2 ปรัชญาของการศึกษาวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน
- 2.3.3 ลักษณะงานวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน
- 2.3.4 ความแตกต่างการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานกับงานวิจัยคุณภาพประเภทอื่นๆ

- 2.3.5 การศึกษาวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน
  - 2.3.6 การทบทวนวรรณกรรมของทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน
  - 2.3.7 การคัดเลือกตัวอย่างตามหลักทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน
  - 2.3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 2.1 แนวคิดการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

### 2.1.1 ความหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) หมายถึง กระบวนการประเมินคุณภาพระบบบริการของโรงพยาบาล เป็นกลไกส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลสร้างระบบงานและระบบตรวจสอบที่ดีด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะให้บริการอย่างมีคุณภาพ โดยอาศัยมาตรฐานระดับชาติเป็นแนวทางพัฒนาไปในทิศทางเดียวกันและสามารถประกาศให้ประชาชนทราบว่าโรงพยาบาลใดบ้างที่ได้พัฒนาจนมีระบบงานและระบบตรวจสอบที่ดี โดยมีการยืนยันผลการประเมินจากหน่วยงานภายนอก (ธิดา นิงสานนท์, 2541: 47)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กลไกที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์การอย่างมีทิศทางควบคู่ไปกับการเรียนรู้การสร้างระบบงาน ระบบการตรวจสอบด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะให้บริการอย่างมีคุณภาพโดยอาศัยมาตรฐานระดับชาติเป็นแนวทางในการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกันและสามารถประกาศให้ประชาชนรับทราบการพัฒนาจนมีระบบตรวจสอบที่ดี โดยมีการยืนยันการประเมินจากองค์การภายนอก (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ขยายความได้ดังนี้

1. เป็น “ระบบ” ที่รวบรวมสรรพสิ่งที่ซับซ้อนด้วยกันให้เป็นไปในแนวทางและทิศทางเดียวกันภายใต้มาตรฐานที่เกิดจากพันธะร่วมกันของกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์

2. เป็น “การรับรอง” ว่ามีการประกันคุณภาพว่าทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนดโดยบุคคลที่สามอย่างแท้จริง

3. เน้น “คุณภาพสถานพยาบาล” ออกแบบเฉพาะโรงพยาบาล ใช้ประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องมุ่งผู้ป่วย / ลูกค้ำเป็นศูนย์กลาง ยกกระดับคุณภาพการบริการ / สุขภาพอนามัยในภาพรวม (กฤษฎี อุทัยรัตน์, 2543: 53)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กลไกกระตุ้นเกิดการพัฒนากระบวนการภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนา

ตนเองอย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2542 อ้างถึงใน สิทธิศักดิ์ พฤษะปีติกุล และ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543: 11)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ก็คือ TQM ของโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามกระบวนการ Hospital accreditation เป็นการพัฒนาคุณภาพตามปรัชญา TQM นั้นเอง (สิทธิศักดิ์ พฤษะปีติกุล และอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543: 10)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาจากคำภาษาอังกฤษว่า Hospital accreditation: HA แปลตามศัพท์ credit หมายถึง ความน่าไว้วางใจ เกียรติยศ accredit หมายถึง การให้ความไว้วางใจ ให้ความเชื่อถือ ดังนั้น HA จึงหมายถึง การรับรองว่าโรงพยาบาลมีความน่าไว้วางใจน่าเชื่อถือ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2544: 172)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หรือ หลักประกันคุณภาพโรงพยาบาล ที่ได้มาจากกระบวนการบริหารจัดการคุณภาพภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยการบริหารป้องกันความเสี่ยง การบริหารดูแลมาตรฐาน และจรรยาบรรณวิชาชีพให้น่าไว้วางใจ และพิทักษ์คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ตลอดจนกิจกรรมสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ การทบทวนและประเมินตนเอง ปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาคุณภาพตามแนวทางที่กำหนดในมาตรฐาน การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา (สิริวัชร วงศ์ธีรุตม์, 2546: 111)

สรุป การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการประเมินคุณภาพระบบบริการของโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลว่า โรงพยาบาลได้สร้างระบบงานและระบบตรวจสอบที่ดีด้วยตนเอง โดยอาศัยมาตรฐานระดับชาติเป็นแนวทางพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะให้บริการอย่างมีคุณภาพ มีความน่าไว้วางใจ และน่าเชื่อถือ

### 2.1.2 ความเป็นมาของโครงการพัฒนาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital accreditation) เป็นเครื่องมือที่ประกันคุณภาพบริการประเทศแรกที่มีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีวิทยาลัยศัลยแพทย์ของอเมริกา (The American College of Surgeons) ได้ดำเนินการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1917 นับว่าเป็นต้นแบบในการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลทั่วโลก Kunaratanapruk et al. (1997: 12) และได้ขยายต่อไปยังประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ สวีเดน เป็นต้น และมีการพัฒนาและรับรอง

คุณภาพโรงพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนาเมื่อไม่นานมานี้ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541 อ้างถึงใน อัญชลี ดวงอุไร, 2545: 17)

สำหรับในประเทศไทยโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเกิดขึ้นเนื่องจากการที่หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2538 โดยสำนักงานประกันสังคม ได้มอบหมายให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคมตามมาตรฐานของสำนักงานประกันสังคมทำให้เกิดเครือข่ายและมีความสนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากขึ้นจึงได้เชิญวิทยากรจากต่างประเทศ เช่น John K. Lee จาก Seventh Day Adventist, Anthony Wagemaker และ Marion Suskey จากประเทศแคนาดาเพื่อมาบรรยายเรื่อง Hospital accreditation ให้แก่ผู้สนใจ พร้อมทั้งมีการสาธิตกระบวนการในการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบโดย Anthony Wagemaker (วรรณดี ศุภวงศานนท์, 2543)

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น โดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด TQM / CQI ภายในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ซึ่งกองโรงพยาบาลภูมิภาค ให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณและวิทยากรมีนักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาต่างๆ ร่วมกันจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนภิเศก ซึ่งเป็นการพัฒนามาตรฐานที่มุ่งเน้นกระบวนการ มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมุ่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ปลายปี พ.ศ. 2539 กองโรงพยาบาลภูมิภาคได้นำผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขไปดูงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศแคนาดาและได้มีการยอมรับแนวคิด Quality improvement ทำให้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการเขียนมาตรฐานโรงพยาบาล ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและเกิดความมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบคุณภาพให้เกิดขึ้นในประเทศไทยจนกระทั่งปี พ.ศ. 2540 ได้เริ่มโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาค มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน และโรงเรียนแพทย์เข้าร่วมโครงการ จำนวน 35 แห่ง เพื่อนำมาตรฐานฉบับปีกัญจนภิเศก โดยนำมาทดลองใช้ ซึ่งได้รับทุนวิจัยร่วมจากสำนักงานกองทุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง คือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระภายใต้สังกัดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เดิมมีรูปแบบการดำเนินงานเป็นโครงการ ต่อมา มีการตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจนในที่ประชุม National Forum on Hospital Accreditation เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2541 จึงมีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานจากโครงการมาเป็นสถาบัน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของทุกโรงพยาบาลและเน้นการเผยแพร่ให้ความรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนา

คุณภาพต่อเนื่อง (อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543: 28) ซึ่งในระยะแรกมีโรงพยาบาลผ่านการรับรอง 12 แห่ง เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 จนกระทั่งปัจจุบัน อย่างเข้าสู่ปีที่ 10 ใน พ.ศ. 2549 มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาแลและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีจำนวนทั้งสิ้น 178 แห่งทั่วประเทศ ([http://www.ha.or.th/m\\_07\\_02.asp](http://www.ha.or.th/m_07_02.asp). [วันที่ 1 เมษายน, 2549])

### 2.1.3 แนวคิดการพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดและปรัชญาของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐานโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

#### 2.1.3.1 แนวคิดและปรัชญาของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้นได้ใช้แนวคิดการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management: TQM) อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543: 28-29) ได้ให้แนวคิดและปรัชญาของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

(1) การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการรับรองที่ให้กับโรงพยาบาลนั้นเป็นการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งกระบวนการคุณภาพนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย โดยมีองค์ประกอบหลักได้แก่ การบริหารความเสี่ยง (Risk management) การประกันคุณภาพ (Quality assurance) หรือการรักษาระดับของการปฏิบัติและระดับคุณภาพให้สม่ำเสมอ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement) เป็นการเน้นพลวัตรและความไม่หยุดนิ่งของโรงพยาบาล

(2) การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เน้นที่การสร้างคนคุณภาพเพื่อให้คนไปสร้างระบบงานที่มีคุณภาพ การสร้างคนในที่นี้เริ่มด้วยการทำให้เกิดความรักในองค์การไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ ในขณะที่ทำงานร่วมกันนั้นจะได้ทั้งการพัฒนาคนและพัฒนาระบบงานไปพร้อมกัน โดยการพัฒนาคนเกิดจากความร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ และการพัฒนาระบบงานเกิดจากการใช้วงจร Plan – Do – Check – Act ร่วมกับการใช้ความคิดวิพากษ์ และการใช้ความคิดสร้างสรรค์

(3) การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ การที่มีผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งเป็นคนนอกเข้าไปในโรงพยาบาลย่อมก่อให้เกิดความตื่นเต้นแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มีความพยายามที่จะปิดบังสิ่งที่เป็นจุดอ่อนของโรงพยาบาล ซึ่งไม่

ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนท่าที และแนวความคิดเหล่านี้โดยทำ ความเข้าใจร่วมกันว่า ผู้เยี่ยมสำรวจไม่ได้เข้าไปตรวจสอบโรงพยาบาลแต่เข้าไปช่วยส่งเสริมให้เกิด กระบวนการเรียนรู้ขึ้นโดยสมบูรณ์ซึ่งกระบวนการเรียนรู้นั้นเริ่มต้นตั้งแต่โรงพยาบาลค้นหาปัญหา การดำเนินการพัฒนาคุณภาพและประเมินผลของการพัฒนาด้วยตนเองผู้เยี่ยมสำรวจเป็นเพียงผู้ เข้าไปเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่ กว้างขึ้น

(4) การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เน้นการตรวจสอบตนเองของโรงพยาบาล ไม่มีผู้ใดจะรู้ดีที่สุดว่าคุณภาพของโรงพยาบาลเป็นอย่างไรเท่ากับผู้ที่อยู่ในโรงพยาบาลเอง การ เน้นระบบการตรวจสอบตนเอง ซึ่งเป็นหลักประกันว่าจุดอ่อนหรือความบกพร่องที่เกิดขึ้นจะได้รับการ พิจารณาปรับปรุงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นอีกในอนาคต

(5) ความสำเร็จของการพัฒนาต้องอาศัยกระบวนการทัศน์ใหม่ กระบวน ทัศน์ใหม่ที่ว่า คือ การที่องค์กรหรือหน่วยงานมีเป้าหมายชัดเจน มีการนำด้วยอุดมการณ์ เน้นการ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการเน้นการปรับปรุงกระบวนการมากกว่าการ กล่าวโทษตัวบุคคลเน้นการเสริมพลังเจ้าหน้าที่ให้สามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่เน้น การนำความรู้ที่ทันสมัยและเชื่อถือได้มาประสานกับประสบการณ์อย่างสมดุล

### 2.1.3.2 มาตรฐานโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

#### โรงพยาบาล

กรอบมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล คือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกฎอนามัยสากล ภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนา คุณภาพนั้นได้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวงซึ่งกำหนดไว้ครอบคลุมทั้งด้านทรัพยากร กระบวนการทำงานและกิจกรรมคุณภาพซึ่งมาตรฐานดังกล่าวจัดทำขึ้นด้วยความร่วมมือ ของนักบริหาร นักวิชาการ และผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยแนวคิด TQM / CQI เป็นพื้นฐานโดยทำการศึกษาทบทวนมาตรฐานจากโรงพยาบาลในที่ต่างๆ และขอความคิดเห็น จากผู้เกี่ยวข้องในแต่ละสาขา มีการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งทำให้มาตรฐานวิชาชีพต่าง ได้รับการนำไปปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

มาตรฐานโรงพยาบาล (GEN) 9 ข้อ ของสถาบันพัฒนาและรับรอง คุณภาพ (2540) มีดังนี้

GEN 1 กำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ลายลักษณ์อักษรชัดเจน

1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตการจัดบริการ/หน่วยงาน  
สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

1.2 เป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปได้และวัดได้

1.3 มีการสื่อข้อความพันธกิจ ปรัชญาเป้าหมาย วัตถุประสงค์  
ไปยังบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.4 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจเป้าหมายการจัดบริการ  
และทราบบทบาทของตนเอง

GEN 2 การจัดองค์กรและการบริหารเพื่อการบริการตามพันธกิจ  
อย่างมีคุณภาพ

2.1 มีโครงสร้างขององค์กรชัดเจนและเหมาะสม

2.2 ผู้บริหารมีคุณสมบัติเหมาะสม รับมอบหมายหน้าที่  
เหมาะสม มีความสามารถบริหารได้บรรลุตามพันธกิจ

2.3 กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

2.4 มีกลไกกำหนดแนวทางปฏิบัติงาน การสื่อสารและการ  
แก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 มีกลไกเอื้อให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการ  
วางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลในภาพรวม

GEN 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อบริการผู้ป่วยตามพันธกิจ  
อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 การจัดอัตรากำลังอย่างเพียงพอและเหมาะสมเมื่อเทียบกับ  
ปริมาณงาน

3.2 การประเมินผลงานอย่างสม่ำเสมอและส่งเสริมการ  
พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.3 บุคลากรมีคุณสมบัติครบถ้วน และนักศึกษาฝึกงานต้อง  
ปฏิบัติภายใต้การควบคุม

GEN 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล เป็นการเตรียมความพร้อม เพิ่ม  
ความรู้ ทักษะให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1 มีการประเมินปัญหาและความต้องการของบุคลากรเพื่อ  
เป็นข้อกำหนดในการพัฒนาบุคลากร

4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้ง  
ประเมินผลการปฏิบัติงาน



4.3 บุคลากรใหม่ทุกคนได้รับการปฐมนิเทศเพื่อเตรียมพร้อม  
ในการปฏิบัติงาน

4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่  
ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาบุคลากรในรูปของการเปลี่ยน  
พฤติกรรมและผลกระทบต่อการดูแล / บริการแก่ผู้ป่วย

GEN 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ เป็นลายลักษณ์อักษร สะท้อนความรู้  
และหลักการของวิชาชีพ ที่ทันสมัยและสอดคล้องกับพันธกิจการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางที่  
บุคลากรสามารถยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ

5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ มีการรับรอง  
และเผยแพร่ให้รับทราบทั่วกัน

5.2 นโยบาย วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับ  
นโยบายของโรงพยาบาล

5.3 บุคลากรรับรู้เข้าใจและปฏิบัติตาม

5.4 ประเมินและปรับปรุงนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่าง  
สม่ำเสมอ ให้สมบูรณสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมจากการทำงาน

GEN 6 สิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่ ที่เอื้อต่อการบริหารอย่างสะดวก  
ปลอดภัย และมีคุณภาพ

6.1 พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และจัดแบ่งโครงสร้างภายใน  
หน่วยงานเหมาะสมกับการบริการ และการเก็บอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้

6.2 สภาพทั่วไปในหน่วยงานปลอดภัย การระบายอากาศดี  
แสงสว่างอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน และเป็นระเบียบ

6.3 สถานที่ตรวจรักษาให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วนมิดชิดพ้นจาก  
สายตาและการได้ยิน

6.4 สถานที่อำนวยความสะดวกแก่บุคลากร

GEN 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน  
เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีคุณภาพ

7.1 ประเมินเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการบริหาร

7.2 เครื่องมือ อุปกรณ์เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

7.3 การอบรมเฉพาะและรู้วิธีการใช้เครื่องมือที่มี

ประสิทธิภาพ

7.4 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา

7.5 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมที่จะให้บริการได้ตลอดเวลา

7.6 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

GEN 8 ระบบงาน / กระบวนการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

8.1 มีการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ

8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมก่อนดูแลรักษา

8.3 แลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบริการ

8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมิน และการวางแผนดูแลรักษาเป็นระยะๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ

8.5 กระบวนการให้การดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ

8.6 มีการบันทึกข้อมูล ปัญหาการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีม มีความต่อเนื่องในการรักษา

8.7 กระบวนการช่วยผู้เจ็บป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวโดยเร็วที่สุด

GEN 9 กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ มีกิจกรรมติดตามประเมิน และพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยทำเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9.1 ทุกหน่วยงานมีกิจกรรม CQI โดยผู้ปฏิบัติงานทุกระดับทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานให้ความร่วมมือในกิจกรรมนี้

9.2 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

9.3 นำมาตรฐานวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ กิจกรรมการทบทวนดูแลรักษาผู้ป่วยสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2543 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้จัดทำมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการขึ้น โดยนำข้อกำหนดรวมทั้งหมดมาสรุปเป็น 6 หมวด 20 บท แต่ละบทจะแสดงความเชื่อมโยงจากระดับองค์กรไปสู่ระดับหน่วยงาน ทำให้สามารถวิเคราะห์ภาพรวมขององค์กรได้ง่ายขึ้นโดยมีรายละเอียดดังนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล, 2543) ดังนี้

## หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่

### บทที่ 1 การนำองค์กร

1.1 ผู้นำสามารถชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรได้อย่างมีทิศทางทำให้มีวัฒนธรรมคุณภาพซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ลดความเสี่ยง, ตอบสนองปัญหา และความต้องการ, ดูแลแบบองค์รวม, พึงกษัตริย์และศักดิ์ศรี) มีการประเมินและทบทวนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.2 สมาชิกในองค์กรมีความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพ สามารถดำเนินการพัฒนาได้โดยไม่ติดขัด ปัญหาสำคัญได้รับการแก้ไขโดยผู้นำระดับสูง

1.3 มีการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพบนรากฐานของจุดแข็งเดิมไม่แยกส่วนมีความยั่งยืน เปิดรับแนวคิดและทิศทางการพัฒนาใหม่ๆ

1.4 สมาชิกในหน่วยงานเข้าใจบทบาทความรับผิดชอบ มีระบบการสื่อสาร / การแก้ปัญหา / ประสานงานที่ดี เชื้อต่อการปฏิบัติหน้าที่ตามเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

1.5 หัวหน้าหน่วยงานสามารถกระตุ้นให้สมาชิกในหน่วยงานมีความตื่นตัวในการพัฒนา มีผลลัพธ์ของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับทิศทางขององค์กร

### บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย

2.1 มีทิศทางนโยบายที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

2.2 มีการแปรเป้าหมายไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล

2.3 มีความก้าวหน้าของการพัฒนาตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

## หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

### บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

3.1 หน่วยงานต่างๆ มีคน เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ มีข้อมูลข่าวสารเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

3.2 มีความสมเหตุสมผล และความคุ้มค่าในการลงทุนด้านทรัพยากร

3.3 การปรับปรุงขนาดของบริการเป็นไปตามความจำเป็น ผู้ป่วยได้รับบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างราบรื่น

### บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

4.1 โรงพยาบาลมีกำลังผลเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

4.2 โรงพยาบาลมีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสม มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านความรู้ทางเทคนิค การบริการ การพัฒนาคุณภาพ

4.3 เจ้าหน้าที่ที่มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน อุตสาหกรรมเทคโนโลยีกับองค์กร  
บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

5.1 โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วย  
จะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวก สบายและเป็นที่ยอมรับ

5.2 ระบบสาธารณูปโภคใช้การได้ตลอดเวลาโดยไม่มีความเสี่ยง

5.3 มีระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งในช่วงเวลาทำการปกติ นอกเวลาทำการ  
ปกติและภาวะฉุกเฉิน

5.4 น้ำเสียที่ผ่านการบำบัดแล้วมีคุณภาพไม่น้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด  
ไม่สร้างมลภาวะแก่สิ่งแวดล้อม

5.5 ชยะได้รับการกำจัดอย่างเหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดความน่ารังเกียจ  
และเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อ

5.6 มีหลักประกันว่าผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่จะมีความปลอดภัยจากอัคคีภัย  
และหากมีเหตุการณ์เกิดขึ้นสามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสม

5.7 อุบัติเหตุ / อุบัติการณ์ / ข้อขัดข้อง ความเสียหายแก่ทรัพย์สินและบุคคล  
อยู่ในระดับต่ำที่สุด

5.8 มีหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานอยู่ในสภาพการณ์ทำงานที่ปลอดภัย  
มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพน้อยที่สุด

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ

6.1 โรงพยาบาลมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก  
ที่ได้มาตรฐานเพียงพอเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

6.2 เครื่องมือมีอายุการใช้งานเหมาะสม ไม่เสื่อมชำรุดก่อนเวลาอันควร  
ไม่มีอันตราย / ปัญหาข้อขัดขัดระหว่างการใช้งาน ค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษา ซ่อมแซมอยู่ในระดับ  
ที่เหมาะสม

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

7.1 ระบบสารสนเทศสามารถตอบสนองความต้องการในด้านการดูแลผู้ป่วย  
การพัฒนาคุณภาพ การบริหาร มีหลักประกันในเรื่องการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล

7.2 ผู้ใช้ได้รับข้อมูลและสารสนเทศที่ถูกต้อง ใช้ง่าย ตรงกับความต้องการ  
ทันเวลา, มีการนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ

7.3 มีระบบเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ สามารถค้นหา  
ได้รวดเร็วไม่สูญหาย

7.4 มีการนำความรู้จากข้อมูลวิชาการและการปฏิบัติงานมาสรุปเป็นบทเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในองค์กร

### หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ

#### บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

8.1 มีคู่มือ / แนวทางการปฏิบัติงานที่เพียงพอ และเหมาะสมเพื่อให้บริการได้อย่างปลอดภัย และมีคุณภาพ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามคู่มือ / แนวทางที่กำหนดไว้

8.2 ตรวจสอบและแก้ไขปัญหาได้รวดเร็ว ควบคุมความสูญเสียได้โอกาสเกิดซ้ำอยู่ในระดับต่ำ ความสูญเสีย/ความเสียหายอยู่ในระดับต่ำ

8.3 เครื่องชี้วัดสอดคล้องและครอบคลุมประเด็นสำคัญในเป้าหมายของโรงพยาบาลและหน่วยงานมีการใช้เครื่องชี้วัดเพื่อหาโอกาสในการพัฒนาและพิจารณาการเปลี่ยนแปลง

8.4 มีวัฒนธรรมของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมพัฒนาคุณภาพสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน ผลลัพธ์สำคัญดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

#### บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

มีกิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกครอบคลุมโรคและหัตถการที่สำคัญบนพื้นฐานข้อมูลวิชาการ มีการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพด้านคลินิกบริการที่เห็นได้ชัดเจน ผู้เกี่ยวข้องมีเจตคติที่ดีต่อการร่วมทำกิจกรรม

#### บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

10.1 อุบัติการณ์และอัตราการติดเชื้อที่เป็นเป้าหมายมีระดับลดลงอย่างต่อเนื่อง

10.2 มีทิศทางดำเนินงานที่สอดคล้องกันทั้งองค์กร มีการปฏิบัติตามความรู้ที่เหมาะสมทันสมัยเพื่อการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

### หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

#### บทที่ 11 องค์กรแพทย์

มีการจัดระบบเพื่อให้แพทย์มีการควบคุมดูแลการรักษามาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

## บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

มีการจัดระบบเพื่อให้พยาบาลควบคุมดูแลการรักษามาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ ประสานและพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

## หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย มีการให้บริการด้วยความตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม โดยโรงพยาบาลมีระบบงานที่รัดกุมและเหมาะสม

## หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีม

15.1 ผู้ป่วยที่ซับซ้อนซึ่งต้องการการดูแลจากหลายวิชาชีพ / หน่วยงาน ได้รับการดูแลอย่างราบรื่น ไม่เกิดข้อติดขัด / ล่าช้า / ละเลย

15.2 มีการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพโดยการเลือกประเด็น ปัญหาสำคัญที่รับผิดชอบมาพัฒนา

15.3 มีการกำหนดทิศทางและโอกาสพัฒนาในภาพรวม มีการติดตาม ความก้าวหน้าและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 16 การเตรียมผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทันเวลาที่ มีโอกาสให้และรับข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน ทำให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาตรงตามตัวบุคคล

บทที่ 17 การประเมินและวางแผน

17.1 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการต่างๆอย่าง ครบถ้วน

17.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยา รังสีวิทยามีความน่าเชื่อถือ มีการใช้ผลการตรวจเพื่อการวางแผนหรือปรับแผนการรักษา ความเสี่ยงต่อผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงาน ที่อยู่ในระดับต่ำที่สุด

17.3 แผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาสำคัญครบถ้วน ป้องกันความ เสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ทำให้เกิดการประสานงานที่ดี

### บทที่ 18 การดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคคลที่เหมาะสม และมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เลือด การดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ โรคติดต่อร้ายแรง ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง การฟอกเลือด การผูกยึด ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เด็กเล็ก การใช้ Moderate & deep sedation การผ่าตัดและระงับความรู้สึก

### บทที่ 19 การบันทึกเวชระเบียน

มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การใช้ประโยชน์ในการทบทวนเพื่อปรับปรุงคุณภาพ

### บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

20.1 ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความพร้อมที่จะดูแลตนเองและจัดการกับปัญหา ที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปบ้าน

20.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยหน่วยบริการที่เหมาะสมและมีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้บริการเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะฟื้นฟูสภาพปกติโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

โดยหลักการแล้วทุกที่ทีมงานและทุกหน่วยงานจะต้องพิจารณามาตรฐานทั้ง 20 บทนี้ว่า มีข้อกำหนดใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับงานของตนเพื่อนำมาประเมิน พัฒนา และประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง

อนวัณณ์ ศุภชุติกุล (2544) กล่าวว่าในการพัฒนาเพื่อคุณภาพเพื่อมุ่งการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลต้องมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดหรือกระบวนการทัศน์ใหม่ ดังนี้

1. เปลี่ยนจุดเน้นใหม่มุ่งแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน เน้นการดูแลแบบองค์รวม ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและผู้ให้บริการทุกคนต่างเป็นลูกค้าของกันและกัน มีหน้าที่ค้นหาและตอบสนองความต้องการของกันและกัน

2. เน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงาน/ระบบงานอย่างไม่มีที่สิ้นสุด โดยทำความเข้าใจกับกระบวนการอย่างลึกซึ้ง เชื่อมโยงความต้องการของลูกค้ากับเป้าหมายของกระบวนการ ใช้วิธีคิดอย่างเป็นระบบโดยวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุทางเลือก การทดสอบทางเลือกการตรวจสอบผลกำหนดเป็นมาตรฐาน

3. เน้นการเสริมพลังเจ้าหน้าที่และการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยผู้ปฏิบัติงานได้รับโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง หัวหน้ามีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนเป็นที่เลี้ยง

และปรับปรุงระบบงาน จัดความหวาดกลัวในหน่วยงาน มีโครงสร้างของการประสานงาน และสนับสนุน คือ ทีมชี้นำ ทีมสนับสนุนและทีมพัฒนา

4. เน้นการนำด้วยอุดมการณ์ มีการเปลี่ยนแนวคิดเป็นผู้นำที่ดี คือ ผู้ที่สามารถชักจูงให้ผู้ปฏิบัติงานมีอุดมการณ์ร่วม มุ่งมั่นที่จะบรรลุอุดมการณ์นั้น และมีกระบวนการที่จะประสานอุดมการณ์ของทั้งองค์กรให้เป็นทิศทางเดียวกัน

5. มาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลรักษาจะช่วยให้การตัดสินใจดีขึ้น และใช้ทบทวนการทำงานของผู้ให้บริการเน้นการสร้างมาตรฐาน ให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสม กับสถานการณ์ประสานแนวคิดการปรับปรุงกระบวนการเข้ากับการพัฒนาคุณภาพด้านคลินิก บริการมีความเชื่อมต่อการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

### 2.1.3.3 กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกที่กระตุ้นส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพและการรับรองคุณภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542) ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)** คือ การจัดระบบบริหาร และระบบการในการทำงานที่เน้นการทำงานด้วยความมุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองต่อความต้องการผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตรวจสอบเพื่อการแก้ไขปรับปรุง ด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน รวมทั้งการจัดทำเอกสารตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล 9 ข้อ คือ ด้านการกำหนดพันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ ด้านการจัดองค์กร และการบริหาร ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ด้านนโยบาย และวิธีปฏิบัติ ด้านสิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่ ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านระบบงานและกระบวนการให้บริการ และด้านกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพ

**ขั้นตอนที่ 2 การประเมินคุณภาพ (Quality assessment)** คือ การตรวจสอบระบบงานและสิ่งที่ปฏิบัติกับข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งจะทำโดยโรงพยาบาล และผู้ประเมินภายนอก ดังนี้

1. การประเมินคุณภาพโดยโรงพยาบาล (Self assessment) เป็นการตรวจสอบความก้าวหน้าและความพร้อม โดยประเมินเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การทบทวนแนวคิดแนวทางในการปฏิบัติ การปฏิบัติงานจริง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการพัฒนาวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง การใช้แบบประเมินตนเองเพื่อบันทึก และการวิเคราะห์ระบบงานตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล



2. การประเมินโดยผู้ประเมินภายนอก (External survey) ลักษณะการประเมิน มี 3 ลักษณะ คือ

2.1 การประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล (Pre survey) คือ การประเมินเพื่อดูว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามข้อกำหนดในกรอบมาตรฐานได้ครบถ้วนหรือไม่ มีประเด็นความเสี่ยงที่ชัดเจนลดลงหรือไม่ ซึ่งการประเมินความพร้อมจะทำก็ต่อเมื่อผลการประเมินตนเองอยู่ในระดับที่มั่นใจว่าได้มีการพัฒนามาตรฐานในประเด็นสำคัญครบถ้วน ผลการประเมินในขั้นตอนนี้เพื่อรับคำแนะนำ ปรับปรุง ซึ่งการประเมินความพร้อมสามารถทำได้หลายครั้ง จนกว่าจะมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมเต็มที่สำหรับการประเมินเพื่อรับรอง

2.2 การประเมินเพื่อการรับรอง (Accreditation) คือ การไปรับทราบหลักฐานและความจริงว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลตามทีระบุไว้ในนโยบาย คู่มือปฏิบัติงาน คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และขอเสนอเพื่อการปรับปรุง ประเมินความพร้อม เครื่องมือที่สำคัญที่ผู้ประเมินภายนอกใช้ คือ ข้อมูลที่โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้

2.3 การประเมินหลังการรับรอง ซึ่งมี 3 ลักษณะ คือ

2.3.1 การประเมินเฝ้าระวัง (Surveillance survey) เป็นการประเมิน โดยองค์กรภายนอกตามกำหนด 6-2 เดือน โดยมุ่งประเด็นสำคัญที่ต้องเน้นหรือประเด็นที่มีแนวโน้มว่าหากปล่อยไว้อาจจะทำให้เกิดปัญหา

2.3.2 การประเมินเมื่อมีปัญหา (Unscheduled survey) เป็นการประเมินเมื่อองค์กรภายนอกรับทราบว่าอาจจะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หรือมีปัญหา ด้านความปลอดภัย

2.3.3 การประเมินเมื่อมีการปรับเปลี่ยน (Verification survey) เป็นการประเมินในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นในโรงพยาบาล เช่น มีการขยายบริการ มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าของ มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูง ซึ่งจะต้องแจ้งให้ผู้ประเมินทราบ ภายใน 30 วัน เพื่อให้มีการประเมินซ้ำเป็นการยืนยันการรับรอง หากอายุการรับรองมีมากกว่า 6 เดือน อายุของการรับรองก็จะไม่ขยายออกไปมากกว่าเดิม

**ขั้นตอนที่ 3 การรับรองโรงพยาบาล** คือ การรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานดี เชื้อต่อการให้บริการอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพ และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการตรวจสอบตนเองอยู่เสมอ ผู้ตัดสินใจให้การรับรองโรงพยาบาลคือ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งสถาบันพัฒนาและรับรองโรงพยาบาล (พรพ.) แต่งตั้งขึ้น คณะกรรมการจะตัดสินโดยพิจารณาข้อมูลที่ได้รับจากผู้ประเมินภายนอก ซึ่งลักษณะการรับรองมี ดังนี้

1. รับรอง 2 ปี สำหรับโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้ครบถ้วน บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ไม่มีความเสี่ยงที่ชัดเจนมีหลักฐานของความพยายามในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

2. ไม่รับรอง สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วนยังมีความเสี่ยงปรากฏอยู่อย่างชัดเจน

การรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนานิกษกครอบคลุมองค์ประกอบที่กว้างขวาง คาดหวังการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังด้วยความเข้าใจความร่วมมือประสานงาน และเห็นผลลัพธ์ได้ในระดับหนึ่ง ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการพัฒนาและเกิดความรู้สึกท้อแท้

เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย กล่าวคือ ประชาชนในทุกพื้นที่ต้องการได้รับบริการที่มีคุณภาพโดยเร็วที่สุดสถานพยาบาลต้องการพัฒนาด้วยวิธีการที่ลัดที่สุด และเห็นความสำเร็จเป็นลำดับขั้น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้แบ่งลำดับขั้นของการประเมินและรับรองเป็น 3 ขั้น ดังนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

**บันไดขั้นที่ 1** **สู่ HA** เป็นการดำเนินการที่เน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา / ความเสี่ยงต่างๆ นำมาแก้ไข ป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งนี้โดยไม่ปรากฏความเสี่ยงทางด้านโครงสร้างกายภาพและกำลังคนที่ชัดเจน

กิจกรรมที่จะต้องให้ความสำคัญสูงในขั้นนี้ คือ การสร้างระบบทบทวนวิธีการทำงานและผลงาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องเห็นปัญหาและโอกาสพัฒนาได้ชัดเจนขึ้น ได้แก่ เครื่องชี้วัดของหน่วยงาน คำร้องเรียน การส่งต่อ การตรวจรักษาโดยผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ เหตุการณ์วิกฤติ (การเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน อุบัติการณ์) เวชระเบียน ความเหมาะสมทางวิชาชีพและวิชาการ ความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากร ปัญหาของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การทบทวนเหล่านี้นำไปสู่การแก้ไขป้องกัน ซึ่งผู้เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติ

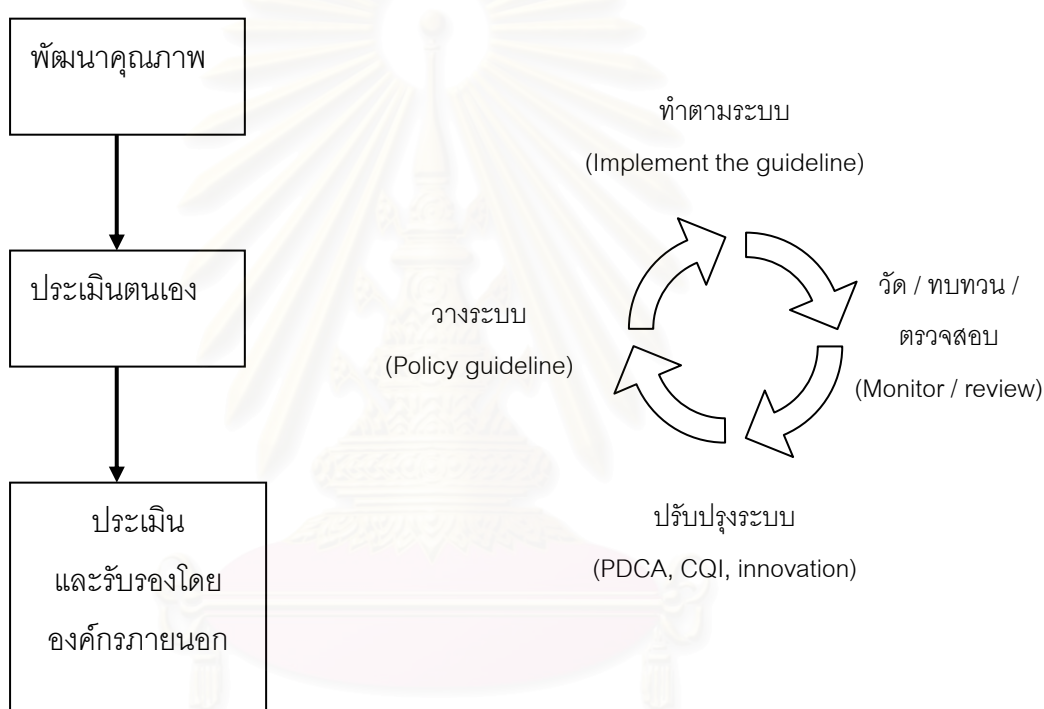
แม้ว่ากิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแต่ไม่ได้หมายความว่าหน่วยงานที่ไม่ได้ดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรงจะไม่ต้องทำอะไร กิจกรรมที่ทุกหน่วยงานสามารถทำได้ คือ การทบทวนคำร้องเรียน / ข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ การค้นหาและการป้องกันความเสี่ยง การทบทวนอุบัติการณ์ การทบทวนการใช้ทรัพยากร การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

**บันไดขั้นที่ 2** **สู่ HA** เป็นการบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน ในทุกระดับ

กิจกรรมที่จะต้องให้ความสำคัญสูงในขั้นนี้ คือ การนำข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ มาสู่การปฏิบัติ การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ การให้บริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานเป็นที่ระหว่างวิชาชีพ

**บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA** หรือการได้รับ HA มีการปฏิบัติตามระบบและกระบวนการที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน มีการเชื่อมโยงระบบงาน ข้อมูลข่าวสาร และความพยายามในการพัฒนาอย่างชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร

### แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล



ที่มา : สถาบันพัฒนาและรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (2542: 3)

#### 2.1.4 ประโยชน์ของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล ถ้าหากว่าผู้ได้รับประโยชน์ทั้ง 3 กลุ่ม มีความต้องการที่สอดคล้องกันมากเท่าไรยิ่งทำให้การพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืนมากเท่านั้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545)

2.1.4.1 ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการประจบความสูญเสียหรือภาวะแทรกซ้อนลดลง คุณภาพของการดูแลรักษาดีขึ้น พร้อมทั้งได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นคนมากขึ้น

2.1.4.2 ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จากการทำงานลดลง ความเสี่ยงต่อการเข้าใจผิดระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงานและการประสานงานดีขึ้น เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง

2.1.4.3 ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศทำให้องค์กรอยู่รอดและยั่งยืน

### 2.1.5 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันที่ให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งมีพันธกิจที่จะส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล โดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอกและการรับรองเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ ส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคม ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงความเชื่อหลัก ภารกิจและการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลดังนี้

#### 2.1.5.1 ความเชื่อหลัก

(1) กระบวนการนี้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ คุณธรรมและจริยธรรมของคนในองค์กร เพื่อร่วมมือกันปรับปรุงระบบงานด้วยวิธีการที่มีเหตุผล ตรวจสอบได้และตอบสนอง ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย

(2) กระบวนการทั้งหมดเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จะรักษาวิสัยด้วยตนเอง และสร้างระบบที่เอื้อต่อการผดุงคุณภาพ

(3) การตรวจสอบตนเองของเจ้าหน้าที่แต่ละคน และระบบ ทบทวน / ตรวจสอบภายในองค์กร เพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อวิชาชีพและต่อสังคม เป็นหลักประกันที่สำคัญสำหรับการให้บริการที่มีคุณภาพ การประเมินจากภายนอก คือการไปดูความเหมาะสมเพียงพอของระบบเหล่านี้

(4) ความร่วมมือของสถาบันต่างๆ ในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ จะทำให้กระบวนการพัฒนานี้สำเร็จลุล่วงได้ง่ายดายกว่าต่างคนต่างทำ

(5) การมีกรอบสำหรับประเมินและพัฒนาที่เน้นเป้าหมาย และยึดหยุ่นในการนำไปใช้จะสามารถรองรับความหลากหลายของโรงพยาบาลต่างๆ

### 2.1.5.2 ภารกิจของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีดังนี้

(1) สร้างความตื่นตัวและการมีส่วนร่วม ได้แก่การรับทราบข้อมูลและข้อคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยรวมเกี่ยวกับลักษณะของคุณภาพที่มุ่งหวัง ทิศทางการพัฒนาที่มีคุณภาพที่พึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับสาธารณชน

(2) เป็นศูนย์รวมองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยการรวบรวมองค์ความรู้ ประสบการณ์ และกรณีศึกษาจากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยโดยดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพให้เหมาะสมกับยุคสมัย

(3) เผยแพร่แนวคิดและองค์ความรู้ โดยดำเนินการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพให้แก่ผู้บริหาร ผู้ประสานงานคุณภาพ พี่เลี้ยงคุณภาพ (Facilitator) และผู้ประกอบวิชาชีพ ตลอดจนสร้างวิทยากรผู้สอนเพิ่ม สร้างเครือข่ายในการฝึกอบรม รวมทั้งการจัดทำสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ

(4) สร้างเครือข่ายและพันธมิตร โดยร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพหรือแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในภูมิภาคและในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ

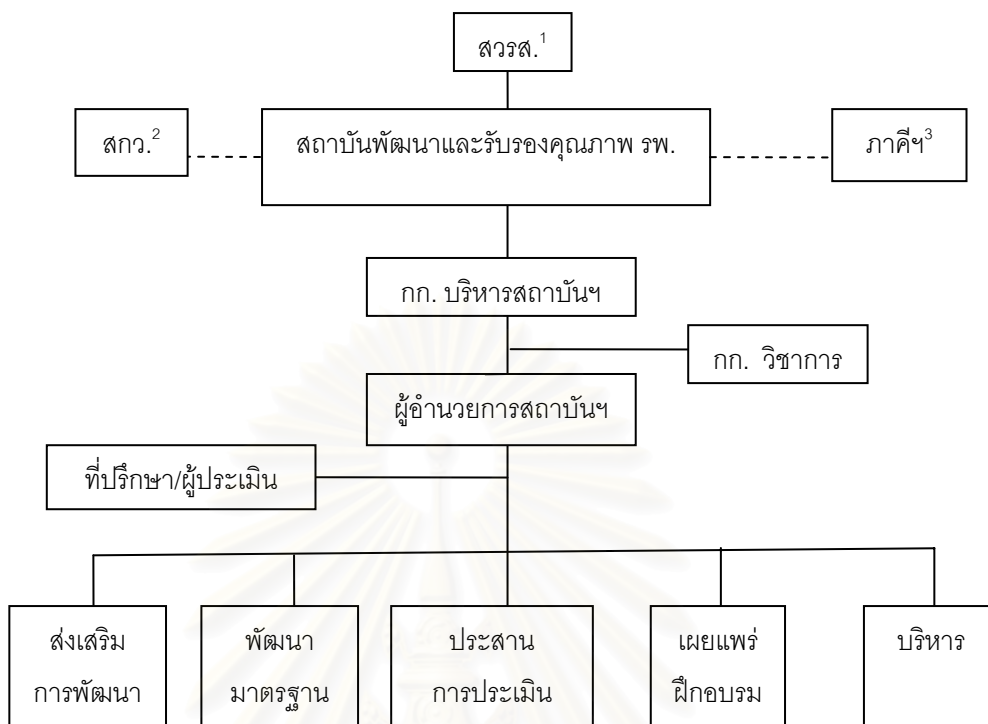
(5) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วยการให้ข่าวสาร คู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพ ฝึกอบรมให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ สร้างโปรแกรมทดสอบความพร้อมสำหรับให้โรงพยาบาลประเมินตนเอง

(6) การประเมินและรับรองคุณภาพ โดยทบทวนข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลให้เหมาะสมพัฒนารูปแบบจากภายนอกกำหนดระเบียบปฏิบัติในการขอรับรอง ประสานงานการประเมิน ตัดสินผลการประเมิน ให้คำรับรอง เผื่อระวังหลังจากการประเมินด้วยการติดตามเครื่องชี้วัด การรายงาน Sentinel event และการประเมินซ้ำ

### 2.1.5.3 การจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

**สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ.)** จัดตั้งขึ้นตามข้อเสนอแนะของภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยปรับรูปแบบการดำเนินการจากโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาที่มีขอบเขตการดำเนินงานในโรงพยาบาลนำร่อง 35 แห่ง และได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2540-31 กรกฎาคม 2543 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีสถานะเป็นหน่วยงานอิสระของรัฐ ภายใต้การกำกับของสถาบันวิจัยระบบสุขภาพสาธารณสุข

## แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างองค์กร



1. สวรส. คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2. สกว. คือ สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย
3. ภาคี คือ ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ที่มา: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542: 59)

**คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)** ได้ให้ความเห็นชอบกับการจัดตั้ง พรพ. เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2542 ภายใต้แผนการพัฒนากฎในการสร้างองค์ความรู้และใช้ประโยชน์งานวิจัย ซึ่งมีเป้าหมายให้มีการจัดการเครือข่ายเพื่อสร้างความรู้และใช้ความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และสวรส. มีนโยบายที่จะให้สถาบันภายในแผนงานนี้มีความคล่องตัวและเป็นอิสระในการบริหารจัดการ แต่ยังคงมีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบโดยสวรส. ได้จึงให้ พรพ. มีคณะกรรมการบริหารแยกออกไปและดำเนินการโดยได้รับการสนับสนุนและชี้แนะทิศทางการดำเนินงานจากภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

**ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล** (ภาคี พรพ., Collaboration for Hospital Quality Improvement and Accreditation - CHIA) ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2541 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการ เพื่อให้มีเวทีของการมีส่วนร่วม การสนับสนุน และ

การเรียนรู้ในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง สมาชิกของภาคี ประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพ ผู้แทนส่วนราชการและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ โดยภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีหน้าที่ต่อไปนี้

1. ประสานความร่วมมือและระดมพลังของสังคมมาสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2. ให้ความเห็นต่อทิศทางนโยบาย เพื่อให้กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ และเหมาะสมกับสังคมไทยมากที่สุด
3. ติดตามและสะท้อนผลการทำงานของ พรพ

## 2.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยนำเสนอประกอบด้วยความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ องค์ประกอบในการทำ TQM ในโรงพยาบาล ดังรายละเอียดดังนี้

### 2.2.1 ความหมายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

คุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ลักษณะความดีของบริการพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการบริหารบริการพยาบาล กระบวนการของการให้การพยาบาล และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ โดยมีเกณฑ์เพื่อการประเมินระดับของมาตรฐานคุณภาพบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับ

1. จัดบริการในปริมาณที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการบริการ
2. ลักษณะบริการเป็นที่ยอมรับ และตระหนักในคุณค่าของบริการ ทั้งในผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
3. บริการพยาบาลต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีระบบ และมีแผน
4. มีความครอบคลุมทั้งในเชิงเทคนิคทางวิทยาศาสตร์ จรรยาบรรณ และศิลปะของการพยาบาลรวมทั้งการจัดการ
5. มีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานเพื่อแลกเปลี่ยนข่าวสาร การศึกษา ประเมินผล การพัฒนา และทางกฎหมาย
6. สามารถรักษาคุณภาพไว้ได้ในระดับสูงเท่าที่เป็นไปได้ในระดับ สถานะที่ เวลา และสถานการณ์ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536: 86)

คุณภาพการพยาบาล หมายถึง ลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ คือ มาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้ซึ่งสามารถ วัด

ได้ ดังนั้น ถ้าต้องการทราบคุณภาพของการพยาบาลต้องสร้างเกณฑ์ในการปฏิบัติพยาบาลขึ้นมา ก่อน (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2534:15)

บริการพยาบาล คุณภาพเป็นกำไรที่บอกความสำเร็จซึ่งสามารถวัดได้ ถ้าการปฏิบัตินั้น ทำด้วยความตั้งใจ มิติที่สำคัญเกี่ยวกับคุณภาพ(ฟาริดา อิบราฮิม, 2537: 136) คือ

1. คุณภาพเป็นการปฏิบัติ เช่น การให้บริการเป็นเบื้องต้น
2. คุณภาพเป็นตัวกำหนดความเด่น เช่น เสริมให้การปฏิบัติพยาบาลมีความเด่นชัด ในการผลิตผลเป็นที่ยอมรับ
3. คุณภาพบอกถึงระดับหรือความน่าจะเป็นความดีเลิศเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด
4. คุณภาพเป็นการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์ก่อนที่จะสิ้นสภาพในเชิงกายภาพ
5. คุณภาพบ่งบอกถึงความพยายาม ความง่าย และความรวดเร็ว ถ้าจะซ่อมแซม หรือปรับปรุงให้อยู่ในระดับที่ต้องการ
6. คุณภาพจะแสดงถึงผลผลิตที่รับรู้ได้ด้วยสามัญสำนึกจากการสัมผัส ลิ้มรส ดมกลิ่น ได้ยิน และมองเห็น
7. คุณภาพเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการหรือผู้รับบริการรับรู้ได้ว่ามีคุณภาพ

คุณภาพการบริการพยาบาล หมายถึง เป็นคุณภาพที่วัดได้จากความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นคุณภาพที่วัดได้จากความรู้ ความสามารถ ของบุคลากรทางการพยาบาลและการปฏิบัติในระดับวิชาชีพต่อผู้ใช้บริการ และเป็นคุณภาพที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยความชำนาญมีทักษะที่ถูกต้องตามหลักการ และเทคนิคสามารถประเมินจากการให้ผู้ปฏิบัติประเมินตนเอง หรือผู้ร่วมงานเป็นผู้สังเกต การสอบถามจากผู้บริหาร ตลอดจนสอบถามจากผู้ใช้บริการ

Canadian Council on Health Facilitator Accreditation (CCHFA) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพไว้ว่า เป็นการดูแลโดยมุ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เน้นการปรับปรุงกระบวนการอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อให้ได้คุณภาพที่เป็นเลิศ และได้ให้มิติคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยได้แก่การพิจารณาสิ่งต่อไปนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2540)

1. Competency คือ ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการ ซึ่งเหมาะสมกับภารกิจการดูแลผู้ป่วยและมีระบบการประเมินอย่างสม่ำเสมอ
2. Acceptability คือ การที่กิจกรรมต่างๆตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้จ่ายเงิน
3. Effectiveness คือ ผลของการรักษาหรือบริการนั้นทำให้เพิ่มอัตราการรอดหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย



4. Appropriateness คือ การให้บริการที่ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีน้ำหนักความน่าเชื่อถือสูง

5. Efficiency คือ การใช้ทรัพยากร (เวลา, การทดสอบ, เครื่องมือ, สถานที่) ที่น้อยที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

6. Accessibility คือ การให้บริการในสถานที่ที่ถูกต้องและในเวลาที่เหมาะสม

7. Safety คือ การหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงต่างๆที่มีโอกาสเกิดขึ้นและมีการอธิบายโอกาสเหล่านั้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

คุณภาพการให้บริการตามสิทธิของประชาชนที่ได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ (พินิจ รัตนวณิช, 2545: 141) จะต้องประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 7 ประการ กล่าวคือ 1) เป็นงานบริการ (Service) 2) มีมาตรฐาน (Standard) 3) มีความเท่าเทียมในการให้บริการ (Equity) 4) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) 5) ประชาชนเข้าถึงได้ (Accessibility) 6) ตรวจสอบได้ (Accountability) และ 7) มีความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน

กล่าวโดยสรุปคุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ระดับที่บ่งบอกความเป็นเลิศในกิจกรรมการบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานเชิงวิชาชีพ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการจนถึงขั้นพึงพอใจ

## 2.2.2 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2539: 2 - 21) ได้นำหลักการและแนวคิดการจัดคุณภาพทั้งองค์การเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการ มุ่งหวังให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมทุกขั้นตอน โดยยึดหลักการดำเนินการตามแนวคิดของ Deming (1986) มาสรุปเป็น 3 หลักการ ดังนี้

### 2.2.2.1 ยึดลูกค้าเป็นหลัก

ผู้ปฏิบัติงานทุกคนในองค์การต่างเป็นลูกค้าซึ่งกันและกัน เรียกว่า ลูกค้าภายใน ส่วนลูกค้าภายนอก คือ ผู้ใช้บริการ ซึ่งถ้าปราศจากลูกค้าภายนอกองค์การแล้วจะไม่สามารถคงอยู่ได้ ดังนั้นทุกคนต้องการตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า และความคาดหวังของลูกค้าซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ต้องมีการสำรวจโดยตรงจากผู้ใช้บริการ สำรวจชุมชน ผู้บริหารพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ หรือมีหน่วยงานแทนผู้ป่วยสำหรับการร้องเรียน

### 2.2.2.2 หลักการด้านเทคนิคปรับปรุงคุณภาพ

หลักการด้านเทคนิค ได้แก่ การทำความเข้าใจเรื่องของระบบ กระบวนการความแปรปรวนของปัญหา การใช้เครื่องมือต่างๆ การเรียนรู้จากข้อมูลที่ได้รับ การตัดสินใจโดยใช้ข้อเท็จจริง การเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผน และการป้องกันปัญหา

(1) การบริหารเชิงระบบ คือ การมององค์การเป็นระบบหนึ่งระบบ ที่มีเป้าหมายประกอบด้วยส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องกัน ผู้บริหารจะมององค์การเป็นหนึ่งเดียว กำหนดเป้าหมายของระบบให้ชัดเจน ระบบย่อยต่างๆประกอบกันเป็นระบบใหญ่ และมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน และปรับระบบให้มีความเหมาะสมพอดีในแต่ละช่วงเวลา

(2) หลักความผันแปร (Variation principle) ความผันแปรเป็นส่วนหนึ่งของทุกระบบหรือทุกกระบวนการ ระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาความผันแปรของทรัพยากรนำเข้าทำให้เกิด Variation ของผลลัพธ์ได้

(3) หลักความรู้ (Knowledge principle) หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจในวิธีการบริหารแบบเดิมอยู่ที่ความรวดเร็วมากกว่าคุณภาพ ผู้บริหารจะต้องมีการวางแผนเพื่อความอยู่รอดขององค์กรทั้งในปัจจุบันและอนาคต จะต้องเป็นผู้มีความรู้เรียนรู้สิ่งใหม่ แนวคิดใหม่ วิธีการใหม่ และเรียนรู้สิ่งที่ไม่ถูกต้อง

(4) หลักการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน การปรับปรุงคุณภาพอย่างไม่หยุดยั้ง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน การปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง สามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือควบคุมคุณภาพที่เรียกว่า 7 QC tools และ 7 new tools ดังนี้

สำหรับ 7 QC tools หมายถึง เครื่องมือคุณภาพ 7 ชนิด ที่ใช้ในการควบคุมคุณภาพเพื่อช่วยรวบรวมข้อมูล นำเสนอข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา โดยเครื่องมือดังกล่าวนี้ช่วยค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อจะได้หาวิธีการแก้ไขต่อไป เครื่องมือคุณภาพ 7 ชนิด ได้แก่ ตารางเก็บข้อมูลหรือตารางตรวจสอบ (Check sheet) กราฟชนิดต่างๆ (Graph) ฮิสโตแกรม (Histogram) แผนภูมิพาเรโต (Pareto diagram) แผนภูมิก้างปลา (Cause and effect diagram) แผนภูมิกระจาย (Scatter diagram) และแผนภูมิควบคุม (Control chart)

สำหรับ 7 new tools ได้แก่ แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ (Affinity diagrams) แผนภูมิอินเตอร์เรลชันชิพ (Inter-relationship diagrams) แผนภูมิต้นไม้ (Tree diagram) แผนภูมิเมตริก (Matrix diagram or chart) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบเมตริก (Matrix data analysis)ผังกระบวนการตัดสินใจ (Process decision program chart) แผนภูมิแอร์ไว (Arrow diagram) การปรับปรุงระบบควรได้รับการบันทึกและสื่อสารให้ผู้อื่นรับทราบ

### 2.2.2.3 หลักการมีส่วนร่วมของทุกคน

การปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้งต้องอาศัยการพัฒนาพฤติกรรม เจตคติ และค่านิยมใหม่ๆให้เกิดขึ้น ทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในองค์การเพราะถือเป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการปรับปรุงอย่างไม่หยุดยั้ง ผู้บริหารต้องยอมรับในความแตกต่างของผู้ใต้บังคับบัญชา ฝึกฝนให้ทุกคนรู้จักการทำงานเป็นทีม เน้นการติดต่อสื่อสาร การประชุม และการนำเสนอ

นอกจากนี้ได้มีการนำวงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA มาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติ ของกระบวนการทำงาน มี 4 ขั้นตอน (Deming, 1986: 88) คือ

1. Planning คือ การวางแผนหรือการวางระบบเพื่อกำหนดวิธีการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย
2. Doing คือ การนำแผนไปปฏิบัติหรือทำตามระบบที่ได้กำหนดไว้ หาความรู้เกี่ยวกับวิธีการดำเนินการนั้นด้วยการฝึกอบรม หรือศึกษาด้วยตนเอง และดำเนินการตามวิธีที่กำหนด และเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์
3. Checking คือ การวัด ทบทวน ตรวจสอบ ผลการปฏิบัติงานว่าเป็นการบริการที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ และตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการหรือไม่
4. Acting คือ การแก้ไขปรับปรุงระบบ ถ้าผลการปฏิบัติงานนั้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ หรือไม่ได้มาตรฐานแล้ว จะมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นและดียิ่งขึ้น อย่างต่อเนื่องเป็นการยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น และจัดทำเป็นมาตรฐานเพื่อเป็นแนวทาง ในการปฏิบัติต่อไป

การปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ตามแนวคิดการบริหารคุณภาพของเดมมิ่ง มีการนำวงจร PDCA มาใช้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการดำเนินงานนั้นเปรียบเสมือนการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลในการบริการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539: 1-5) ที่เริ่มต้นด้วยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยองค์รวม ในการวินิจฉัยพยาบาล วางแผนการพยาบาล การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เกิดเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเพื่อคุณภาพการบริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเรียกว่า กระบวนการทางการพยาบาล ได้แก่

1. การประเมินผู้ป่วย (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล กิจกรรมการประเมินผู้ป่วย จะมุ่งเน้นที่การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อกำหนดความต้องการของสภาพปัญหา
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด แล้วนำมาวิเคราะห์ แผลความ และสรุปเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับความต้องการปัญหา ความเกี่ยวข้อง และการตอบสนองในบุคคล ซึ่งใช้การวินิจฉัยเป็นแกนสำคัญของกระบวนการพยาบาล
3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการกำหนดยุทธวิธีในการป้องกัน การลดปัญหา หรือแก้ปัญหา ซึ่งกำหนดในการวินิจฉัยการพยาบาล
4. การนำไปปฏิบัติ (Implementation) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดในแผนการพยาบาล ซึ่งคาดหวังว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยสู่สภาวะปกติ และปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย ต่อสิ่งแวดล้อมภายหลังได้รับการพยาบาล และบันทึกรายงานการพยาบาล

5. การประเมินการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่บอกว่าเป้าหมายการดูแลในแผนการพยาบาลนั้นบรรลุผลสำเร็จเพียงใดและทำการปรับให้เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมบริการพยาบาล เป็นบริการวิชาชีพที่เกิดขึ้นตามความคาดหวังของสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทั้งในภาวะที่มีสุขภาพดีและในยามเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2539 ; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; เรณู สอนเครือ, 2540) ดังนี้

บทบาทหน้าที่หลักของพยาบาล คือ ให้การพยาบาลขั้นพื้นฐานโดยตรงแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการปฏิบัติงานร่วมกับทีมพยาบาลและบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ หน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในสถานพยาบาลมีดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล ใช้ความรู้และทักษะพื้นฐานในการให้พยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการวางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีส่วนร่วมในการใช้มาตรฐานการพยาบาลเพื่อควบคุมคุณภาพโดยให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพตามความจำเป็นได้ อย่างเหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

2. ด้านการบริหารจัดการ มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การดูแลภายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานเพื่อให้เข้าถึงซึ่งคุณภาพของการให้บริการและแก้ไขอุปสรรคที่เกิดจากระบบงานบุคคลและสิ่งแวดล้อม มีส่วนร่วมในโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยในหน่วยงานที่ปฏิบัติ ประเมินการทำงานภายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อประเมินคุณภาพของการให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน รวมทั้งมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ

3. ด้านวิชาการ มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการให้แก่บุคลากรด้านการพยาบาล เช่น การมีส่วนร่วมในการประชุมพิเศษพยาบาลที่เข้าไปปฏิบัติงานใหม่และผู้ที่มารับการอบรมในหน่วยงาน สอนหรือเป็นพี่เลี้ยงให้แก่นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยพยาบาล มีส่วนร่วมในการทำคู่มือการสอนและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ความร่วมมือหรือมีส่วนร่วมในการวิจัยทางการพยาบาล และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

จะเห็นได้ว่าพยาบาลสามารถเป็นผู้นำ เป็นผู้ริเริ่ม ตัดสินแก้ไข ปรับปรุงการดำเนินงานให้ดีขึ้นได้ นอกจากนี้ยังสามารถชักชวนโน้มน้าวกระตุ้นผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้รับบริการให้สำนึกและเข้าใจปัญหา มีทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย บางครั้งทำหน้าที่เป็นครูเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน ให้บริการแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยทำหน้าที่ เป็นผู้ดูแลผู้เจ็บป่วย การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญในการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

### 2.2.3 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล นั้น หน่วยงานพยาบาลจะต้องดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลในการพัฒนาคุณภาพบริการแก่ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย (ถัชนันท์ บุญดำนกลาง, 2543) เทคนิค AIC จะใช้ในการดำเนินการนำวงจร PDCA ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหจากระดับล่างอย่างมีส่วนร่วม กิจกรรม 5ส.คือ การจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ระบบการให้ข้อเสนอแนะเป็นการเสนอความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ และพฤติกรรมสู่ความเป็นเลิศ เป็นการพัฒนาคูณาการให้มีพฤติกรรมบริการที่ดีแสดงต่อผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจดังรายละเอียด ดังต่อไปนี้

#### 2.2.3.1. เทคนิค AIC (Appreciation - Influence - Control)

การนำเทคนิค AIC มาใช้ปฏิบัติในการดำเนินงาน โดยให้บุคลากรทุกคนที่จะทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบหรือในหน่วยงาน ตั้งแต่หัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลประจำการพยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาดหรือลูกจ้างอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน โดยไม่แบ่งชั้น หัวหน้า ลูกน้องโดยไม่แบ่งวิทยุฒิ คุณวุฒิ หรือระดับซี ซึ่งการประชุมดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 A: Appreciation ในขั้นตอนนี้ ทุกคนมีโอกาสได้แสดงออก ทัดเทียมกันเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยงาน และความเห็นเกี่ยวกับภาพฝันในอนาคต ซึ่งจะทำให้ ทุกคนได้มีโอกาสใช้ข้อเท็จจริง เหตุผล ความรู้สึก ตลอดจนการแสดงออกในลักษณะต่างๆ ตามที่เป็นจริงโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์สิ่งที่คนอื่นให้ความเห็น โดยแต่ละคนเคารพและเห็นคุณค่าในความคิดของคนอื่น ซึ่งการได้รับการยอมรับจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความรู้สึกดี มีความสุข มีความอบอุ่นและเกิดพลังร่วม เกิดจินตนาการที่ช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมของหน่วยงาน โดยยึดถือความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ร่วมของโรงพยาบาลซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของโรงพยาบาล

ขั้นที่ 2 I: Influence บุคลากรทุกคนร่วมเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกันที่กำหนดขึ้น ซึ่งจะสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยเสนอวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ ในขั้นตอนนี้มีการแบ่งกลุ่มย่อยตามงานหรือความถนัดมากขึ้น เมื่อทุกคนได้แสดงความคิดเห็นแล้วนำเสนอวิธีที่เสนอแนะทั้งหมด จัดหมวดหมู่และพิจารณาร่วมกันจนได้วิธีการสำคัญที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการ สมาชิกกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์กัน รวมถึงการถกเถียงกันด้วยแต่กลุ่มก็ยังมีแนวโน้มที่จะรักษา ความรักสามัคคีไว้ด้วย

ขั้นที่ 3 C: Control บุคลากรทุกคนร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ถึงหลักการและเหตุผล เป้าหมาย วิธีการหรือขั้นตอนการปฏิบัติอย่างละเอียด มีการกำหนดระยะเวลา กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก และร่วมรับผิดชอบ จำนวนและแหล่งงบประมาณ และอื่นๆ ในขั้นตอนนี้สมาชิกแต่ละคนมีโอกาสเลือกเป็นผู้รับผิดชอบด้วยความสมัครใจ เป็นการกำหนดข้อผูกพันให้กับตนเองเพื่อควบคุมให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายหรืออุดมการณ์ร่วมของกลุ่มในที่สุด

จะเห็นได้ว่าเทคนิค AIC เป็นแนวทางหนึ่งที่จะก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของบุคลากรอย่างสร้างสรรค์ และยังเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถหรือเป็นการดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวบุคลากรแต่ละคนมาใช้ในการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ อันจะส่งผลดีในการพัฒนางานร่วมกันต่อไป

### 2.2.3.2 วงจร PDCA

ศ.ดร.ฮิโตชิ คู (อ้างถึงใน สุจิตรา ศรีนุต, 2546: 23) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของ PDCA ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานในทุกกิจกรรมนั้น ไม่ใช่เพียงแค่การปรับแก้ผลลัพธ์ที่เบี่ยงเบนออกไปจากเกณฑ์มาตรฐาน ให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการเท่านั้น แต่เพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงงานในแต่ละรอบของ PDCA อย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบ และอย่างมีการวางแผนที่มีวนได้สูงขึ้นไปเรื่อยๆ

การทำงานที่เป็นระบบก็คือ การทำงานที่เป็นแบบ PDCA และมีการเขียนการทำงานนั้นไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีหลักฐานการทำงานที่เป็นบันทึก ที่สามารถตรวจสอบได้ภายหลัง

**ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)** หมายถึง การวางแผน การวางแผนจะช่วยให้พัฒนาความคิดต่างๆ เพื่อนำไปสู่รูปแบบที่เป็นจริงขึ้นมาในรายละเอียดให้พร้อมในการเริ่มต้นลงมือปฏิบัติ ซึ่งลักษณะแผนที่ดี มี 5 ประการ ได้แก่ 1) มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม สามารถปฏิบัติได้ (Realistic) 2) สามารถเข้าใจได้ (Understandable) 3) สามารถวัดได้ (Measurable) 4) มีการกำหนดพฤติกรรมประกอบ (Behavioral) และ 5) สามารถทำได้สำเร็จ (Achievable)

การวางแผนควรประกอบด้วย (ทศพร ศิริสัมพันธ์ อ้างถึงใน นิตย สัมภาษณ์, 2539: 284)

1. เลือกหัวข้อปัญหาในการปรับปรุงงาน
  2. หาองค์ประกอบใหญ่ๆของปัญหาโดยวิธีการระดมสมอง
  3. เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของปัญหา
  4. เลือกแก้ไของค์ประกอบสำคัญของปัญหา โดยใช้แผนภูมิพาเรโต
  5. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยวิธีระดมสมองและผังก้างปลา
- ตั้งเป้าหมายที่แน่นอนในการปรับปรุงงาน

**ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Doing)** หมายถึง การลงมือทำการแก้ไขปัญหาตามแผน ซึ่งการทำงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การวางแผนกำหนดการ ได้แก่ การแยกแยะกิจกรรมต่างๆที่ต้องการกระทำ กำหนดเวลาที่คาดว่าจะต้องใช้ในกิจกรรมแต่ละอย่าง และ การจัดสรรทรัพยากรต่างๆ
2. การจัดการแบบเมตริกซ์ (Matrix management) การจัดการแบบนี้สามารถดึงเอาผู้เชี่ยวชาญหลายแขนงจากแหล่งต่างๆมาได้ และเป็นวิธีช่วยประสานงานระหว่างฝ่ายต่างๆในการทำงานร่วมกัน
3. การพัฒนาขีดความสามารถในการทำงานของผู้ร่วมงานโดยให้ผู้ร่วมงานเข้าใจถึงงานทั้งหมดและทราบเหตุผลที่ต้องกระทำให้ผู้ร่วมงานพร้อมในการใช้ดุลยพินิจที่เหมาะสม และพัฒนาจิตใจให้รักการร่วมมือกัน

**ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Checking)** หมายถึง การตรวจวัดผลจากการแก้ไขปัญหว่าได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ การตรวจสอบทำให้รับรู้สภาพการณ์ของงานที่เป็นอยู่ เปรียบเทียบกับสิ่งที่วางแผน ซึ่งมีกระบวนการ ดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบ
2. การรวบรวมข้อมูล
3. การพิจารณากระบวนการทำงานเป็นตอนๆเพื่อแสดงจำนวนและคุณภาพของผลงานที่ได้รับในแต่ละขั้นตอนเปรียบเทียบกับที่ได้วางแผนไว้
4. การรายงาน จะเสนอผลการประเมินรวมทั้งมาตรการป้องกันความผิดพลาดหรือความล้มเหลว ซึ่งสามารถทำได้ 2 ลักษณะ คือ การรายงานเป็นทางการอย่างสมบูรณ์ และรายงานแบบย่ออย่างไม่เป็นทางการ

**ขั้นตอนที่ 4 การแก้ไขปัญหา (Acting)** หมายถึง ในกรณีที่ตรวจเช็คพบว่า ยังไม่ได้ผลตามเป้าหมาย หรือผลงานไม่ได้มาตรฐาน ให้ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาตามลักษณะ ปัญหาที่ค้นพบ จะต้องดำเนินการปรับปรุง 2 กรณี คือ การแก้ไขปัญหาปัจจุบัน และการป้องกันปัญหา ในอนาคต จนได้ผลเป็นที่น่าพอใจแล้วจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Performance standards) ไว้ เพื่อป้องกันปัญหาเดิมกลับคืน

**การทำงานที่เป็น PDCA ก่อให้เกิดประโยชน์** กล่าวคือ 1) ระดับบุคคลได้แก้ไข ข้อบกพร่อง และพัฒนาตนเอง 2) สามารถจัดการกับวิกฤตที่เกิดขึ้นในการทำงานได้ทันเวลาที่ 3) มีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน 4) สร้างภาวะผู้นำให้แก่บุคลากรในองค์กร 5) เกิดนวัตกรรมอันเป็นผลจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และ 6) ยกกระดับมาตรฐานสู่ความเป็นเลิศขององค์กร

จากการที่บุคลากรสร้างนิสัยการทำงานแผน PDCA เป็นผลให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องแสดงให้เห็นถึงวัฒนธรรมการทำงานที่มีคุณภาพมาตรฐานและเป็นองค์กรแห่งคุณภาพที่จะสร้างความพึงพอใจและมั่นใจต่อสังคมในที่สุด

ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลนั้น เพื่อให้มีการพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นเรื่อยๆ โดยใช้วงจร Deming (1986) ในทุกๆกิจกรรมเพื่อให้คุณภาพการบริการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วย หรือผู้รับบริการดีขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการดูแลย่อมดีขึ้นตามไปด้วยซึ่งเป็นกลยุทธ์พื้นฐานที่จะทำให้โรงพยาบาลสามารถผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้

### 2.2.3.3 กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ (Quality Control Circle: QCC / QC)

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ หรือการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) เป็นเครื่องมือในการบริหารงาน (Management tools) โดยมีปรัชญาการบริหารงานจากล่างขึ้นบน (Bottom-up approach) คือ การเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม และในขณะเดียวกันผู้บริหารต้องยอมรับแนวคิดหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหา ของระดับล่างอย่างเป็นเหตุผล (พิชัย ลีพิพัฒน์ไพบูลย์, 2536: 19 อ้างถึงใน สัจจา อัมพันพงษ์, 2546: 37) ซึ่งการยอมรับจะทำให้เกิดบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน

ปรัชญา QC เป็นการพยายามสร้างจิตสำนึกให้บุคลากรแก้ไขและวางระบบ การทำงานด้วยตนเอง ซึ่งปราศจากการชี้แนะจากผู้บริหารโดยการผสมผสานหลักวิชาการต่างๆ อย่างเหมาะสมจนเกิดพลังในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ทฤษฎีองค์การและการจัดการ (Organization & management) นโยบายและการวางแผน (Policy & planning) หลักพฤติกรรมศาสตร์ (Behavior science) หลักสถิติ (Statistic) และวิชาเศรษฐศาสตร์ (Economic) เป็นต้น



นอกจากนี้อุดมการณ์พื้นฐานของ QC คือ เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงงานและพัฒนาสถานประกอบการของตนให้น่าอยู่ น่าทำงานและเคารพในความเป็นมนุษย์ด้วยกันเพื่อให้องค์กรแสดงออก และเปิดเผยความสามารถของมนุษย์ที่มีอยู่อย่างไม่สิ้นสุด (วรรณดี ศุภวงศานนท์, 2543: 23)

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมกลุ่มคุณภาพเป็นการปลูกฝังค่านิยมและทัศนคติที่ดีในการทำงานทำให้เกิดการเกื้อหนุนและลดการนิทาว่าร้าย ซึ่ง QC เป็นกระบวนการวางแผนอีกรูปแบบหนึ่ง กล่าวคือจะใช้วงจร PDCA (Plan – Do – Check - Action) โดยก่อนจะวางแผนกลุ่มจะต้องค้นหาปัญหาว่าอะไรบ้างที่กลุ่มสามารถทำได้เอง ทำเป็นกลุ่ม ทำต่อเนื่อง และไม่ขัดสนต่อนโยบายของหน่วยงาน จากนั้นจึงพิจารณาความสำคัญของปัญหาโดยวิธีการเก็บข้อมูล (Management by facts) โดยเก็บข้อมูลของปัญหาแต่ละปัญหา อาจใช้ใบตรวจสอบ (Check sheet) แล้วนำเสนอเป็นกราฟเพื่อให้กลุ่มสามารถอ่านและวิเคราะห์ได้ทันที เมื่อได้ปัญหาแล้วกลุ่มจึงวิเคราะห์หาสาเหตุ (Cause and effect diagram) โดยอาจใช้แผนภูมิแกงปลาหรือแผนภูมิความสัมพันธ์ (Relation diagram) หรือแผนภูมิต้นไม้ (Tree diagram) จนได้เป็นต้นแบบเหตุผล (Causal models) จากนั้นกลุ่ม ก็จะระดมสมอง (Brain storming method) เพื่อหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไข ก่อนตัดสินใจเลือกแนวทางใด และทำการวิเคราะห์แนวทางโดยใช้หลักต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost benefit) แล้วจึงทำการเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เสร็จแล้วจึงกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในเรื่องนั้นๆ

#### 2.2.3.4 กิจกรรม 5 ส.

กิจกรรม 5 ส. คือ การจัดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในสถานที่ทำงาน เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งที่จะช่วยในการปรับปรุงคุณภาพการทำงานให้ดีขึ้น เพื่อจัดความสูญเปล่าเป็นการเพิ่มผลผลิตและเป็นพื้นฐานของการสร้างคุณภาพทั้งที่ตัวพนักงานและองค์กรโดยรวม เพราะในกระบวนการดำเนินกิจกรรมนั้น จะมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างต่อเนื่อง (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2541; ศิริกานดา ศรีวิสัย, 2542 อ้างถึงใน วรรณดี ศุภวงศานนท์, 2543)

**วัตถุประสงค์** ของกิจกรรม 5 ส. มีดังนี้ 1) พัฒนาความคิดในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง 2) สร้างทีมงานที่ดีโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วม 3) พัฒนาผู้บริหารและหัวหน้างาน โดยฝึกความสามารถในการเป็นผู้นำ และ 4) เตรียมความพร้อมเพื่อนำเทคโนโลยีด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

#### กิจกรรม 5 ส. ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

1. สะสาง (Seiri) หมายถึง ให้แยกสิ่งของที่ต้องการและไม่ต้องการออกจากกัน และกำจัดสิ่งของที่ไม่ต้องการออกไปจากสถานที่นั้น

2. สะดวก (Seiton) หมายถึง การจัดสิ่งของจำเป็นอยู่ในสภาพที่จะนำมาใช้ได้ โดยสะดวก ในขณะที่จำเป็นต้องใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มี ความสูญเปล่าเกิดขึ้น
3. สะอาด (Seiso) หมายถึง การทำให้สถานที่ อยู่ในสภาพที่สะอาดปราศจากสิ่งสกปรก
4. สุขลักษณะ (Seiketsu) หมายถึง การรักษาสภาพการณ์ของสิ่งต่าง สะดวก สะอาด ให้ดำรงอยู่ไว้ตลอดเวลา
5. สร้างนิสัย (Seisuke) หมายถึง ปลูกสร้างนิสัยในการที่จะประพฤติอย่าง ถูกต้องตามกฎระเบียบ

**เป้าหมาย 5 ส.** คือ การสร้างนิสัย สร้างสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ดีโดยถือ ว่าเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ในการดำเนินกิจกรรม 5 ส. เมื่อนำหลักบริหารคุณภาพตามวงจรเดมมิง (Deming cycle) ตามขั้นตอนของกระบวนการ PDCA คือ Plan-Do-Check-Act ที่ต้องปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องไม่สิ้นสุดมาประยุกต์ใช้ จะทำให้มีประสิทธิภาพและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นโดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เขียนแผนงาน (Planning) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ให้ชัดเจน กำหนดคุณลักษณะที่ใช้ควบคุมการกำหนดวิธีการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (Doing) ประกอบด้วยการศึกษา และฝึกอบรมให้เข้าใจในวิธีการทำงานในแต่ละครั้งและลงมือปฏิบัติ รวมทั้งมีการเก็บข้อมูล คุณลักษณะของคุณภาพตามวิธีการที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบสิ่งที่ได้ทำไปแล้ว (Checking) เป็นการตรวจสอบ ความก้าวหน้าของงานและการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง (Acting) เพื่อตรวจสอบว่าสาเหตุที่ ไม่ได้เป็นไปตามแผน ส่วนบกพร่องโดยการแก้ไขต้นเหตุ ค้นหาสาเหตุ และหาทางพัฒนาหรือการ ทำงานนั้นโดยตรง

ในการทำกิจกรรม 5 ส. นอกเหนือจากการทำตามขั้นตอนของกระบวนการ PDCA แล้วองค์ประกอบอื่นที่สำคัญจะต้องประกอบด้วย ความจริงจังของผู้บริหารระดับสูง การ เริ่มต้นด้วยการฝึกอบรมให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของทุกคนในการทำกิจกรรมจึงจะทำให้การ ทำกิจกรรม 5 ส.สามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างแท้จริง

### 2.2.3.5 ระบบการให้ข้อเสนอแนะ (Suggestion system)

ข้อเสนอแนะ คือ เป็นการเสนอความคิดสร้างสรรค์ที่เป็นจริงและทำได้ เป็นข้อเสนอแนะเชิงบวก (สร้างสรรค์) ซึ่งเสนอแนวความคิดใหม่ๆอันเป็นประโยชน์ต่อองค์กร ซึ่งจะประกอบด้วยปัญหา แนวทางในการแก้ปัญหา/ปรับปรุง และผลลัพธ์ที่ได้หรือคาดไว้ว่าพึงจะ

ได้รับโดยกิจกรรมข้อเสนอแนะ มีจุดประสงค์เพื่อให้พนักงานมีคุณค่าในการที่ตนได้มีส่วนร่วม ในการสร้างความพึงพอใจให้ลูกค้าและมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร โดยการใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์มาปรับปรุงสภาพการทำงานการผลิต/บริการ และนำไปสู่วิธีการทำงานที่เหนือและ ดีกว่าอยู่ตลอดเวลา โดยกล่าวว่า ข้อเสนอแนะ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ข้อเสนอแนะที่ปฏิบัติแล้วเสร็จ เป็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงตนเอง หรือหน่วยงานของตนเอง และมีการนำไปปฏิบัติจนบรรลุผลสำเร็จ

2. ข้อเสนอแนะที่ยังไม่ได้นำไปปฏิบัติเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ตนเอง หรือหน่วยงานที่ยังไม่ได้นำไปทำแต่อย่างใด จะมีเฉพาะปัญหาแนวทางการแก้ปัญหาและ ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับเท่านั้น

ข้อเสนอแนะควรเกี่ยวข้องกับการเสนอปรับปรุงตนเองหรือหน่วยงานอื่นที่มีการนำ องค์กรประกอบของคุณภาพมาพิจารณา ซึ่งอาจเกี่ยวกับการประหยัดทรัพยากร วัตถุประสงค์การปรับปรุง สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความปลอดภัย ความเสี่ยง ความคิดในการพัฒนาบริการใหม่ๆ และ การบริการลูกค้า เป็นต้น ในการยอมรับเป็น “ข้อเสนอแนะ” มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้

1. ต้องเป็นข้อเสนอแนะที่ปรับปรุงงาน / หน่วยงานของตนเองหรือหน่วยงานผู้อื่น
2. ไม่ใช่เรื่องที่มีผู้เสนอมาแล้วในผลงานคุณภาพอื่นๆหรืออยู่ระหว่างการดำเนินการ เว้นแต่เห็นว่าเป็นการปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น
3. ต้องไม่ใช่ข้อเสนอแนะที่ไม่อธิบายแนวทางแก้ไขไว้
4. ต้องไม่ใช่ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับสิทธิฝ่ายบริหารจัดการ (Management Right) เช่น เสนอแนะการจัดสวัสดิการ การปรับค่าจ้าง เป็นต้น

5. ต้องไม่ใช่ข้อเสนอแนะที่ขัดต่อนโยบาย

**การส่งเสริมกิจกรรมข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย**

1. ทำป้ายโปสเตอร์ คำขวัญ ข่าวดูสารแผ่นพับ เสียงตามสายหรือสื่อต่างๆตามความเหมาะสม
2. จัดอบรม/ประชุม/ให้ความรู้
3. กำหนดเป้าหมายต่อหน่วยงานสำหรับการส่งข้อเสนอแนะเข้ามารวมทั้งการดำเนินการ
4. จัดทำคู่มือ แผ่นพับ / ใบปลิว แสดงความสำคัญแจกแก่หน่วยงานต่างๆ
5. แนะนำหน่วยงานที่เคยประสบความสำเร็จ
6. จัด Visit / Tour นอกสถานที่ ซึ่งเป็นสถานที่ที่นำ 5 ส. มาใช้จนประสบความสำเร็จ เพื่อสร้างความตื่นตัวและจิตใจดีสำนึก

7. วิธีการสร้างข้อเสนอแนะ ทำได้โดย

7.1 หยอดใส่ตู้ข้อเสนอแนะ

7.2 นำส่งโดยตรงยังคณะกรรมการ หรือผู้ที่กรรมการมอบหมาย

7.3 นำส่งผ่านผู้บังคับบัญชาของตนเอง

### 2.2.3.6 พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ (Excellent service behavior)

พฤติกรรมบริการเป็นรูปแบบของมนุษย์สัมพันธ์ (กิริยามารยาท ความกระตือรือร้น ความมีน้ำใจ การพูดจา สีสหน้าท่าทาง) ที่ผู้ให้บริการแสดงต่อผู้รับบริการตลอดกระบวนการทำงาน พฤติกรรมสู่ความเป็นเลิศเป็นการอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการหรือรูปแบบของมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่พึงปฏิบัติต่อผู้รับบริการเป็นการสร้างจิตสำนึกแห่งบริการและหล่อหลอมเข้าเป็นพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งจะทำให้ภาพรวมของคุณภาพบริการเป็นไปอย่างสมบูรณ์ เป็นการพัฒนาพฤติกรรมบริการ ให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ทั้งในด้านการบริการ ได้แก่ เทคนิคบริการและพฤติกรรมบริการอันเกี่ยวกับมนุษย์สัมพันธ์ โอบุษฐ์ วารวิรักษ์ ได้กล่าวถึงบัญญัติ 6 ประการของพฤติกรรมบริการ ดังนี้

1. อย่าสนใจพฤติกรรมส่วนตัวของลูกค้ามากกว่าพฤติกรรมบริการของเรา
2. ยายนำพฤติกรรมส่วนตัวมาใช้เป็นพฤติกรรมบริการ
3. รับรู้การมาของลูกค้าอย่างรวดเร็วที่สุด
4. อย่าเล่นสนุกบนความเดือดร้อนของลูกค้า
5. เมื่อพบลูกค้าจงรีบใช้พฤติกรรมที่ดีงามของเราไปสร้างให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่ดีกับลูกค้า
6. เมื่อบริการเกิดปัญหาจงรีบเสนอทางออกให้ลูกค้าให้มากและเร็วที่สุด

ในการจัดอบรมเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมบริการในโรงพยาบาล ได้แบ่งเป็น 2 หลักสูตร คือ

1. หลักสูตรการบริหารงานบุคคลเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการที่เน้นจิตวิทยาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเสริมแรงทางบวก
2. หลักสูตรการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ จะเน้นความหมายของคุณภาพกับพฤติกรรมบริการเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ และมาตรฐานพฤติกรรมของตนเองที่ดี ทั้งมโนกรรม กายกรรม และวจีกรรม

กล่าวโดยสรุปผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้ทุกกิจกรรมดังที่ได้กล่าวมา เนื่องจากคุณสมบัติของแต่ละกิจกรรมไม่เหมือนกัน คือกิจกรรมข้อเสนอแนะเป็นการเสนอความคิดสร้างสรรค์เพื่อการแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการ AIC ใช้กิจกรรมกลุ่มคุณภาพเพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วม สำหรับปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมก็ใช้กิจกรรม 5ส. ในการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงคุณภาพ โดยใช้วงจร PDCA ของเดมมิ่งในการปรับปรุงคุณภาพทุกขั้นตอนหรือกระบวนการที่ต้องพัฒนา นอกจากนี้ผู้

ให้บริการ ได้แก่เจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลต้องมีการพัฒนา โดยการปรับพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจสูงสุด

### 2.2.3.7 องค์ประกอบในการทำ TQM ในโรงพยาบาล

อริเคียน (Arikian, 1991: 46-47 อ้างถึงใน สัจจา อัมพันธ์, 2546: 55) กล่าวถึงการนำ TQM มาใช้ในงานบริการพยาบาล โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

2.2.3.7.1 บุคลากรในองค์การเปรียบเสมือนลูกค้า (Employee as customer) หมายถึง บุคลากรเป็นลูกค้าซึ่งกันและกัน เขาคาดหวังที่จะได้รับผลิตภัณฑ์หรือบริการที่สมบูรณ์ที่สุด ดังนั้นจึงต้องเริ่มทำสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่ขั้นตอนแรก

2.2.3.7.2 การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องทุกกระบวนการในองค์การ (Continuous improvement) โดยการใช้วงจร PDCA มีการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การทบทวนตรวจสอบ และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง นำไปใช้เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความพอใจของลูกค้า เพิ่มผลผลิตและช่วยลดต้นทุน

2.2.3.7.3 การประเมินความต้องการและประสบการณ์ของผู้ให้บริการ (Needs assessment) เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการแล้วนำมาเป็นเกณฑ์และสื่อสารไปยังทุกระดับขององค์การ เพื่อใช้ในการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หรือบริการในแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

2.2.3.7.4 ความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ (Management accountability) ในเรื่อง ของการบริหารงาน และการจัดการนั้นผู้บริหารต้องรับผิดชอบต่อการสร้างระบบการทำงานของบุคลากร การปรับปรุงระบบเพื่อพัฒนาผลการปฏิบัติงาน

2.2.3.7.5 การศึกษาและการฝึกอบรม (Education and Training) เพื่อให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจปรัชญาการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การเข้าใจเทคนิควิธีการในการลดต้นทุนในการผลิต / การบริการ ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการบริหารคุณภาพทั้งองค์การ

2.2.3.7.6 ข้อมูลทางสถิติ (Statistical data) มีการนำเครื่องมือทางสถิติมาใช้ในการเก็บข้อมูลในทุกแผนกและมีการสื่อสารไปทั่วองค์การ เพื่อให้บุคลากรทุกคนสามารถตัดสินใจปรับปรุงกระบวนการทำงานของตนบนพื้นฐานข้อมูลได้

2.2.3.7.7 การประกันคุณภาพและการควบคุมคุณภาพ (Quality assurance and quality control) การประกันคุณภาพเป็นการหาข้อมูลที่เกิดขึ้น นำมาวิเคราะห์ระดับคุณภาพขององค์การ โดยผู้ปฏิบัติเป็นผู้รวบรวมข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ไปยังหน่วยงานผู้ปฏิบัติเพื่อเป็นการปรับปรุงคุณภาพต่อไป ถือเป็นขั้นตอนสำคัญของการบริหารคุณภาพแบบมุ่งคุณภาพทั้งองค์การ

2.2.3.7.8 ผู้ส่งมอบ (Suppliers) องค์การต้องพัฒนาความร่วมมือกับผู้ส่งมอบทั้งภายใน และภายนอกองค์การให้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมงานในกระบวนการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ

2.2.3.7.9 การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ควรกระตุ้นให้บุคลากรใช้กระบวนการเพื่อประสานงานกันในการแก้ปัญหา และจัดอุปสรรคระหว่างบุคลากรกับบทบาท

2.2.3.7.10 การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์การ (Cultural change) ที่เกี่ยวกับการปกครองแบบมีลำดับชั้น ต้นทุนการผลิต และมนุษยสัมพันธ์โดยมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- (1) ทำความเข้าใจและวิเคราะห์วัฒนธรรมที่เป็นอยู่
- (2) ตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในระยะยาวในการปรับปรุงคุณภาพ
- (3) การคำนึงถึงคุณภาพก่อนผลกำไร
- (4) การรักษามาตรฐานการทำงานและการให้รางวัลเมื่อปฏิบัติงานเป็นผลสำเร็จ
- (5) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่บุคลากรด้วยการให้ข้อมูลป้อนกลับในทางบวก ส่งเสริมทัศนคติ และพฤติกรรมที่สนับสนุนส่งเสริมคุณภาพและผลผลิต
- (6) การประชุมปรึกษาและสนับสนุนปรัชญาการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ โดยผู้บริหารระดับสูงเป็นตัวอย่างและให้คำแนะนำ
- (7) สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน
- (8) สนับสนุนการพัฒนาการตัดสินใจ
- (9) พัฒนาการแก้ปัญหาโดยทีมงาน หรือกลุ่มคุณภาพในทุกระดับขององค์การ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โรงพยาบาลจะทำการพัฒนาคุณภาพ และได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น สิ่งสำคัญที่สุดอยู่ที่ผู้บริหารขององค์การ ซึ่งจะต้องมีความเข้าใจ และมีความมุ่งมั่นในเรื่องของคุณภาพต้องปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี มีความเป็นผู้นำสูง และพร้อมที่จะร่วมทำงานกับผู้ใต้บังคับบัญชาในทุกสภาวะ นอกจากผู้บริหารและพยาบาลทุกคนจะต้องมีความมุ่งมั่นในเรื่องการพัฒนาคุณภาพและดำเนินงานในเรื่องนี้อย่างจริงจัง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด PDCA ของเดมมิง (Deming, 1986: 88) มาใช้ในการประกอบการศึกษาการปรับปรุงคุณภาพในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพว่าได้ นำวงจร PDCA ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ Planning Doing Checking และประการสุดท้าย Acting มาใช้อย่างที่ Goetsch & Davis (1995: 186) กล่าวว่า แนวคิดนี้สามารถใช้เมื่อต้องการปรับปรุงทุกผลผลิต ทุกผลผลิต ทุกกระบวนการ ในโครงการ และใช้เมื่อต้องการเปลี่ยนกระบวนการเพื่อตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้าที่เปลี่ยนไป (Moran, 1999:302)

## 2.3 การวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory)

### 2.3.1 ประวัติความเป็นมาของทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory)

การศึกษาวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญาทางสังคมวิทยา เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ใช้ในการสร้างทฤษฎีเนื้อหา (Substantive theory) ให้มีความน่าเชื่อถือ สามารถอธิบายสิ่งที่ได้ศึกษาได้กระจ่างชัดเจน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541 อ้างถึงใน Strauss & Corbin, 1990: 24) บอกกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไข ความหมาย การกระทำ และบทบาท (Active role) ของบุคคลในการปรับสภาพแวดล้อมที่สะท้อนความหลากหลายและความซับซ้อนของชีวิต ด้วยเทคนิคการอุปนัย (Inductive technique) จากข้อมูลที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยไม่ได้ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า

คำว่า Grounded theory แปลว่า “ทฤษฎีติดดิน” (สุภางค์ จันทวานิช, 2546: 19-20) กล่าวคือ เป็นทฤษฎีหรือข้อสรุปที่สร้างขึ้นมาอย่างเป็นระบบจากข้อมูลรูปธรรมหรือความเป็นจริงโดยตรงของการวิจัยและได้มาในกระบวนการวิจัย ที่เรียกว่า ทฤษฎีติดดินก็เพราะทฤษฎีหรือข้อสรุปประเภทนี้จะต้องเกาะติดกับข้อเท็จจริงหรือรูปธรรมตลอดเวลา จะยกให้เป็นนามธรรมสูงมากไม่ได้ ถ้ายกระดับขึ้นไปสูง ความหนักแน่นของข้อสรุปจะลดลง เป็นการสร้างทฤษฎีที่ต้องอาศัยการใช้เทคนิคสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เทคนิคการระบุหมวดหมู่ (Categories) หรือมโนทัศน์ (concepts) ที่เกิดขึ้นจากข้อความ และ 2) การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์จากเนื้อหา และการสร้างรูปแบบทฤษฎี (Glaser & Strauss, 1967 ; Strauss & Corbin, 1990 ) แต่ปัจจุบันนิยมใช้คำว่า ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานมากกว่าทฤษฎีติดดิน

วิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานได้พัฒนาเป็นระเบียบวิธีวิจัยหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพโดย Barney G. Glaser และ Anselm L. Strauss Glaser สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกจากมหาวิทยาลัยโคลัมเบียในปี ค.ศ. 1961 และสอนการทำวิจัยในแผนกสังคมวิทยาในมหาวิทยาลัยที่แคลิฟอร์เนีย และที่ซานฟรานซิสโก ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1961-1985 (Glaser, 1998: 845) และ ส่วน Strauss สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกสาขาสังคมวิทยา ปี ค.ศ. 1945 และได้สอนการทำวิจัยในนักศึกษาระดับปริญญาเอกในมหาวิทยาลัยที่ชิคาโก (Strauss & Corbin, 1998) ซึ่งทั้งสองเป็นบุคคลแรกที่กล่าวถึงวิธีการทำวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน โดยเขาได้เขียนหนังสือชื่อ “Discovery of Grounded Theory” ใน ปี ค.ศ. 1967 โดย Glaser และ Strauss ซึ่งได้เขียนวัตถุประสงค์ไว้ในหนังสือ 3 ประการ ได้แก่ ประการแรกเพื่อเสนอความสัมพันธ์ของทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานว่าผลที่เกิดจากการวิจัยและการพัฒนาทฤษฎีมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับวิธีการ เก็บข้อมูลในระหว่างการทำวิจัย ประการที่สองคือเพื่อนำเสนอผลที่ใช้การวิจัยแบบ

ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานและประการที่สามเพื่อให้มีการใช้การวิจัยวิจัยคุณภาพได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ในปี ค.ศ.1960 ความนิยมที่ใช้การวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน ลดน้อยลงลงทั้งๆที่มีนักสังคมวิทยาเพิ่มมากขึ้นก็ตาม เนื่องจากว่าในขณะนั้นยังไม่มีใครเชื่อและพิสูจน์ได้ว่าการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานมีความสามารถเพียงพอที่จะตรวจสอบข้อเท็จจริงได้ อย่างไรก็ตามภายหลังจากทศวรรษต่อมา มีนักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน ซึ่งเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพได้นำทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานไปใช้เพื่อสร้างเป็นทฤษฎีได้สำเร็จ ประกอบกับการที่มีการพิมพ์หนังสือเผยแพร่ถึงวิธีการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานและแนะนำกระบวนการทำวิจัย จึงทำให้การศึกษาวิธีการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางเพิ่มมากขึ้น

### 2.3.2 ประชาชนของการศึกษาวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน

การศึกษาวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic interaction) ซึ่งเป็นการศึกษาโดยใช้หลายมุมมองในการศึกษาปรากฏการณ์ต่างๆร่วมกัน George Herbert Mead (1934 cited in Burns & Grove, 1999: 344) ซึ่งเป็นนักสังคมจิตวิทยาเป็นบุคคลที่พัฒนาทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic interaction theory) ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อขยายความเข้าใจคำจำกัดความในมุมมองความจริงโดยมีความเชื่อและส่งผลต่อพฤติกรรมและยึดความจริงที่ว่า การสร้างความหมายในสถานการณ์หนึ่งคือความชัดเจนในลักษณะการแสดงออกด้วยสัญลักษณ์ ยกตัวอย่าง เช่น การแสดงออกโดยคำพูด การปฏิบัติตัวทางศาสนาด้วยความเคร่งครัด (Religious objects) และการแสดงบาบาทของบาทหลวง ความหมายของสัญลักษณ์ในที่นี้อยู่บนพื้นฐานของการกระทำและการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งการปฏิสัมพันธ์นี้เองที่นำไปสู่การให้ความหมายใหม่และสามารถให้เหตุผลในการให้ความหมายใหม่ด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นลักษณะสำคัญของทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์จึงเป็นลักษณะเด่นของการศึกษาวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Chenitz & Swanson, 1986 cited in Burns & Grove, 1999: 344)

การศึกษาวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานมักจะใช้บ่อยในการศึกษาพื้นที่เล็กๆ ก่อนที่จะทำการวิจัย ซึ่งจะพบมุมมองใหม่ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับพื้นที่ที่จะทำวิจัยจริงๆ อย่างไรก็ตาม จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องทำการทดสอบทฤษฎีเพื่อที่จะยกระดับของทฤษฎีทุกครั้งไปเนื่องจากทฤษฎีที่สร้างขึ้นนั้นมีประโยชน์อยู่แล้วซึ่งเป้าหมายของการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานจากข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย ก็คือ การสร้างทฤษฎีเนื้อหาให้มีความน่าเชื่อถือและสามารถอธิบายสิ่งที่ศึกษาให้กระจ่างชัดเจน (Strauss & Corbin, 1990) เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่ากำลังเกิดอะไรขึ้นในปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยทฤษฎีเนื้อหาที่ได้จะแสดงให้เห็นถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สะท้อนความหลากหลายและความซับซ้อน รวมทั้ง



บทบาทของบุคคลในการปรับหรือจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไข ความหมาย และการกระทำที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์

ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานจากข้อมูลพื้นฐานเป็นวิธีการวิทยาศาสตร์ที่ใช้ความไวเชิงทฤษฎี เป็นฐานในการพัฒนาศาสตร์ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2542: 283-284) ซึ่งความไวเชิงทฤษฎี (Theoretical sensitivity) หมายถึง คุณภาพหรือความสามารถเฉพาะตัวของนักวิจัยที่แสดงถึงความตระหนักรู้ถึงความละเอียดอ่อนของความหมายข้อมูล สามารถหยั่งรู้ เข้าใจและแยกแยะ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องออกจากข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการศึกษาได้ นักวิจัยที่มีความไวเชิงทฤษฎีสูง จะสามารถพัฒนาทฤษฎีเนื้อหาจากข้อมูลต้นตอที่เป็นจริง มีความคิดรวบยอดที่แน่นอน และมีความกลมกลืนได้รวดเร็วกว่านักวิจัยที่ไม่มีความไวเชิงทฤษฎี ที่มาของความไวเชิงทฤษฎีมี 3 แห่ง ได้แก่ 1) วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังศึกษาจะช่วยกระตุ้นให้นักวิจัยคิดตามตนเอง และหาคำตอบว่ากำลังเกิดอะไรขึ้นในปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา 2) ประสบการณ์วิชาชีพ ช่วยให้นักวิจัยเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างไร เพราะเหตุใดและเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขอะไร และ 3) ประสบการณ์ส่วนบุคคลช่วยให้นักวิจัยเปรียบเทียบ ความคล้ายคลึงและความแตกต่าง ของประสบการณ์ตนเองกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาปรากฏการณ์

### 2.3.3 ลักษณะของงานวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน

ลักษณะของงานวิจัยคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน ที่ผู้วิจัยจะกล่าวถึง ได้แก่ จุดประสงค์การศึกษาคุณลักษณะที่นักวิจัยควรจะมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและวิธีการ ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของงานวิจัยนี้

1. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาหรืออธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ (Concept) โดยนำเสนอในลักษณะที่เป็นระบบ (Systematic view) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา
2. ผู้วิจัยต้องมีลักษณะที่เรียกว่า “Theoretical sensitivity” คือ มีการศึกษาถึงแนวคิด/ทฤษฎีที่จะศึกษาอย่างดี เพราะฉะนั้นระหว่างเก็บข้อมูลนักวิจัยควรมีความไวต่อสิ่งที่พบ
3. ให้ความสำคัญในการเลือกกลุ่มที่จะศึกษาเป็นพิเศษ เรียกว่า “Theoretical sampling” คือ การเลือกกลุ่มที่ทำการศึกษาที่ให้ข้อมูล (Informative) ตรงตามเนื้อเรื่องที่จะทำวิจัย และเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลไประยะหนึ่ง พบผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลที่มีรายละเอียดน่าสนใจ ผู้วิจัยก็จะตามศึกษาผู้ให้ข้อมูลนั้นให้ลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ครอบคลุม และตรงมากที่สุด
4. ระหว่างการวิเคราะห์ สามารถนำเอาโครงร่างที่ได้ นำกลับไปตรวจสอบกับ ผู้ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาเพื่อยืนยันความถูกต้อง

### 2.3.4 ความแตกต่างของการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานกับงานวิจัยคุณภาพประเภทอื่น

ลักษณะเด่น 5 ประการที่เป็นลักษณะเฉพาะของการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน ดังนี้ (Stern, 1980 cited in Streubert & Capenter, 1999: 102)

1. กรอบแนวคิดในการทำวิจัยได้จากการทำวิจัยหรือข้อมูลที่ศึกษา
2. กรอบแนวคิดที่ได้จะอธิบายถึงภาพรวมใหญ่ของกระบวนการที่มีลักษณะเด่นในสังคม
3. ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้ตลอดการทำวิจัย (Constant comparative method)
4. ผู้วิจัยต้องปรับปรุงวิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม โดยมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม
5. การตรวจสอบข้อมูลตั้งแต่เริ่มทำการให้รหัส หมวดหมู่ การสร้างมโนทัศน์ และการเขียนเรื่องราวรายงานความก้าวหน้าตลอดเวลาระยะเวลาระหว่างทำวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานกับงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น ได้แก่ การวิจัยเชิงปรากฏการณ์ (Phenomenological Study) การวิจัยชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic Study) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งความแตกต่างจะอยู่ที่วัตถุประสงค์คำถามและผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาภิวัตน์กับงานวิจัยเชิงคุณภาพอื่น

ประเภท	วัตถุประสงค์	คำถาม	การแสดงผลการวิจัย
การวิจัยปรากฏการณ์	เพื่อศึกษาประสบการณ์ของบุคคล กลุ่มคนในสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญอยู่	บุคคล หรือ กลุ่มคน (ระบุ) มีประสบการณ์อย่างไรในสถานการณ์ (ระบุ)	คำอธิบายถึงความหมายอันเป็นแก่นที่ผู้มีประสบการณ์นั้นๆ ให้กับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถโยงใยหรือเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความหมายต่างๆ ในบริบทนั้นๆ
การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนา	เพื่อศึกษาองค์ความรู้ทางวัฒนธรรมที่กลุ่มคนในสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ ใช้ในการให้ความหมายจัดระบบคิดและพฤติกรรมและการแสดงออกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ	มีอะไรเกิดขึ้นกับวิถีชีวิตของกลุ่มคนในสังคม (ระบุ) ทำไมจึงเกิดขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นมีความหมายและมีผลอย่างไรในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ	รูปแบบที่มาของคำอธิบายอย่างลึกซึ้งที่สามารถให้ภาพชีวิตของผู้คนในสังคมวัฒนธรรมนั้นอย่างชัดเจน เชื่อมโยงอดีต ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต
การวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน	เพื่อสร้างแนวคิด /ทฤษฎีเบื้องต้นในการอธิบายปรากฏการณ์เฉพาะต่าง ๆ	ปรากฏการณ์ (ระบุ) สามารถอธิบายได้อย่างไร	แนวคิดเบื้องต้น ซึ่งนำไปสู่การสร้างเป็นทฤษฎีและใช้การตรวจสอบในวงกว้างต่อไป
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเพื่อทำความเข้าใจและปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหาหรือช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับปฏิบัตินโยบายกับปฏิบัติและการวิจัยกับการกระทำ	ทำอะไรให้บุคคล/กลุ่มคน/องค์กร(ระบุ) สามารถทำกิจกรรม (ระบุ) ได้ดีขึ้น หรือมีประสิทธิภาพสูงขึ้น	กระบวนการและวิธีการที่ใช้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือใช้พัฒนาศักยภาพการกระทำต่าง ๆ ให้ดีขึ้น

ที่มา: ศิริพร จิรวัดณ์กุล(2548: 21)

### 2. 3.5 การศึกษาวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน

Artinian (1988 cited in Burns & Grove, 1999: 345) ได้สำรวจการการศึกษาเชิงคุณภาพที่ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานในการพยาบาลพบว่ามี 4 วิธีด้วยกัน คือ วิธีการบรรยาย (Descriptive mode) วิธีการค้นพบ (Discovery mode) วิธีการปรับการปรากฏขึ้นให้เหมาะสม (Emergent fit mode) และวิธีการแทรกแซง (Intervention mode) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิธีการบรรยาย (Descriptive mode) เป็นวิธีการที่กล่าวถึงรายละเอียดและต้องมาก่อนวิธีการอื่นๆ ซึ่งวิธีการนี้จะกล่าวถึงว่านักวิจัยเริ่มดำเนินการอย่างไรเพื่อที่จะตอบคำถามว่ามีอะไรเกิดขึ้น กิจกรรมในองค์การเป็นอย่างไร บทบาทอะไรที่เด่นกระบวนการณ์มีขั้นตอนอย่างไร รายละเอียดของกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำมีอะไรบ้าง เป็นต้น

2. วิธีการค้นพบ (Discovery mode) เป็นการนำสู่รูปแบบกระบวนการณ์ประสบการณ์ชีวิตเฉพาะบุคคลและเกี่ยวข้องกับรูปแบบบุคคลอื่น ซึ่งวิธีนี้เป็นกระบวนการณ์ทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องถึงการสร้างทฤษฎีเนื้อหา (Substantive theory) ซึ่งจะพัฒนาและช่วยอธิบายรายละเอียดที่สำคัญในสังคมโลก

3. วิธีการปรับการปรากฏขึ้นให้เหมาะสม (Emergent fit mode) เป็นวิธีการที่ใช้เมื่อการสร้างทฤษฎีเนื้อหาได้รับการพัฒนาหรือมีส่วนที่เพิ่มเติมหรือทำการแก้ไขทฤษฎีใหม่ ซึ่งวิธีการนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการคัดเลือกบางส่วนของทฤษฎี เพื่อที่จะสร้างหรือเพื่อที่จะใช้ก่อนการปฏิบัติงาน หรือทำให้โปรแกรมที่วิจัยให้มีรายละเอียดของกระบวนการณ์ทางสังคมด้วย

4. วิธีการแทรกแซง (Intervention mode) ใช้เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ในการสร้างทฤษฎีเนื้อหา สำหรับตัวอย่างคำถามพื้นฐานที่ใช้ในวิธีการนี้ คือ ฉันสามารถทำบางอย่างให้เกิดขึ้นได้ทุกอย่างที่สามารถทำให้ฉันได้งานใหม่และได้รับราชการตามที่ปรารถนาได้อย่างไรซึ่งวิธีการนี้เป็นการแสดงออกถึงความต้องการลึกๆในการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยหรือผู้ปฏิบัติการ

ในปัจจุบันการศึกษาวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานได้มีการนำไปใช้ในสาขาอื่นๆ นอกเหนือไปจากสาขาสังคมวิทยา เพื่อใช้หาความสำคัญในประเด็นต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น สุขภาพชุมชน (Hitchcock & Wilson, 1992; Yamamoto & Wallhagen, 1998) ความผาสุกของสังคม (Lazzari et al., 1996) ลักษณะอาการและการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา (Rennie, 1994; Blustein et al., 1997) วิทยาศาสตร์ที่ว่าด้วยเรื่องความชราและปัญหาพิเศษของผู้สูงอายุ (Tomita, 1998; Young, 1998) การบริหารทางด้านธุรกิจ (Locke, 1996; Fox - Wolfgramm et al., 1998) การแพทย์ (Morgan & Joe, 1996) และอาชญาวิทยา (Ward et al., 1998) (Bernard, 2000; 443) นอกจากนี้ยังมีนักวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานเพื่อใช้ติดตามการพัฒนาความคิด เพื่อต้องการศึกษาความสามารถในการ

ยืดหยุ่น และการเปิดใจ รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในการพยาบาลสัมพันธ์กับการเกิดคุณภาพ (Howlloay & Wheeler, 2002: 154)

### 2.3.6 การทบทวนวรรณกรรมของทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน

ในการศึกษาวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานมีวัตถุประสงค์ในการทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบาย สนับสนุน และเพิ่มเติมในการสร้างทฤษฎีที่ทำการศึกษาซึ่ง Burns & Grove (1999: 107) ได้กล่าวถึง ประโยชน์ของการทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน ดังนี้

1. กระตุ้นให้เกิดความไวเชิงทฤษฎี กล่าวคือ วรรณกรรมจะช่วยให้นักวิจัยมองเห็น มโนทัศน์และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ชั่วคราว สำหรับใช้ในการตรวจสอบกับข้อมูลจริง
2. เป็นแหล่งข้อมูลทฤษฎี ผู้วิจัยสามารถนำคำพูดจากวรรณกรรมมาเป็นข้อมูล ทฤษฎีสำหรับอ้างอิงเพื่อสนับสนุนหรือหักล้าง บอกความสอดคล้องและความแตกต่างกับ ผลการวิจัยของตนเองได้
3. กระตุ้นให้เกิดคำถามสำหรับการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งช่วยกระตุ้น ให้นักวิจัยปรับเปลี่ยนคำถามให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง
4. ชี้นำการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎีโดยการบอกแหล่งที่จะสามารถค้นหา ปραกฏการณ์สำคัญในการพัฒนาทฤษฎีให้มีความหลากหลาย ซึ่งอาจคล้ายคลึงหรือแตกต่าง จากสถานการณ์ที่กำลังศึกษาอยู่
5. ใช้เสริมความเที่ยงตรงให้กับผลการศึกษาโดยการนำเอาวรรณกรรม มาสนับสนุนอ้างอิง เพื่อแสดงความสอดคล้องหรือความแตกต่างระหว่างผลการวิจัย กับวรรณกรรม

อย่างไรก็ตาม Burn & Grove (1999: 107) กล่าวว่านักวิจัยไม่จำเป็นต้องทบทวน วรรณกรรมทั้งหมดก่อนล่วงหน้า อาจจะรอให้หมวดหมู่ต่างๆ ผุดขึ้นมาจากข้อเท็จจริงก่อนแล้วจึง ไปศึกษาวรรณกรรมเพื่อที่จะบ่งชี้ว่าหมวดหมู่ ที่ผุดขึ้นมานั้น ผู้วิจัยหรือผู้เขียนคนอื่นๆ ได้กล่าวไว้ อย่างไรบ้าง

### 2.3.7 การคัดเลือกตัวอย่างตามทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน

เนื่องจากการวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานเป็นการค้นพบข้อมูลพื้นฐาน มี วัตถุประสงค์ เพื่อขยายทฤษฎีไม่ใช่การทดสอบทฤษฎี การคัดเลือกตัวอย่างในการวิจัยจึงมี ลักษณะแตกต่าง ไปจากการวิจัยแบบอื่น ซึ่งการเลือกตัวอย่างมีลักษณะเป็นการสะสมเชิงทฤษฎี อย่างเป็นระบบ ด้วยการเลือกมโนทัศน์ที่เป็นตัวแทนของปรากฏการณ์ที่ศึกษา (Representative

concepts) วิธีการเลือกตัวอย่างจะมีความยืดหยุ่น สามารถประยุกต์เข้าได้กับบริบทการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลขณะนั้น และสามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมการเก็บข้อมูลให้เป็นไปตามเป้าหมายและหลักการดำเนินวิจัย เรียกว่า "การเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling)" ซึ่งหมายถึงกระบวนการเก็บข้อมูลเพื่อสร้างทฤษฎีโดยทำพร้อมกัน ทั้งการเก็บข้อมูล การให้รหัส การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาและตัดสินใจว่าจะเก็บข้อมูลอะไรต่อไป ที่ไหน เพื่อให้เกิดการพัฒนาทฤษฎี (Glaser & Strauss, 1967: 45 cited in Denscombe, 2003: 117) กลุ่มตัวอย่างอาจเป็นตัวอย่างที่โชคนุเคราะห์แต่หมายถึงเหตุการณ์ตัวอย่าง (Sample incidents) ที่ได้รับการบอกเล่าจากผู้ให้ข้อมูลเพื่อใช้สำหรับการค้นหาหมวดหมู่ คุณลักษณะ และความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ ก็ได้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงนี้จึงแตกต่างจากการวิจัยแบบอื่น (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) กล่าวคือ จะต้องทำการคัดเลือกตัวอย่างบนพื้นฐานตามมโนทัศน์ที่ต้องการพิสูจน์ความเกี่ยวข้องเชิงทฤษฎีกับทฤษฎีที่กำลังสร้าง ด้วยการนิรนัยจากข้อมูลที่ผุดขึ้นมาจากการอุปนัยให้ชี้แนะในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไปโดยมุ่งที่การเลือก "มโนทัศน์ที่เป็นตัวแทนปรากฏการณ์ (Representative concepts)" และให้ความสนใจกับสิ่งที่บุคคลได้กระทำ หรือมิได้กระทำในลักษณะของการกระทำ / ปฏิสัมพันธ์ เงื่อนไข ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นมากกว่าการให้ความสนใจในตัวบุคคลซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างสะสมเชิงทฤษฎีตามความก้าวหน้าของกระบวนการวิจัยในระหว่างการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งสัมพันธ์กับการให้รหัสข้อมูล ร่วมกับการบันทึกข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ซึ่งจำแนกได้ 3 แบบ ดังนี้ (Strauss & Corbin, 1990: 176 -193)

1. **การคัดเลือกตัวอย่างแบบเปิดกว้าง (Open sampling)** เป็นการเลือกตัวอย่างที่สัมพันธ์กับการให้รหัสแบบเปิดกว้าง มีเป้าหมายเพื่อค้นหาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับหมวดหมู่ให้กว้างขวางมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทั้งในส่วนที่เป็นคุณลักษณะและส่วนที่เป็นมิติ

2. **การเลือกตัวอย่างแบบความสัมพันธ์และหลากหลาย (Relation & Variational sampling)** เป็นการเลือกตัวอย่างที่สัมพันธ์กับการให้รหัสแบบแกนโครงสร้าง (Axial coding) มีเป้าหมายเพื่อค้นหาความแตกต่างที่ระดับมิติของมโนทัศน์เชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ซึ่งจะนำไปสู่การจำแนกรูปแบบและการเชื่อมโยงเป็นกระบวนการของปรากฏการณ์

3. **การเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Discriminate sampling)** เป็นการเลือกตัวอย่างที่สัมพันธ์กับการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding) โดยมีเป้าหมายเพื่อคัดเลือกหมวดหมู่หลัก เพิ่มโอกาสของการตรวจสอบโครงเรื่อง (Story line) หาความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่และเพิ่มเติมหมวดหมู่ที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในงานวิจัยครั้งนี้ได้สิ้นสุดลงเมื่อในแต่ละหมวดหมู่มีความอิ่มตัวในเชิงของทฤษฎี (Theoretical saturation) กล่าวคือไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก หมวดหมู่ได้รับการพัฒนาอย่างแน่นหนา (dense) ทุกองค์ประกอบได้รับการอธิบายถึงกระบวนการและสะท้อนถึงความหลากหลาย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ได้รับการสร้างและตรวจสอบแล้วเป็นอย่างดี (Strauss & Corbin, 1990: 188)

### 2.3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์แบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory method) เป็นการวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาอย่างน้อยรูปแบบโครงสร้างหรือทฤษฎีสาระสำคัญ (Substantive theory) การวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินไปพร้อมๆ กับการรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นการหาข้อบ่งชี้ / แนวทางจากความไวหรือความรอบรู้ทางทฤษฎีของผู้วิจัย นอกจากนี้จะคำนึงถึงความต่อเนื่องในการวิเคราะห์ และการรวบรวมข้อมูลตามการหยั่งรู้ทางด้านทฤษฎีหรือแนวคิดของผู้วิจัย (Theoretical sensitivity) ตลอดจนการเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง (Constant comparative method) ทั้งภายในและระหว่างหน่วยข้อมูล (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Strauss and Corbin (1990, 1998) ประกอบด้วย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Theoretical sampling) กระบวนการให้รหัส (Coding process) ซึ่งมี 3 รูปแบบได้แก่ การให้รหัสแบบเปิดกว้าง (Open coding) การให้รหัสแบบแกนโครงสร้าง (Axial coding) และการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding) การสร้างแผนภูมิเงื่อนไข (The Conditional / Consequential Matrix) การเปรียบเทียบ (Constant comparison) ซึ่งจะใช้การเปรียบเทียบเมื่อเกิดหมวดหมู่หลักหรือเกิดการปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการทางสังคม (Basic Social Process: BSP) และมีการปฏิบัติพื้นฐาน คือ การถามคำถาม และการเปรียบเทียบ การเขียนบันทึกและการเขียนแผนภูมิ (Memos and diagrams) เพื่อนำเสนอเป็นทฤษฎี การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

#### 1. กระบวนการให้รหัส (Coding Process)

ในวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory) กระบวนการให้รหัสประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การให้รหัสแบบเปิดกว้าง (Open coding) การให้รหัสรอบแกนโครงสร้าง (Axial coding) และการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding) (Strauss & Corbin, 1990) ดังนี้

1.1 การให้รหัสแบบเปิดกว้าง (Open coding) ซึ่งเริ่มกระทำเมื่อผู้วิจัย ได้ข้อมูลจากการถอดเทป โดยทำการตรวจสอบทุกคำพูด ทุกประโยค ทุกบรรทัดเพื่อที่จะให้รหัส ที่ผู้ให้ข้อมูลได้

บรรยายถึงปรากฏการณ์ที่สำคัญ ผู้วิจัยพยายามที่จะให้ได้หมวดหมู่ (Categories) มากที่สุดที่จะเป็นไปได้และเปรียบเทียบหมวดหมู่เหล่านั้นกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่เพื่อเปิดเผยคุณลักษณะและความสัมพันธ์ ระหว่างที่ให้รหัสแบบเปิดกว้างในขณะเดียวกันผู้วิจัยเขียนบันทึกช่วยจำ (Memos) เพื่อติดตามการเกิดของหมวดหมู่ และเพื่อให้ความหมายสำหรับการบูรณาการเป็นทฤษฎี Strauss & Corbin (1998: 110) ได้ให้คำจำกัดความของ Memos ว่าเป็นการเขียนบันทึกของผู้วิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ ความคิด การตีความหมาย คำถาม และทิศทางในการเก็บข้อมูล ในอนาคต

1.2 การให้รหัสรอบแกนโครงสร้าง (Axial coding) คือกระบวนการหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่หลักและหมวดหมู่ย่อย ใช้คำว่ารอบแกน (Axial) เพราะว่าการให้รหัสเกิดขึ้นรอบๆ แกนของหมวดหมู่ หาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่แต่ละระดับตามคุณลักษณะ และมิติ (Strauss & Corbin, 1998: 123) เพื่อให้เกิดความกระชับ (Precise) และสิ่งที่อธิบายปรากฏการณ์นั้นสมบูรณ์ นำหมวดหมู่มารวมกันในทิศทางใหม่ภายหลังให้รหัสแบบเปิดกว้าง ด้วยการเชื่อมโยงหมวดหมู่เข้าด้วยกันในลักษณะเชิงกระบวนการทัศน์ ประกอบด้วยเงื่อนไขนำบริบท การกระทำ/กลยุทธ์เชิงปฏิสัมพันธ์ เงื่อนไขการกระทำ และผลลัพธ์การกระทำที่เกิดขึ้น เป็นการเชื่อมโยงที่ทำให้ทฤษฎีมีความแน่นอน กระชับและซับซ้อน เป้าหมายเพื่อค้นหาความแตกต่าง ที่ระดับมิติของมโนทัศน์ให้มากที่สุด

1.3 รูปแบบการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding) เป็นกระบวนการบูรณาการและทำให้ทฤษฎีสละสลวยขึ้น (Strauss & Corbin, 1998: 143) โดยการเลือกหมวดหมู่หลัก (Core categories) ที่สามารถเชื่อมโยงกับหมวดหมู่อื่นๆ ที่รองลงมาอย่างเป็นระบบได้ เพื่อให้ได้ความคิดรวบยอดตรงกับปรากฏการณ์ที่ได้ศึกษาและกว้างพอที่จะครอบคลุมปรากฏการณ์ทั้งหมดได้ Strauss (1987 cited in Strauss & Corbin, 1998: 147) แนะนำลักษณะ 6 ประการที่จะวิเคราะห์ว่าเป็นหมวดหมู่หลัก คือ 1) ต้องอยู่ตรงกลาง ซึ่งเป็นหมวดหมู่หลักที่สามารถมีความสัมพันธ์กับทุกหมวดหมู่ได้ 2) ข้อมูลนั้นต้องเกิดขึ้นบ่อยๆ ในทุกคน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดว่าเป็นแนวคิด (Concept) 3) การอธิบายถึงความสัมพันธ์ในหมวดหมู่มีเหตุผลถูกต้องตามหลักตรรกวิทยาและไม่เปลี่ยนแปลง 4) ชื่อหรือคำที่ใช้บรรยายหมวดหมู่หลักเพียงพอสามารถให้วิจัยใน Substantive areas นำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีทั่วไป 5) เป็นแนวคิดที่ได้ผ่านการวิเคราะห์จากการบูรณาการจากหลายแนวคิด ทฤษฎีที่เกิดขึ้นมีความลึกและสามารถอธิบายได้ และ 6) แนวคิดสามารถอธิบายถึงความผันแปรในจุดสำคัญโดยการใช้ข้อมูลสำหรับเป้าหมายของการให้รหัสแบบคัดเลือก คือ เพื่อเพิ่มโอกาสของการตรวจสอบโครงเรื่อง (Storyline) ความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่และเพิ่มเติมหมวดหมู่ที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์



เมื่อพิจารณากระบวนการทั้งหมดที่เกิดขึ้น ทั้ง 3 กระบวนการ ได้แก่ หมวดหมู่หลัก (Core categories) ในงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้วิจัยพิจารณากระบวนการที่เกิดขึ้น 3 กระบวนการ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพและระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล พบว่าปรากฏการณ์ที่อยู่ตรงกลาง คือ การดำเนินการพัฒนาคุณภาพเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยๆและผุดขึ้นมาตั้งแต่ระยะแรกของการสัมภาษณ์และสามารถเชื่อมโยงกับหมวดหมู่อื่นๆที่รองลงมาอย่างเป็นระบบได้

## 2. การปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการทางสังคม (Basic Social Process: BSP)

การปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการทางสังคมเป็นการเชื่อมโยงการกระทำหรือการปฏิสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นตามกาลเวลา การวิเคราะห์สนใจที่กระบวนการโดยบูรณาการกับคำถามในปัญหาการวิจัยว่า ใคร ทำอะไร เมื่อไหร่ ที่ไหน และอย่างไร สำหรับ Glaser (1978 cited in Oumtane, 2001) กล่าวว่า หมวดหมู่หลักเป็นกระบวนการพื้นฐานทางสังคม (Basic Social - psychological Process: BSP) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและอธิบายความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ การปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการทางสังคมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การอธิบายโครงเรื่อง (Explicating the story line) 2) หาความสัมพันธ์ของสาขาของประเภทข้อมูลที่อยู่รอบหมวดหมู่หลัก (Relating subsidiary categories around the core category) 3) หาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ให้เป็นมิติ (Relating categories at the dimensional level) 4) ตรวจสอบความสัมพันธ์ ทบทวนข้อมูล (Validating those relations against data) 5) เสริมสร้างหมวดหมู่ขัดเกลาให้สมบูรณ์ (Filling in categories) (Strauss & Corbin, 1990)

## 3. การสร้างแผนภูมิเงื่อนไข (The Conditional matrix) โดย

การสร้างแผนภูมิเงื่อนไข เป็นการวิเคราะห์โดยกลไกกระตุ้นความคิดในการวิเคราะห์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขที่ซับซ้อนใหญ่และเล็กในทุกๆกระบวนการ (Strauss & Corbin, 1998: 181) ภายใต้การศึกษา ซึ่งแบ่งแยกและมีความสัมพันธ์ในแต่ละระดับของเหตุการณ์และผลที่เกิดขึ้นภายหลัง แผนภูมิเงื่อนไขจะเป็นตัวช่วยในการพัฒนาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันทั้งการกระทำ การปฏิสัมพันธ์และผลที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความซับซ้อนมากขึ้นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

#### 4. การเขียนบันทึกช่วยจำและการเขียนแผนภูมิ (Memos and Diagrams)

การเขียนบันทึกช่วยจำและการเขียนแผนภูมิ คือ การเขียนบันทึกในการวิเคราะห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทฤษฎี เพราะว่ามีเก็บการบันทึกกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล จะมีรูปแบบและอนุโลม (Comply) ตามเวลาและรูปแบบของการให้รหัส (Strauss & Corbin, 1998: 241) ซึ่งการเขียนบันทึก (Memos) บรรจุด้วยรหัส ทิศทางในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ ในความคิดนักวิจัย ซึ่งจะเขียนในกระดาษ และการเขียนแผนภูมิ (Diagrams) การเห็นการนำเสนอความสัมพันธ์ของแนวคิด (Concept)

#### 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมาใช้ในโรงพยาบาล เช่น 5ส. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ผ่าน HA ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และการนำวงจร PDCA Cycle มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้

ปราณีต นุชปวรรณนะ (2541) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้แนวคิดการควบคุมคุณภาพการพยาบาล มาประยุกต์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายร่วมกับการใช้แผนการสอน การใช้กระบวนการกลุ่มอภิปรายปัญหาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 31 คน พยาบาลประจำการ 15 คน และผู้รับบริการ 60 คน ทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต และแบบสัมภาษณ์ ผลวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลประจำการมีความเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ความคิดเห็นของพยาบาลประจำการในการนำมาตราฐานเชิงโครงสร้างมาใช้ในการปฏิบัติการ พยาบาลหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 การนำมาตราฐานเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ระดับคุณภาพการพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

รัชนี สิงห์บุญตา (2541) ได้ทำการศึกษาการทดลองกิจกรรม 5 ส. ในการพัฒนาการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลอานาจเจริญ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ และลูกจ้างของโรงพยาบาลอานาจเจริญ จำนวน 259 คน และกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่เจ้าหน้าที่ และลูกจ้างโรงพยาบาลปากช่องนานา จำนวน 250 คน กลุ่มทดลองใช้การฝึกอบรมและการ ดำเนินการปฏิบัติกิจกรรม 5 ส. ในระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มเปรียบเทียบดำเนินกิจกรรมปกติ ผลวิจัย

พบว่าหลังการทดลองกิจกรรม 5 ส. กลุ่มทดลองมีการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กิจกรรม 5ส. มีข้อเด่นในการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการมีกรอบการทำงานของทีมสม่ำเสมอ ส่วนปัญหาและอุปสรรคคือเวลาเนื่องจากมีผู้มารับบริการจำนวนมาก

ณัชนันท์ บุญด่านกลาง (2543) ได้ทำการศึกษาการศึกษาการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าหน่วยงานพยาบาล จำนวน 113 คน ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ จำนวน 7 แห่ง เครื่องมือ คือ แบบสอบถามการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่าการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการด้านที่มีเอกสารของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการด้านการปฏิบัติกิจกรรมของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการด้านที่มีเอกสารของหน่วยงานในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพพบว่าไม่แตกต่างกัน

วรรณดี ศุภวงศานนท์ (2543) ได้ทำการศึกษากิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือ แพทย์ที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพหรือผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ของกระทรวงสาธารณสุข รวม 92 แห่ง ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2543 เครื่องมือคือ แบบสอบถาม พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50 ) เคยทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพหลายประเภท ซึ่งได้แก่ พบส. 5ส. ESB. 3S (smile smell surrounding) กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า SS.OD. QC. QA. HA. ISO 9002. ISO Guide 25 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยโรงพยาบาลทุกแห่งเคยทำกิจกรรมพบส. และ 5ส. มาก่อน ส่วน HA เพิ่งจะเริ่มดำเนินการในช่วงระยะ 3 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 65.1) ขนาดโรงพยาบาลและจำนวนบุคลากรไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ส่วนความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) มีกระบวนการ/การปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนในการนำองค์กรและการบริหารการพยาบาลและเห็นผลบางส่วนในด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ส่วนปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพ พบว่าโรงพยาบาลส่วนมากมีปัญหาในระดับปานกลางเกี่ยวกับด้านทรัพยากรและการจัดการ เช่น การขาดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ

ขวัญราตรี ไชยแสง (2544) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และแรงจูงใจกับการดำเนินงานของวิชาชีพในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 145 คน เก็บข้อมูลเดือนมกราคม 2544 เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีแรงจูงใจและดำเนินงานในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.21 และ 70.93 ตามลำดับ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงานในการปฏิบัติงาน และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ส่วนสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และพบว่าแรงจูงใจโดยรวม ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

วิศิณี พรหมพันธุ์ (2544) ได้ทำการศึกษาการนำระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาลกรณีศึกษาโรงพยาบาล แห่งหนึ่ง โดยศึกษาเชิงคุณภาพจากเอกสารและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกประชากร ตัวอย่างที่เป็นส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 20 พ.ย. 2544 ถึง วันที่ 20 ก.พ. 2545 พบว่า ความสำเร็จในการนำระบบคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาลได้สร้างกลไกพัฒนาองค์กร มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะ และแนวคิดใหม่ในการปฏิบัติงาน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาองค์กร คือ ความมุ่งมั่น ตั้งใจ การมีส่วนร่วมและการให้การสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูง โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนทั่วทั้งองค์กร ผู้นำคุณภาพต้องเป็นคนมีความรู้ มีความสามารถ มีทักษะในการเป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลง เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีมาตรฐานการทำงานที่ชัดเจน มีคู่มือในการปฏิบัติงานคุณภาพ มีการตรวจสอบติดตามอย่างสม่ำเสมอ

สัจจา อัมพันธ์พงษ์ (2546) ได้ทำการศึกษาการศึกษาภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ 161 แห่ง จำนวน 3,545 คนทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 359 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงและด้านการแลกเปลี่ยนและการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเที่ยง 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ ผลวิจัยพบว่า

- 1) ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง
- 2) การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง
- 3) ภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 4. ตัวแปรตามร่วมพยากรณ์ การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 คือ การเสริมแรงทางลบอย่างเหมาะสม การสร้างบารมีและการคำนึงถึงความเป็นเอกบุคลิก

ดีส์ และการ์เซีย (Dees and Garcia, 1995 อ้างถึงใน สัจจา อัมพันพงษ์, 2546) ได้นำเสนอวิธีการ ดำเนินตามวงจร PDCA มาใช้ในองค์กรสุขภาพ จากกรณีศึกษาในองค์กรสุขภาพเรื่องค่าใช้จ่ายที่ สูงขึ้นเรื่อยๆ มีความจำเป็นจะต้องลดค่าใช้จ่าย โดยจัดให้มีการดำเนินงานโดยใช้วงจรพัฒนา คุณภาพของเดิมมีง เรียกว่า PDCA Cycle (วางแผน ปฏิบัติ ติดตาม ปรับปรุง) มาใช้ในการจัด โปรแกรมในการดูแลผู้ป่วย (Case management program) โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ผลิต และลูกค้าและแนวคิด TQM มาใช้ในการดำเนินงานจากการประเมินผลการ ดำเนินงานได้ 6 เดือน พบว่า รูปแบบของโปรแกรมการวางแผนในการให้บริการพยาบาล (Program planning model) จากการที่มีการปฏิบัติงานเป็นระบบมีการประเมินผล และมีการ ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ สามารถที่จะลดค่าใช้จ่ายในการ ผลิตจาก \$ 670,000 ลดเหลือ \$ 58,000 นอกจากนี้ยังลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จากประสบการณ์ของบุคลากรการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลเทคนิค พยาบาลประจำการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน รองหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใน การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory) ซึ่งเป็นการศึกษาโดยใช้การเปรียบเทียบประเภทหมวดหมู่ (Categories) แนวคิด (Concepts) ที่เกิดขึ้นจากข้อความแล้วเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดจากเนื้อหาและ การสร้างรูปแบบทฤษฎี (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990) โดยมีเป้าหมาย คือ การสร้างทฤษฎีเนื้อหาให้มีความน่าเชื่อถือ และสามารถอธิบายสิ่งที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน (Strauss & Corbin, 1990) เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่ากำลังเกิดอะไรขึ้นในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลเพื่อการรับรองมาตรฐานคุณภาพ โดยทฤษฎีเนื้อหาที่ได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการ เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนความหลากหลายและซับซ้อน รวมทั้งบทบาทของบุคคล ในการปรับหรือการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น ตลอดความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไข ความหมาย และ การกระทำที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ ในโรงพยาบาลแห่งนี้ (Streubert & Carpenter, 2003: 107, 110) โดยมีลำดับหัวข้อการนำเสนอต่อไปนี้

#### 3.1 บริบทพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาล นำร่องที่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ในการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) มาใช้ใน 35 โรงพยาบาลแรกของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ได้พัฒนาคุณภาพ บริการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดจนกระทั่งผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จากสถาบัน พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2544

โรงพยาบาลแห่งนี้ได้เริ่มเปิดให้บริการด้วยจำนวนเตียง 25 เตียงในครั้งแรก จนถึง ปัจจุบันโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามแผนนโยบายของรัฐบาล โดยมีองค์ประกอบ 4 ประการในการพัฒนาคุณภาพ คือ คุณภาพด้านบริหาร คุณภาพด้านบริการ คุณภาพด้านวิชาการ และประการสุดท้าย คือ มีบุคลากรที่มีคุณภาพ

### 1. ด้านบริหาร

โรงพยาบาลได้ปรับโครงสร้างสายการบังคับบัญชาให้เป็นแนวราบ (Flat organization) บริหารงานโดยคณะกรรมการบริหารและตั้งแต่รองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านต่างๆ ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจในการบริหารแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ปรับเปลี่ยนตำแหน่งหน้าที่ตามความรู้ ความสามารถ

### 2. ด้านบริการ

เป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีบทบาทหน้าที่บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความสามารถให้การรักษารอบถ้วนทุกสาขาการรักษาพยาบาลโดยการให้บริการแบบผสมผสานของการรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งรับผิดชอบการให้บริการสาธารณสุขในเขตเมือง ได้มีการใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาโดยตลอดเพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบบริการที่ได้มาตรฐาน ได้แก่ 3S 5ส. TQM (Total quality management) OD (Organization development) ESB (Excellence Service behavior) QA (Quality assurance) และการพัฒนาคุณภาพที่ได้มาตรฐานผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (Hospital accreditation)

### 3. ด้านวิชาการ

เป็นโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล บุคลากรด้านสาธารณสุขต่างๆกว่า 10 สถาบัน และหลักสูตรต่างประเทศ 3 สถาบัน รวมทั้งเป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสนับสนุนด้านการวิจัย โดยจัดสรรงบประมาณปีละไม่ต่ำกว่า 1 ล้านบาท ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล จนมีผลงานวิจัยที่ได้รับรางวัลยอดเยี่ยม และดีเด่นในการนำเสนอผลงานทางวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขทุกปี มีการประสานงานกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยระดับวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตรมหาวิทาลัยแห่งหนึ่งในการพัฒนางานวิจัย นอกจากนี้ยังเป็นสถานที่ฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติงาน และดูงานแก่บุคลากรทางการแพทย์ให้การบริการจัดหาหนังสือ จัดหาวารสาร จัดหมวดหมู่บริการ ยืมหนังสือ ให้บริการตอบคำถามและค้นบทความจาก CD ROM

ปัจจุบันเป็นสถานบริการสาธารณสุขในระดับตติยภูมิ มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลให้บริการแก่ประชาชนในการตรวจรักษาผู้ป่วยทุกประเภทตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย ประชาชนแก่ผู้ใช้บริการแล้วยังเป็นสถาบันที่ให้การศึกษาและการฝึกอบรมแก่นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขากว่า 10 สถาบัน และหลักสูตรต่างประเทศ 3 สถาบัน รวมทั้งศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยใช้เทคนิคกระบวนการและ

เครื่องมือที่ทันสมัยเพื่อพัฒนาศักยภาพในการบริการอันจะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน  
ผู้ใช้บริการ

ในช่วงที่มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ (ปีพ.ศ. 2540 - 2545) เพื่อการรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาล มีจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยประมาณ 714 เตียง ประกอบด้วยกลุ่มงานฝ่ายต่างๆ  
งานสนับสนุนและหน่วยงานพิเศษ จำนวน 34 หน่วยงาน มีจำนวนหอผู้ป่วย 36 หอ มีอัตรากำลังรวม  
ทั้งสิ้น 1,863 คน จำแนกเป็นข้าราชการ จำนวน 845 คน คิดเป็นร้อยละ 45.84 พนักงานของรัฐ  
จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 7.57 ลูกจ้างประจำ จำนวน 391 คน คิดเป็นร้อยละ 20.99 และ  
ลูกจ้างชั่วคราว 437 คน คิดเป็นร้อยละ 23.46 มีอัตราการครองเตียงในปี พ.ศ. 2542, 2543, 2544  
จำนวน 110% , 111.1 % , 122.3 % ตามลำดับ สถิติผู้มารับบริการในปี พ.ศ. 2542, 2543, 2544  
แยกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 50,842 คน 83,013 คน และ 95,688  
คน และจำนวนผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 44,425 คน 47,111 คน และ 49,987 คน  
ตามลำดับ(จากสถิติข้อมูล MIS ของโรงพยาบาล, 2544 อ้างถึงในวารสารณิ ประทุมพันธ์,  
2545: 43-44)

### 3.2 ลักษณะที่ตั้งของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมือง พื้นที่ด้านหน้าของโรงพยาบาลอยู่ทางทิศใต้  
ด้านหน้าติดกับถนนลาดยางทางหลวงของจังหวัดผ่าน เมื่อเย็นแล้วหันหน้าเข้าสู่ประตูรั้วของ  
โรงพยาบาล จะพบว่ามีสองตึกใหญ่สูง 4 ชั้น ทั้งสองตึกมีชื่อตามพระราชทานสามารถมองเห็น  
เด่นชัด ตึกซ้ายมือชั้นล่างจะเป็นที่รู้จักกันในลักษณะว่าเป็นห้องทำบัตร ห้องตรวจต่างๆ รวมทั้งห้อง  
จ่ายยา ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง หากเดินผ่านไปทางขวามือจะพบอาคารตึกเก่าที่มีหน่วยงานเวชกรรมสังคม  
เดินผ่านไปอีกจะพบห้องตรวจอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องจ่ายยา หากเดินผ่านอาคารนี้ไปด้านหลังก็จะ  
พบว่ามีสองฝั่งซ้าย-ขวาที่เป็นที่ตั้งของหอผู้ป่วยในเรียงต่อกันไปซึ่งมีทางเดินเชื่อมต่อกันจนถึง  
ด้านหลังมองเห็นสระบัวอยู่ตรงกลางมีในช่วงเวลากลางวันทางโรงพยาบาลเปิดน้ำพุให้ผู้ป่วย  
ขึ้นมาอย่างสวยงามและบรรยากาศสดชื่นชวนให้หยุดมอง รอบๆเป็นสวนหย่อมมีดอกไม้สวยงาม  
และมีศาลาไม้ทรงไทยตั้งไว้ให้เป็นที่สำหรับให้ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยได้มานั่งพักผ่อน ช่วงเช้าผู้วิจัย  
ได้สังเกตเห็นญาติผู้ป่วยเข็นรถให้ผู้ป่วยนั่งเดินไปเรื่อยๆรอบๆสระน้ำเป็นการออกกำลังกาย  
ในช่วงเวลากลางวัน ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นว่าเป็นสถานที่ที่ผู้มารับบริการนำเสื่อมาปูเพื่อที่  
จะรับประทานอาหารเช้าเป็นส่วนใหญ่ ในช่วงเวลาตอนเย็นผู้วิจัยสังเกตเห็นเด็กๆที่มาเยี่ยมญาติ  
วิ่งเล่นบริเวณสนามในทุกๆครั้ง นอกจากนั้น รอบๆสระน้ำ ยังพบว่ามีกริดป้ายจัดบอร์ด เช่น  
บอร์ดที่ผู้รับบริการเสนอข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะในประเด็นที่ต้องการให้โรงพยาบาลปรับปรุง



พัฒนา ทางโรงพยาบาลก็จะไปติดบอร์ดให้ผู้รับบริการที่เดินผ่านไปมาได้อ่านและรับทราบว่ามีสิ่ง  
ผู้รับบริการเสนอมานั้นทางโรงพยาบาลได้จัดการอย่างไร

### 3.3 ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

#### 3.3.1 ผู้ให้ข้อมูล (Participants)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants) ในครั้งนี้คือ พยาบาลที่มี  
ประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่พยาบาลระดับ  
ปฏิบัติการจนถึงระดับผู้บริหาร ได้แก่ พยาบาลเทคนิค พยาบาลประจำการ พยาบาลหัวหน้าหอ  
ผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยงาน รองหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล ที่มีประสบการณ์ในการ  
พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตั้งแต่โรงพยาบาลแห่งนี้ได้เข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ. 2540 โดย  
ในระเบียบวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory) มีวัตถุประสงค์เพื่อการ  
บรรยายแนวคิดหลักในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้ตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) ซึ่ง  
หมายถึง กลุ่มตัวอย่างบนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีที่ตรงกับปัญหาที่ทำการศึกษา ไม่เพียงแต่เป็น  
บุคคลเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงเหตุการณ์ตัวอย่าง (Sample incidents) ที่ได้รับการบอกเล่าจาก  
ผู้ให้ข้อมูลเพื่อใช้สำหรับการค้นหาหมวดหมู่ คุณลักษณะและความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ ซึ่ง  
เป็นมีวิธีการคัดเลือกตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงแตกต่างจากการวิจัยแบบอื่น (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541)  
กล่าวคือ จะต้องทำการคัดเลือกตัวอย่างบนพื้นฐานมโนทัศน์ที่ต้องการพิสูจน์ความเกี่ยวข้อง เชิง  
ทฤษฎีกับทฤษฎีที่กำลังสร้าง ด้วยการนิรนัยจากข้อมูลที่ผุดขึ้นมาจากการอุปนัยให้ชี้้นำในการเก็บ  
ข้อมูลครั้งต่อไปโดยมุ่งที่การเลือก “มโนทัศน์ที่เป็นตัวแทนปรากฏการณ์ (Representative  
concepts)” และให้ความสนใจกับสิ่งที่บุคคลได้กระทำหรือมิได้กระทำในลักษณะของการกระทำ /  
ปฏิสัมพันธ์ เงื่อนไข ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นมากกว่าการให้ความสนใจในตัวบุคคล ซึ่งเป็น  
การเลือกตัวอย่างสะสมเชิงทฤษฎีตามความก้าวหน้าของกระบวนการวิจัย ซึ่งในระหว่างการเก็บ  
ข้อมูล ต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมกับการให้รหัสข้อมูล และการบันทึกความก้าวหน้าของทฤษฎี การ  
เลือกผู้ให้ข้อมูล จะมีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมการเก็บข้อมูล  
ให้เป็นไปตามเป้าหมายและครบถ้วนจนกระทั่งข้อมูล ซึ่งจำแนกได้ 3 แบบตามชนิดของการให้รหัส  
(Types of coding) ได้แก่ การให้รหัสแบบเปิดกว้าง (Open coding) การให้รหัสแบบแกน  
โครงสร้าง (Axial coding) และการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding) ซึ่งเกี่ยวข้องกันอย่าง  
ใกล้ชิดเพื่อให้เกิดความไวเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) (Strauss & Corbin, 1990) ดังนี้

##### 3.3.1.1 การคัดเลือกตัวอย่างแบบเปิดกว้าง (Open sampling)

เป็นการเลือกตัวอย่างที่สัมพันธ์กับการให้รหัสแบบเปิดกว้างโดยมี  
เป้าหมายเพื่อค้นหาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับหมวดหมู่ให้กว้างขวางมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทั้งในส่วน

ที่เป็นคุณลักษณะและส่วนที่เป็นมิติซึ่งเป็นการคัดเลือกตัวอย่างที่เปิดกว้างทั้งตัวบุคคลซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ ได้แก่ พยาบาลทุกระดับ สถานที่เก็บข้อมูลทุกแผนกและครอบคลุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา (Strauss & Corbin, 1990: 181)

สำหรับการวิจัยนี้ในระยะเริ่มต้นของการวิจัย ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างการวิจัยแบบเปิดกว้าง (Open sampling) ซึ่งเปิดกว้างตัวบุคคลผู้ให้ข้อมูล คือ มีหลากหลายระดับ ตั้งแต่พยาบาลเทคนิค พยาบาลประจำการ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน รงหัวหน้าพยาบาล โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นพยาบาลทุกระดับที่มีประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่โรงพยาบาลเข้าโครงการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในปี 2540 สำหรับผู้ให้ข้อมูล 3 รายแรก เลขานุการของหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้แนะนำให้ผู้วิจัย ได้รู้จักและนัดสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์จึงได้เริ่มขึ้นในวันแรก โดยใช้หอผู้ป่วยเป็นสถานที่ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดเทปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยเทคนิคการเปรียบเทียบข้อมูล ขณะเดียวกันเลขานุการของหัวหน้าพยาบาลได้ทำหนังสือแจ้งให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทราบว่าผู้วิจัยจะเข้าไปสัมภาษณ์เกี่ยวกับการทำวิจัยและจะติดต่อประสานงานด้วยตนเอง เพื่อขอนัดวันเวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยจะยึดตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ และผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์ตนเองในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยพบว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ ที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลแตกต่างกัน ซึ่งบางรายเล่าเรื่องได้ บางรายเล่าเรื่องออกนอกประเด็น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนัดสัมภาษณ์ไปเรื่อยๆ เพื่อเปรียบเทียบดูปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจนกระทั่ง ได้มีโอกาสนัดสัมภาษณ์ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล ที่สามารถเล่าถึงปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลได้ชัดเจน และทำให้ผู้วิจัยทราบว่าลักษณะการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรอง HA ไม่ได้ทำพร้อมกันทั้งโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าจะเป็นโรงพยาบาลในโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่องก็ตาม ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงความแตกต่างของข้อมูลและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 17 รายแรก เนื่องจากว่าบุคคลเหล่านั้นเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด HA ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้วิจัยเขียนแผนภูมิ(Diagram) การพัฒนาในลักษณะที่แตกต่างกัน หลังจากฟังจากผู้ประสานงานคุณภาพในโรงพยาบาลจึงทำให้ผู้วิจัยเข้าใจบริบทมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอรายชื่อกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาตั้งแต่ระยะแรกที่ได้นำแนวคิด HA เข้าโรงพยาบาล เพื่อทำการนัดสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยทราบว่ายังมีบางหอผู้ป่วยที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพได้โดดเด่นและบางหอผู้ป่วยมีการพัฒนาช้า ผู้วิจัยจึงเข้าไปศึกษาเพื่อเปรียบเทียบปรากฏการณ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่เกิดขึ้น ว่าเงื่อนไขอะไรที่มีส่วนทำให้การพัฒนาทั้งสองแห่งนี้แตกต่างกัน

ซึ่งทำให้ทฤษฎีชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งการศึกษาเอกสารเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชัดเจนในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

### 3.3.1.2 การเลือกตัวอย่างแบบความสัมพันธ์และหลากหลาย (Relation & variational sampling)

เป็นการเลือกตัวอย่างที่สัมพันธ์กับการให้รหัสแบบแกนโครงสร้าง (Axial coding) มีเป้าหมายเพื่อค้นหาความแตกต่างที่ระดับมิติของมโนทัศน์เชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ซึ่งจะนำสู่การจำแนกรูปแบบและการเชื่อมโยงเป็นกระบวนการของปรากฏการณ์

ในการวิจัยครั้งนี้หลังจากสัมภาษณ์ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้วาดแผนภาพแล้วแบ่งกลุ่มว่าภายหลังจากที่ผู้ประสานงานคุณภาพได้ถ่ายทอดแนวคิด HA ในระยะแรก แล้วสามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้สองกลุ่ม คือกลุ่มที่ต่อต้านหรือกลุ่มปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและมีกลุ่มที่ยอมรับแนวคิด HA ซึ่งกลุ่มนี้เมื่อได้ฟังแล้วก็จะนำแนวคิด HA ไปพัฒนาในหน่วยงานตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเล็กๆ ดังนั้น เพื่อให้เกิดความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงสอบถามข้อมูล รายชื่อจากผู้ประสานงานคุณภาพถึงรายชื่อกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เพื่อในการติดตามสัมภาษณ์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างชัดมากขึ้นเกี่ยวกับเหตุผล ความรู้สึกที่ทำให้เกิดการปฏิเสธและยอมรับแนวคิด HA เช่นในช่วงหนึ่งที่มีผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่ง กล่าวว่า การรับรองคุณภาพได้มีการตรวจเยี่ยมภายในโรงพยาบาล (Internal survey) ซึ่งเมื่อเขียนแผนภูมิ (Diagram) แล้ว เป็นแกนหลักของกระบวนการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอรายชื่อผู้ที่มีประสบการณ์ในการเป็นผู้ประเมินภายในโรงพยาบาล (Internal surveyors) เพื่อขอสัมภาษณ์ให้เห็นปรากฏการณ์การเยี่ยมสำรวจภายในที่ชัดเจนมากขึ้น เป็นต้น

### 3.3.1.3 การเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Discriminate sampling) การเลือกตัวอย่างที่สัมพันธ์เป็นการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding) โดยมีเป้าหมายเพื่อคัดเลือกหมวดหมู่หลัก เพิ่มโอกาสของการตรวจสอบโครงเรื่อง (Story line) หาความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่และเพิ่มเติมหมวดหมู่ที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์

งานวิจัยนี้ใช้การเลือกตัวอย่างแบบคัดเลือกเมื่อได้ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล จากการเขียนบันทึก (Memos) การให้รหัส ทิศทาง และการเขียนวิเคราะห์ในกระดาษ พร้อมทั้งการเขียนแผนภูมิ (diagrams) ทำให้เห็นการนำเสนอความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ภายหลังจากการเขียนแผนภูมิตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากหมวดหมู่หลักและหมวดหมู่ย่อยที่ปรากฏขึ้น ตัวอย่างการเลือกแบบแบ่งชั้นนี้จะเลือกผู้ให้ข้อมูลที่สามารถทำให้เกิดปรากฏการณ์ในหมวดหมู่ย่อยนั้นสมบูรณ์มากขึ้น เช่น จากการให้สัมภาษณ์พบว่า การพัฒนาคือ การแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งปัญหาเหล่านั้นจะผ่านสื่อต่างๆ เช่น ผ่านตู้เสนอความคิด แบบประเมิน

การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง ฯลฯ นอกเหนือจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตเห็นในสถานที่ต่างๆ มีการประกาศว่าหากท่านมีข้อร้องเรียนใดๆ สามารถโทรไปที่เบอร์โทรศัพท์... ซึ่งข้อร้องเรียนที่ติดต่อไว้ให้ ซึ่งข้อร้องเรียนผ่านโทรศัพท์ หรือ ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อค้นพบครบถ้วน ผู้วิจัยจึงขอสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งเกี่ยวกับการจัดการในประเด็นนี้ ซึ่งได้แก่หัวหน้าพยาบาลและผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อที่จะสามารถเข้าใจการจัดการ กับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากข้อร้องเรียนผ่านโทรศัพท์และผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเป็นต้น

### 3.3.2 จำนวนผู้ให้ข้อมูล (Participants/Sample)

งานวิจัยคุณภาพไม่สามารถกำหนดผู้ให้ข้อมูลได้อย่างแน่ชัด เพราะงานวิจัยเชิงคุณภาพไม่ได้ขึ้นกับจำนวนผู้ให้ข้อมูลแต่ขึ้นกับการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันเป็นกระบวนการต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (Maykut & Morehouse, 1994: 61 - 64) ในวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory) จะเก็บข้อมูลจนกระทั่งมีความอิ่มตัวในมิติทัศน์และไม่มีรหัสใหม่เกิดขึ้น (Hutchinson, 2001 cited in Streubert & Carpenter, 2003:113) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงหยุดสัมภาษณ์ (Streubert & Carpenter, 1995) อย่างไรก็ตาม Morse (2000) เสนอแนะว่าแม้ว่าจะไม่สามารถบอกจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่แน่นอนได้แต่ก็สามารถที่จะประมาณได้ว่า 20-30 คน (Creswell, 1998: 65)

ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 32 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 24-59 ปี สถานภาพสมรส 15 ราย โสด 12 ราย และเป็นหม้าย 1 ราย ประกอบด้วยพยาบาลเทคนิค 4 ราย พยาบาลประจำการ 9 ราย หัวหน้าหอผู้ป่วย 14 ราย หัวหน้าหน่วยงาน 2 ราย รองหัวหน้าพยาบาล 2 ราย และหัวหน้าพยาบาล 1 ราย ส่วนระดับการศึกษาพบว่าสำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น) มีจำนวน 4 ราย ระดับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ 11 รายปริญญาโท 17 ราย และใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง 30 – 250 นาที

### 3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่สำคัญที่สุด คือ ผู้วิจัย ซึ่งมีความเตรียมพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยจัดทำและจัดหาเครื่องมือประกอบอื่นๆ ในการทำวิจัย ดังนี้

#### 3.3.3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

(1) การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล 3 หน่วยกิต เพื่อเรียนรู้และทำความเข้าใจถึงหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ทดลองฝึกการสร้างแนวคำถาม ปฏิบัติการเก็บข้อมูลด้วยการ

สัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล จำนวน 3 รายพร้อมทั้งบันทึกเสียงและถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการศึกษางานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory)

(2) การเตรียมความรู้ ด้านเนื้อหาเกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งจากการอ่านตำราและจากการฝึกปฏิบัติการศึกษาดูงานในโรงพยาบาล ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล

(3) การเตรียมความรู้ด้านเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจากทฤษฎีด้านเทคนิคการสัมภาษณ์และจากประสบการณ์ที่ได้สัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เกิดทักษะในการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุม โดยฝึกทักษะในการคิดเชิงนามธรรม การคิดรวบยอด การคิดสะท้อนกลับ การวิเคราะห์สถานการณ์ การสร้างจินตนาการ และความคิดสร้างสรรค์ การพัฒนาความไวเชิงทฤษฎี การคิดเพื่อการสร้างแนวคิดใหม่ การมองเห็นและรู้จักความคิดความอคติของตนเองเพื่อจะได้แยกได้ว่าส่วนใดที่เป็นความคิดของของผู้ให้ข้อมูลและหลีกเลี่ยง และรู้เท่าทันผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความอคติ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2543)

3.3.3.2 การเตรียมแนวคำถามสำหรับการสนทนา ผู้วิจัยเตรียมแนวคำถามสำหรับการสนทนา โดยสร้างจากกรอบแนวคิด ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ภายหลังจากการได้สัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล 2-3 ราย

3.3.3.3 เครื่องมืออื่นๆ ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่เทปบันทึกเสียง, เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ฉบับ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อการรับรองคุณภาพ

### การสร้างแนวคำถาม

แนวคำถามที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) แนวคำถามที่ใช้ในการวิจัยจะมีความยืดหยุ่น ให้อิสระ และเปิดกว้างสำหรับการศึกษามีความยืดหยุ่นได้ ให้อิสระ และเปิดกว้างสำหรับการศึกษาปรากฏการณ์ในระดับลึก (Strauss & Corbin, 1990: 37) โดยผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิที่อยู่ในพื้นที่ 3 ท่านที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพและสองท่านเป็นผู้ตรวจประเมินคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับการยอมรับจาก พรพ. และจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การศึกษาจากการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน มาก่อน หลังจากได้แนวคำถามและได้นำไปสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สังเกต จากลักษณะการคำตอบของผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่างๆ พบว่าสามารถตอบได้ในกลุ่มคนส่วนใหญ่ และมีบางคนที่กล่าวว่ามีความ

ยากที่จะตอบคำถามและผู้วิจัยได้มีการปรับแนวคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับพื้นฐานความรู้ของบุคคล โดยได้คำนึงถึงประเด็นหลัก คือ การไม่ใช้คำถามนำ และวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยเพื่อตอบคำถามการวิจัยถึงกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังถามคำถามเพื่อสร้างความกระจ่างให้เข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้ถามและให้ยกตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยไม่ได้คำนึงถึงตนเอง ถึงแม้ว่า บางประสบการณ์ผู้วิจัยอาจเคยมีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพมาบ้างแล้ว อย่างเช่น การทำ Dead case conference แต่ผู้วิจัยก็สอบถามถึงกระบวนการทำ Dead case conference อีกเพื่อความชัดเจนในเนื้อหาในพื้นที่บริบทที่ทำการศึกษา

ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สังเกตอารมณ์ของตนเองเกี่ยวกับการใช้คำถาม ความรู้สึกกับคำตอบที่ได้รับ การเว้นระยะเพื่อรอคำตอบ การสังเคราะห์แนวคำถามที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้อย่างเป็นธรรมชาติ การสังเกตสีหน้า น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลขณะที่ผู้วิจัยขัดจังหวะเมื่อผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องที่ตนเองประทับใจ ซึ่งมักออกนอกประเด็นที่ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการสังเกตตลอดระยะเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ ซึ่งได้นำมาปรับปรุงการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้อย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุด และมีความสุขในการตอบ

การที่ผู้วิจัยมีความไวเชิงทฤษฎี (Theoretical sensitivity) จากประสบการณ์ที่ได้ศึกษางานโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ 7 แห่ง ภาคกลาง 2 แห่ง ภาคเหนือ 5 แห่ง ทำให้เกิดการเรียนรู้กระบวนการพัฒนาคุณภาพจากประสบการณ์จริง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความเชื่อมโยงกับมาตรฐานโรงพยาบาลของ พรพ . เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการจะวิเคราะห์ไปด้วยว่าอยู่ในมาตรฐานใด เกี่ยวข้องกับอะไร ที่ต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อความชัดเจน

นอกจากนี้ ขณะทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนาความไวเชิงทฤษฎีโดยนำประเด็นที่ได้พบทบทวนวรรณกรรมที่มีความเชื่อมโยงกับประเด็นใดบ้าง จึงเขียนคำถามเพื่อไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป จากประสบการณ์ในวิชาชีพพยาบาลที่ได้พัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล เช่น การทำ Dead case conference การทำ Peer review ผู้วิจัยทำความเข้าใจความเปรียบเทียบกับความคล้ายคลึงและความแตกต่างจากข้อมูลที่ได้ ซึ่งได้จากประสบการณ์จริงของผู้วิจัย

### 3.5 จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับ

วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตการบันทึกเสียงสนทนาพร้อมทั้งการจดบันทึกในประเด็น ที่สำคัญขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ในทุกระยะของการสัมภาษณ์ที่รู้สึกไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูล และขอข้อมูลกลับได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ผู้วิจัยได้แจ้งระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และจำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ อาจต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติมผู้ให้ข้อมูลสามารถเลือกเวลา สถานที่ ที่ใช้ในการสัมภาษณ์และสามารถเลื่อนนัดได้ ผู้วิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆที่จะสามารถเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัยจะลบทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายหรือเผยแพร่ในลักษณะเป็นข้อมูลโดยรวม หลังจากที่ได้ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดทั้งหมดแล้วได้เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยให้เวลาคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆไว้ในที่ปลอดภัยภายหลังจากทำการวิจัยเสร็จแล้ว

### 3.6 วิธีการศึกษา

#### 3.6.1. ระยะเวลาเตรียมการสัมภาษณ์

ภายหลังจากนัดผู้ให้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยไปก่อนเวลาเพื่อที่จะสังเกตลักษณะทั่วไปของหน่วยงาน การให้บริการในหอผู้ป่วย โดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แล้วแสดงตนต่อผู้ให้ข้อมูลและทำความรู้จักโดยการให้ข้อมูลว่าเป็นใคร เรียนอยู่ในสถาบันไหน สถานที่ทำงานอยู่ไหนและพูดคุยในเรื่องทั่วไปก่อนเพื่อสร้างสัมพันธภาพในระยะแรก ก่อนที่จะทำการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ สิทธิของผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิบัติได้ในช่วงเวลาทำการสัมภาษณ์ ขออนุญาตเพื่อทำการบันทึกเทป ให้เซ็นยินยอมในการให้สัมภาษณ์ และเขียนข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยจะสังเกตข้อมูลในส่วนที่แสดงถึงบทบาทพิเศษที่รับผิดชอบเพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เพิ่มเติม

#### 3.6.2. ระยะเวลาสัมภาษณ์เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-dept interview) เพราะการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจะมีความยืดหยุ่นสูง ผู้วิจัยสามารถซักถามเพิ่มเติมเพื่อขยายข้อความได้ตลอดเวลาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่เด่นชัดขึ้น ขณะเดียวกันผู้วิจัยได้ทำการสังเกตผู้ให้ข้อมูลถึงกิริยาท่าทาง อารมณ์ น้ำเสียง สีหน้าแววตาพฤติกรรมทั้งหมดตลอดระยะเวลาในการให้สัมภาษณ์ และจดปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นที่น่าสนใจ น่าติดตาม และจดคำถามเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดต้องการความกระจ่างโดยการยกตัวอย่างประกอบ พร้อมทั้งเขียนแผนภูมิภาพตามกระบวนการพัฒนาตามผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟัง ผู้วิจัยจะต้องใช้สมาธิอย่างมากในขณะที่ฟังผู้ให้ข้อมูลเล่าเพื่อที่จะเก็บ

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ให้หลุดประเด็น นอกจากนี้จะต้องเปรียบเทียบข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลปัจจุบันกับผู้ให้ข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์ก่อนหน้านั้นด้วย ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้มอบของที่ระลึกที่ผู้วิจัยทำเองให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งว่าอาจต้องนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดและขอเอกสารเพิ่มเติม ผู้วิจัยบันทึกอารมณ์ความรู้สึกของผู้วิจัยเองว่าขณะที่สัมภาษณ์เป็นอย่างไรอย่างคร่าวๆก่อนที่จะต้องไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลท่านอื่นๆ

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ Strauss and Corbin (1990) ประกอบด้วย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Theoretical sampling) กระบวนการให้รหัส (Coding Process) ซึ่งมี 3 รูปแบบได้แก่ การให้รหัสแบบเปิดกว้าง (Open coding) การให้รหัสแบบแกนโครงสร้าง (Axial coding) และการให้รหัสแบบคัดเลือก (Selective coding) การสร้างแผนภูมิเงื่อนไข (The Conditional / Consequential matrix) การเปรียบเทียบ (Constant comparison) ซึ่งจะใช้การเปรียบเทียบเมื่อเกิดหมวดหมู่หลักหรือเกิดการปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการทางสังคม (Basic Social Process: BSP) และมีการปฏิบัติพื้นฐาน คือ การถามคำถาม และการเปรียบเทียบการเขียนบันทึกและการเขียนแผนภูมิ (Memos and diagrams) เพื่อนำเสนอเป็นทฤษฎี ดังนี้

ภายหลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกลับไปพักได้เขียนบันทึกเพิ่มเติมการถอดเทปจากการสัมภาษณ์พร้อมทั้งให้รหัส โดยการตัดคัดแยกรหัสออกมาเป็นส่วนย่อย ในส่วนที่ยังไม่ชัดเจนในเนื้อหาการบันทึก (Memos) เพื่อทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบรหัส (Coding) ที่ได้ถึงความเหมือนหรือความแตกต่างของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Constant comparative method) ในขณะเดียวกันก็รวบรวมรหัสย่อยทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นประเด็นหัวข้อใหญ่ (Theme) ซึ่งผู้วิจัยต้องทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมตามทฤษฎีว่าจะสามารถกำหนดหัวข้อใหญ่อย่างไรได้บ้าง สังเกตการณ์เกิดการปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการทางสังคม (Basic Social Process: BSP) ในประเด็นปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวการเขียนแผนภูมิ (diagrams) การเห็นการนำเสนอความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ซึ่งในช่วงแรกความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นยังไม่เด่นชัด

จากการสัมภาษณ์ 17 รายแรก ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพด้าน QA แต่ไม่ได้เป็นผู้ริเริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด HA มาก่อน ระยะเวลาที่โรงพยาบาลเข้าโครงการ HA ประมาณ 4 ปี ให้สัมภาษณ์ว่า ภายหลังจากนโยบายจากผู้บริหารระดับสูง จึงมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพพร้อมกันทั้งโรงพยาบาล ต่างจากข้อมูลที่ได้จากการ



สัมภาษณ์คนที่ 18 ซึ่งเป็นผู้เข้าร่วม โครงการ HA ตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งให้สัมภาษณ์ว่า ภายหลังจากถ่ายทอดแนวคิด HA ก็สามารถกลุ่มบุคลากรได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มยอมรับและกลุ่มปฏิเสธแนวคิด HA การดำเนินการพัฒนามีปัญหาความไม่เข้าใจในการนำแนวคิดมาพัฒนาจึงไม่ได้ดำเนินการพัฒนาพร้อมกันทั้งโรงพยาบาลจะมีแกนนำเพียง 4-5 คนในการถ่ายทอดแนวคิด HA โดยเริ่มจากหน่วยงานที่สนใจในการนำแนวคิด HA ไปพัฒนา เมื่อได้ผลลัพธ์ที่ จึงขยายแนวคิดไปสู่หน่วยงานอื่นๆเป็นต้น

ผู้วิจัยเขียนเส้นแบ่งระยะของการเกิดปรากฏการณ์ออกเป็น 3 ช่วง คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ และระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สร้างให้เห็นมโนทัศน์ชัดเจน สังเกตประเด็นหลักและประเด็นย่อยของรหัสที่เกิดขึ้น เมื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติม จนกระทั่งครอบคลุมกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จนผ่านการรับรองคุณภาพ

### ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ระยะเวลาอยู่ในพื้นที่เพื่อทำการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ซึ่งตั้งแต่วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2548 เนื่องจากเกิดปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดูรายละเอียดได้ที่ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บข้อมูล หน้า 73)

### 3.8 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

สำหรับการความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) นั้นผู้วิจัยได้คำนึงถึงตามหลักการของ Lincoln & Guba (1985 cited in Oumtanee, 2001) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) คือ หลักการที่เหมาะสมสำหรับความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งค่อนข้างจะมีความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) เพื่อช่วยให้ข้อมูลที่ใช้ในวิธีวิจัย แบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน มีความน่าเชื่อถือ Glaser & Strauss (1967: 224) ได้ให้ความสำคัญในลักษณะที่จะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ที่ใช้เก็บข้อมูล การให้รหัส การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอไว้แล้ว

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประเมินข้อค้นพบที่ได้ต้องเหมาะสม (Fit) กับปรากฏการณ์ที่ศึกษา หมายความว่าหมวดหมู่ที่เกิดขึ้นนั้นมาจากข้อมูลและหมวดหมู่นั้นประยุกต์ให้เข้ากับข้อมูลได้อย่างง่ายดาย ซึ่งการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรองรับมาตรฐานจาก พรพ. นี้ในระยะแรกจะมีการต่อต้านการไม่ยอมรับเนื่องจากเป็นการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลซึ่งจะสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงซึ่งตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับหลายโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพได้ (Grab) และสุดท้ายทฤษฎีที่เกิดขึ้นนี้จะอธิบาย

ตีความหมาย พยากรณ์ และสามารถในการดัดแปลง (Modifiability) เพื่อที่จะแก้ไขปรากฏการณ์ที่เป็นปัญหาเช่นเดียวกันภายใต้บริบทเดียวกันได้ (Work) และทฤษฎีมีความเหมาะสม (Qualify) ตลอดเวลา สามารถปรับให้เข้ากับสังคมได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง เช่น เมื่อมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลของ พรพ. ซึ่งพบว่ายังมีการปรับเปลี่ยนไปตลอดเวลา กระบวนการหลักในการดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนไปด้วยตามความเหมาะสม Glaser (1978 cited in Oumtanee, 2001)

นอกจากนี้เพื่อตรวจสอบหมวดหมู่ การตีความหมาย(Interpretation) และการสรุป ซึ่ง Lincoln & Guba (1985 cited in Oumtanee, 2001) กล่าวว่า เทคนิคนี้มีความสำคัญที่จะทำให้งานวิจัยน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ทำการตรวจสอบข้อค้นพบที่เกิดขึ้นและความสมบูรณ์ของการเกิดปรากฏการณ์ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบ

### 3.9 ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประสบปัญหาเกี่ยวกับการให้เวลาของผู้ให้ข้อมูลเนื่องจากเป็นช่วงที่เตรียมรับการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพอีกครั้ง (Re-accreditation) ดังนั้นก็ต้องเตรียมทั้งโรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านการรับรองอีกครั้ง มีหัวหน้าหน่วยงานหลายท่านปฏิเสธการให้ข้อมูล ในช่วงแรก ดังนั้นผู้วิจัยจึงเข้าสัมภาษณ์ช่วงที่หลังจากที่ได้รับการประเมินจาก พรพ.เสร็จสิ้นแล้วแต่ปรากฏว่าภายหลังรับการประเมินการ Re-Accreditation จากพรพ. นั้นโรงพยาบาลผ่านการประเมินแบบมีเงื่อนไข ซึ่ง พรพ. เองกำหนดให้ปรับแก้และเตรียมข้อมูลให้เพิ่มเติม ดังนั้นส่งผลให้บรรยากาศในโรงพยาบาลในขณะนั้นเกิดความตึงเครียดโดยเฉพาะหัวหน้าหน่วยงานผู้บริหาร ผู้ประสานงานคุณภาพที่ต้องนัดประชุมกันบ่อยมากขึ้นเพื่อที่จะแก้ไขในสิ่งที่ พรพ.แนะนำ ดังนั้นในระยะแรกผู้วิจัยจะนัดผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ไม่ได้เลย ต้องรอจนกระทั่งผ่านการเยี่ยมสำรวจจาก พรพ. เพื่อการรับรอง (Re-Accreditation) แล้วจึงสามารถเข้านัดสัมภาษณ์ได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่าการนัดหัวหน้าหน่วยงานเพื่อสัมภาษณ์นั้นส่วนมากจะต้องใช้ระยะเวลาในการรอนาน บางท่านต้องไปนั่งรอ 1-4 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าจะนัดล่วงหน้าแล้วก็ตาม เนื่องจากหัวหน้าหน่วยงานมีการกิจเยอะ นอกจากจะมีการจัดประชุมประจำเดือนแล้ว ยังมีการประชุมวิชาการอีกด้วย บ่อยครั้งที่มีการจัดประชุมนอกเวลาทำการ ซึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อระยะเวลาที่เหลือของผู้วิจัยที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เนื่องจากที่พักของผู้วิจัยอยู่ไกลจากโรงพยาบาลแล้ว ต้องนั่งรถโดยสารกลับที่พักระหว่างจะหยุดให้บริการในช่วงเวลาประมาณ 20.00 น. ซึ่งหากเลยเวลาดังกล่าวแล้วผู้วิจัยจะได้รับความเมตตาจากผู้ให้ข้อมูลไปส่งถึงที่พักและบางครั้งผู้วิจัยก็ได้สัมภาษณ์บนรถที่ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลจะขับรถไปส่ง หรือบางครั้งมีผู้ให้ข้อมูลบางท่านที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยไปพักด้วย หรือ

สัมภาษณ์ที่บ้านโดยเฉพาะหัวหน้าพยาบาลเนื่องจากในเวลาทำการจะไม่มีเวลาในการให้สัมภาษณ์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังประสบกับปัญหาส่วนตัวที่ส่งผลให้บางครั้งต้องออกนอกพื้นที่เพื่อไปจัดการกับปัญหาก่อนทำให้การเก็บข้อมูลไม่ต่อเนื่องหรือภาวะความเจ็บป่วยของผู้วิจัยที่เป็นโรคภูมิแพ้หากวันไหนที่พักผ่อนไม่เพียงพอก็จะมีอาการป่วยบ่อยครั้ง เพราะต้องทำงานหนักในการถอดเทปเองเนื่องจากการให้บุคคลอื่นทำการถอดเทปนั้นไม่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้วิจัยต้องเสียเวลาในการตรวจสอบเนื้อหาจากการบันทึกเทปอีกครั้ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตัดสินใจทำการถอดเทปเองแม้ว่าความสามารถในการพิมพ์คอมพิวเตอร์จะช้าก็ตามและการถอดเทปและพิมพ์เนื้อหาลงคอมพิวเตอร์เองทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสได้ทบทวนเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆกับการเก็บข้อมูล และทำการถอดเทปได้ข้อมูล



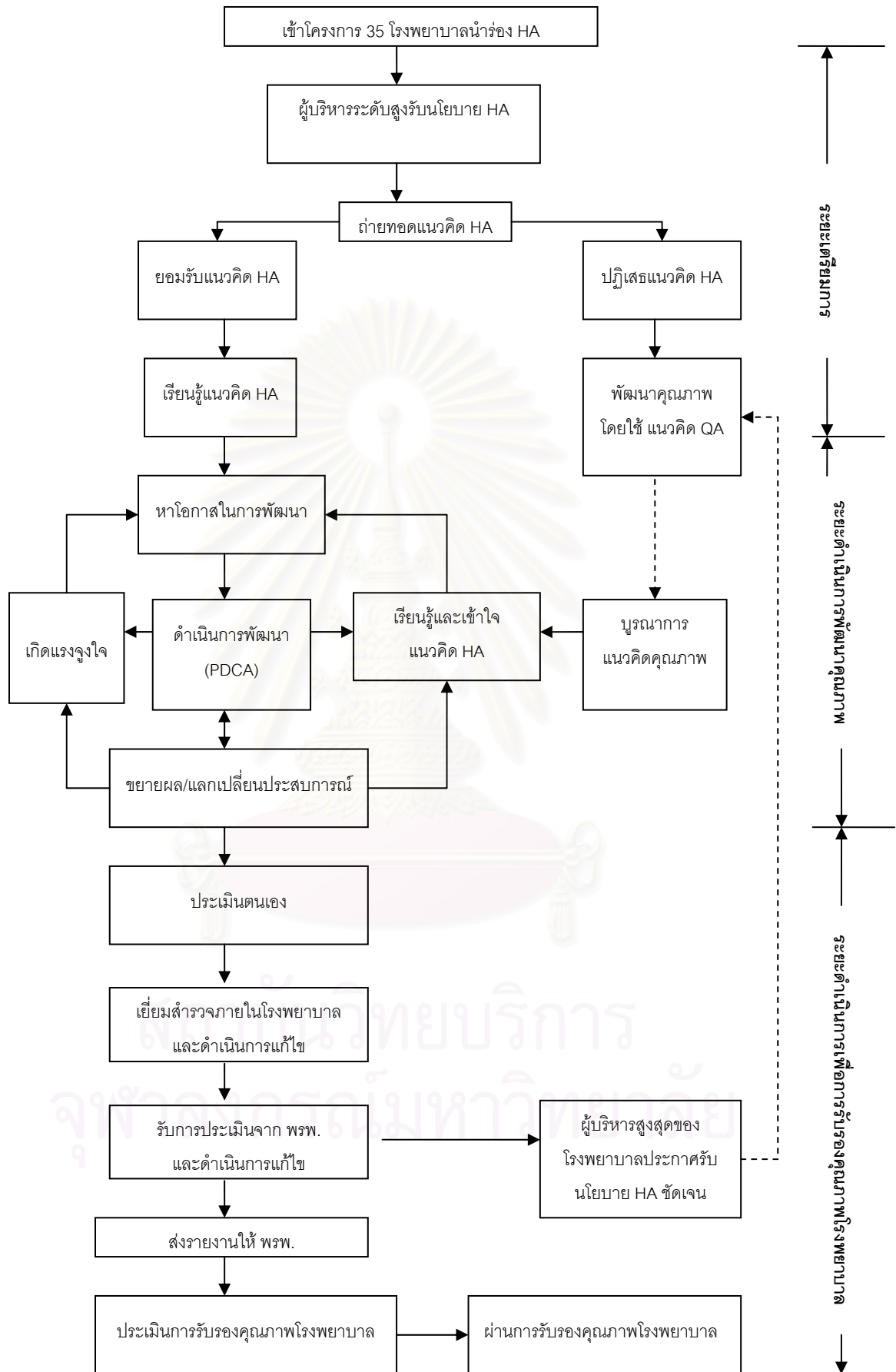
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในช่วงที่โรงพยาบาลเข้าโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2540 จนกระทั่งผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในเดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2544 ซึ่งรวมระยะเวลาที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 5 ปี สำหรับการเลือกผู้ให้ข้อมูลตามหลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวเชิงทฤษฎี (Theoretical saturation) สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยผู้วิจัยขอเสนอแผนภูมิกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ เป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพและระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังแผนภูมิที่ 3

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 3 แสดงกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ

## กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA)

สำหรับกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลแห่งนี้ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ และระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จากแผนภูมิที่ 3 จะเห็นได้ว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล เริ่มต้นจากระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ คือ การเข้าร่วมโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง HA และโรงพยาบาลได้ส่งตัวแทนไปอบรมแนวคิดเกี่ยวกับ HA เพื่อนำมาถ่ายทอดให้กับหัวหน้าของกลุ่มงานต่างๆ รวมถึงหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หลังจากที่ถ่ายทอดแนวคิด HA กับกลุ่มงานการพยาบาลแล้ว เกิดความคิดแตกแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยอมรับแนวคิด กับกลุ่มที่ปฏิเสธแนวคิดดังกล่าว โดยกลุ่มที่ยอมรับแนวคิด จะมีการเรียนรู้แนวคิด HA เพื่อสร้างความเข้าใจก่อนนำไปปฏิบัติส่วนกลุ่มที่ปฏิเสธแนวคิดดังกล่าวแต่ต้องการพัฒนาคุณภาพ จึงใช้แนวคิด QA แทน

ระยะที่ 2 เป็นระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ในระยะนี้กลุ่มที่ยอมรับแนวคิด HA มีการค้นหาโอกาสในการพัฒนาคุณภาพของตน ซึ่งได้จากการไปศึกษาดูงาน และจากความคิดเห็นของผู้รับบริการ มีการเรียนรู้และเริ่มที่จะเข้าใจแนวคิด HA เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ และมีการขยายผลการพัฒนา/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหน่วยงาน เช่นเดียวกับกลุ่มที่พัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด QA เมื่อเข้าใจระบบการพัฒนาคุณภาพมากขึ้นจึงนำแนวคิดของ QA มาบูรณาการกับแนวคิดของ HA เริ่มกระบวนการพัฒนาเช่นเดียวกัน

ระยะที่ 3 เป็นระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการไปศึกษาดูงานในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล ทำให้เกิดการเปรียบเทียบการพัฒนาคุณภาพและเกิดความมั่นใจในการเข้าร่วมโครงการ โดยได้กลับมาทำการประเมินตนเองเพื่อประเมินระดับคุณภาพในงานที่ปฏิบัติ หลังจากนั้นได้ดำเนินการเยี่ยมสำรวจภายในและดำเนินการแก้ไข พร้อมทั้งสมัครเข้ารับการประเมินเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจาก พรพ. หลังจากนั้น พรพ. จึงมาเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินความพร้อมและให้ข้อเสนอแนะ โดยระบุว่าโรงพยาบาลขาดผู้นำในการพัฒนา ซึ่งช่วงนั้นมีการเปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาล ดังนั้นรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลในขณะนั้น จึงประกาศนโยบายว่าต้องพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด HA เนื่องจากนโยบายของรัฐบาลประกาศชัดเจน ส่งผลให้บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล รวมทั้งกลุ่มการพยาบาลที่มีการพัฒนาด้วยแนวคิด QA ได้ร่วมมือกันพัฒนาพร้อมกัน โดยได้มีการบูรณาการแนวคิด QA และ HA เข้าด้วยกันและมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โดยมีการเตรียมการรับการ

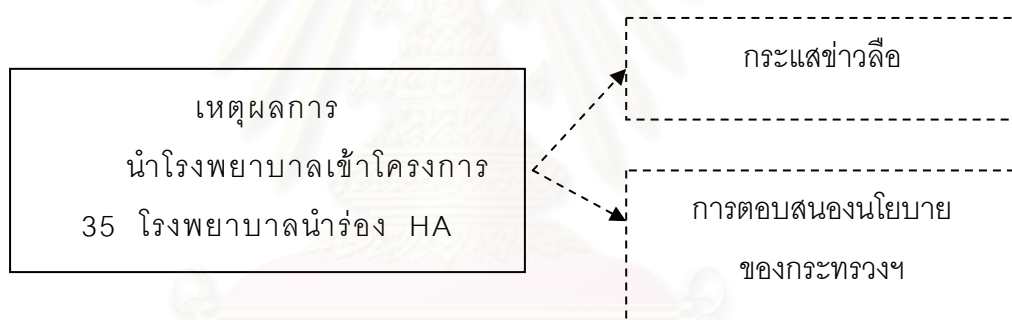
ประเมินจาก พรพ.และผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนรายละเอียดของแต่ละระยะ ผู้วิจัยขอเสนอ ดังนี้

### ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ระยะเตรียมการ เป็นระยะที่ประกอบด้วยประเด็นหลักๆ คือ การนำโรงพยาบาลเข้าโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง การถ่ายทอดแนวคิด การยอมรับแนวคิด HA การเรียนรู้แนวคิด HA การปฏิเธรแนวคิด HA และ การพัฒนาโดยใช้ แนวคิด QA ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

### การนำโรงพยาบาลเข้าโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง HA

ในระยะเตรียมการ เป็นช่วงแรกของโรงพยาบาลที่นำโรงพยาบาลแห่งนี้เข้าร่วมโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้โรงพยาบาลแห่งนี้ที่ต้องเข้าร่วมโครงการ คือ กระแสข่าวลือว่าโรงพยาบาลจะออกนอกระบบ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพและเพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้



### แผนภูมิที่ 4 เหตุผลการนำโรงพยาบาลเข้าโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง HA

#### กระแสข่าวลือ

ในช่วงที่มีการนำแนวคิด HA เข้าโรงพยาบาลนั้น มีกระแสข่าวลือว่า การที่ผู้อำนวยการนำโรงพยาบาลเข้าโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่องในครั้งนี้ เป็นการเตรียมโรงพยาบาลเพื่อที่จะออกนอกระบบ ซึ่งโรงพยาบาลที่สามารถออกนอกระบบราชการจะต้องผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ถ้าไม่ผ่านการรับรองคุณภาพก็ไม่สามารถที่จะเป็นโรงพยาบาลมหาชนได้ สำหรับในต่างประเทศ โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ จะไม่มีผู้ไปใช้บริการ เพราะฉะนั้น ผู้ปฏิบัติงานก็จะตกลาน และยิ่งโรงพยาบาลบ้านแพ้วเป็นโรงพยาบาลนำร่องที่ออกเป็นองค์การมหาชนได้ยิ่งทำให้ความเป็นไปได้ในการออกนอกระบบชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนั้น

บุคลากรในโรงพยาบาลแห่งนี้ จึงจำเป็นต้องร่วมมือ เพื่อที่จะทำการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“เอนโยบายช่วงนั้นก็จะมีเกี่ยวกับเรื่องของการออกนอกระบบ เพราะฉะนั้น ถ้าจะออกนอกระบบจะต้องพัฒนาโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ คุณภาพอะไรบ้าง เขาก็จะพูดไป”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19)

“Concept ใหญ่ในช่วงที่จะเป็นโรงพยาบาลมหาชนนะ ก็เลยทำให้คน ตกใจ ของเมืองนอกโรงพยาบาลที่ไม่ผ่าน HA เขาจะไม่เลือก ถ้าเขาไม่เลือกเราก็คงต้องตกงานใช่ไหม แต่ในเมืองไทยเพิ่งเริ่ม และคนที่ไปจับประเด็นตรงนั้นก็เลย ตกใจว่าตายแล้วทุกคนก็ต้องพัฒนาฯ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

“เริ่มเข้าโครงการตั้งแต่ปี 38,39 เริ่มตั้งแต่ที่เราจะต้องมีความรู้สึกที่เราจะต้องเข้ามาเป็นองค์การมหาชนจากที่บ้านแพ้วเขาได้แล้วกระทรวงบอกว่า 7 โรงพยาบาลหลักจะต้องเข้าองค์การมหาชน 37 หรือปี 38 จำไม่ชัดเจนแล้ว เขาบอกว่าผ่านแล้ว แล้วก็ใช้แล้ว คือ บ้านแพ้ว เราก็มีการประชุมว่าต้องทำหรือไม่ ต้องทำจะต้องเข้าหรือไม่ต้องเข้า อันนี้โดยความรู้สึกที่ถือเป็นจุดประกายที่ว่าต้องลงตรงนี้ให้ได้นะ ถ้าคุณลงแล้วคุณไม่ได้ HA คุณลงองค์การมหาชนไม่ได้ ถ้าคุณลงไม่ได้แต่ถ้าเขาบังคับคุณ คุณจะลำบาก คุณจะไปอยู่ที่ไหน เพราะเขาบอกองค์การมหาชนก็คือ กลุ่มที่ 1 เต็มใจไปเลย หรือว่าคุณไม่เต็มใจแต่เมื่อครบสัญญา แต่สำหรับคนที่ไม่เต็มใจก็ไปอยู่ที่อื่น ตอนนี้อะคิดหนัก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 28)

### การตอบสนองนโยบายของกระทรวง

เหตุผลการนำโรงพยาบาลเข้าโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง HA อีกประการหนึ่ง คือการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยเริ่มต้นจากที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เข้าไปรับนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุข ได้เข้าประชุมเรื่อง HA กับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และได้รับการเชิญชวนให้เข้าเป็นโรงพยาบาลนำร่อง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้



“ประมาณปี 40 กระทรวงสาธารณสุขบอกว่าจะให้โรงพยาบาลเข้านำร่อง เป็นโรงพยาบาล HA โรงพยาบาลก็เป็นโรงพยาบาลหนึ่งที่เข้าไปเป็น โรงพยาบาลนำร่องก็เริ่มดำเนินการ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ผู้บริหารเข้าไปประชุมกลับออกมาว่าเออโรงพยาบาลเราจะต้องได้รับการ รับรองคุณภาพอย่างนี้นะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 29)

“จนกระทั่งปี 39 ทางกระทรวงบอกว่าทางเมืองนอกเมืองนาเขามีการ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลมี HA ใช้นิยม ค่ะ ก็ผู้อำนวยการคนก่อน ๆ ท่านก็เอา เจ้าหน้าที่เอาแพทย์เอาพยาบาลไปร่วมรับฟังในกระทรวงก็เป็นจุดหนึ่ง (ชื่อหัวหน้าพยาบาล) จำไม่ได้ประมาณจนกระทั่งปี 40 กระทรวงสาธารณสุขบอกว่าจะให้โรงพยาบาลเข้านำร่องเป็นโรงพยาบาล HA (ชื่อโรงพยาบาล) ก็เป็น โรงพยาบาลหนึ่งเข้าไปเป็นโรงพยาบาลนำร่องก็เริ่มดำเนินการ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

### ผู้บริหารระดับสูงรับนโยบาย HA

เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตัดสินใจให้โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการนำร่องแล้ว ผู้อำนวยการไปรับนโยบายจากกระทรวง แล้วเรียกผู้บริหารประชุม เพื่อถ่ายทอดนโยบาย เป็น ระยะเวลา โดยหมุนเวียนบุคลากรเข้าอบรมจนครบ 100%

“ครั้งแรกเลยตั้งแต่ HA เข้า อันดับแรก คือผู้บริหารก่อนไปรับ ว่าเรา จะต้องเตรียมตัวอะไรบ้างเพื่อจะได้ HA”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

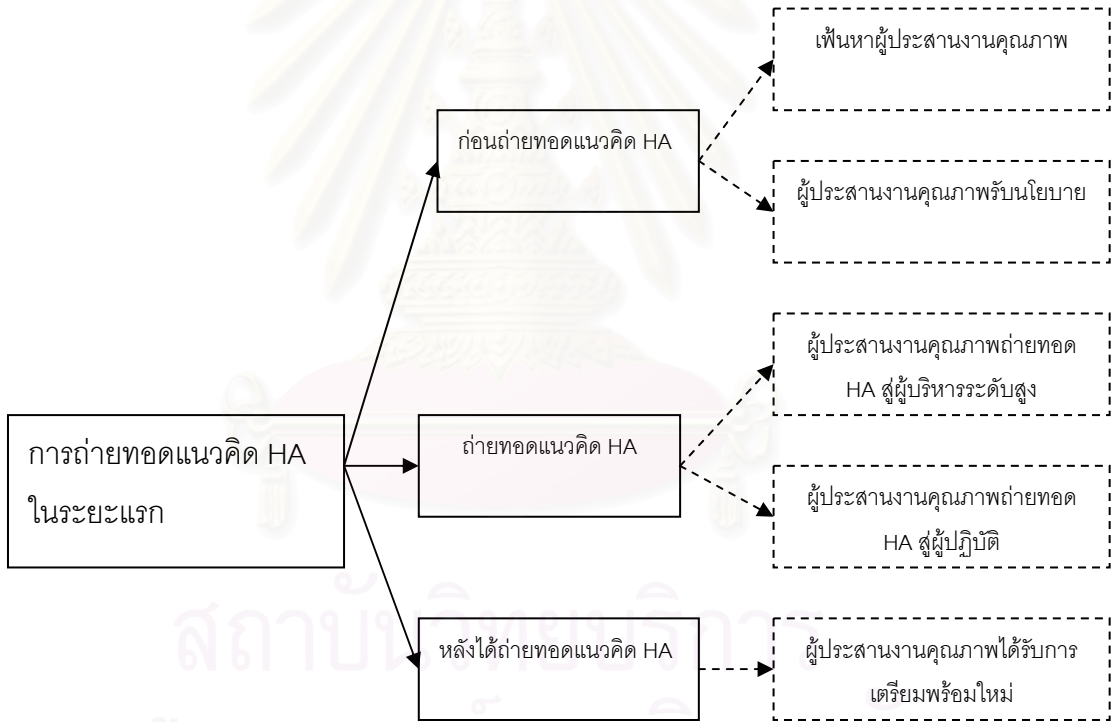
“ตอนแรกเราก็รับนโยบายมานะคะ ผู้อำนวยการเขาก็จะประชุม บริกษาหารือกันปุ๊บก็จะเรียกเราเข้าประชุมครั้งแรกเขาจะเรียกผู้บริหารเข้าไปก่อน ไปรับนโยบายมาปุ๊บก็มาแจ้งให้ห้อง ๆ ทราบ พอแจ้งปุ๊บก็จะเอาเจ้าหน้าที่เราทุก ระดับไปประชุมเพื่อรับนโยบาย ประชุมเป็นระยะเวลา 100% ทุกคนต้องรู้ทุกคน 100% ต้องรับทราบว่าเราจะทำอะไร โรงพยาบาลเราจะทำอะไร ก็เปลี่ยน

หมอนเวียนเข้าประชุมทุกคนต้องเข้าใจเป็นแนวทางเดียวกันว่าโรงพยาบาลเรา  
จะต้องไปในแนวทางเดียวกันแนวนี้ละ เริ่มจากอะไรก่อน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 26)

**การถ่ายทอดแนวคิด HA**

เมื่อโรงพยาบาลตัดสินใจเข้าโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง จึงมีการเตรียมการเพื่อให้  
มีการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติได้เป็นจริง ดังนั้น พรพ จึงให้โรงพยาบาลต่าง ๆ คัดเลือกผู้  
ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล โดยผู้อำนวยการ มอบหมายให้ผู้ประสานงานคุณภาพเป็นผู้ทำ  
หน้าที่ถ่ายทอดแนวคิดและนโยบายดังกล่าว ในขณะที่เดียวกัน ได้มีการค้นหาผู้ประสานงาน  
คุณภาพ โดยผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล มีหน้าที่รับนโยบายจากกระทรวงและเป็นผู้นำ  
นโยบายจากกระทรวงมาถ่ายทอดแนวคิด HA แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก และระยะหลัง ดังนี้



**แผนภูมิที่ 5 การถ่ายทอดแนวคิด HA ในระยะแรก**

**การค้นหาผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล**

หลังจากที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรับนโยบายมาจากกระทรวงแล้ว ได้ดำเนินการ  
คัดเลือกผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยเภสัชกรและ  
เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ประมาณ 4 - 5 คน สำหรับบุคลากรจากกลุ่มการพยาบาล ผู้อำนวยการฯ

เลือกเป็นอันดับแรก ให้ตำแหน่งเป็นผู้ประสานงานคุณภาพ แต่ขอให้มีความสมบัติ ดังนี้ คือ เป็นโสด เสียสละ มุ่งมั่น และตัดสินใจเร็ว

“ช่วงนั้น ผอ. ไปประชุมแล้วก็เข้าร่วมอะไรน้ำ ตอนนั้นที่จะร่วมโครงการ HA ท่านก็มาคัดเลือกคนไปอบรมมีแพทย์ พยาบาล Lab ภาลัช นี้แหละ 4-5 คน”  
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“เข้าโครงการ 35โรงพยาบาลช่วงแรกใช้ใหม่ ผู้อำนวยการจะมองพยาบาล เป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากก็จริง และมักจะผลักดันกระบวนการต่างๆของ โรงพยาบาลได้ทุกเรื่อง ท่านมักจะพูดว่าอะไรไม่สำเร็จก็จะจัดพยาบาลเข้าไป ดำเนินการตรงนี้คุณไปช่วยหน่อย ท่านจะพูดกับกลุ่มการพยาบาล เออขอคนมาเป็น เลขา HA ขอคนไปอบรม HA จะมองพยาบาลเป็นอันดับแรกเลย ก็มาคุยกับฝ่ายการฯ ค่ะ ผอ. เลือก เขาคงมองว่ามีแววดี แล้วใครที่มุ่งมั่นเออทั้งหลายอย่างเนาะที่จะ เสียสละตรงนี้ ทั้งโสดด้วยแหละ เป็นคนรวดเร็ว ตัดสินใจเร็วใครที่จะทำตรงนี้ได้ก็ให้ไป อบรมอย่าง(ชื่อผู้ประสานงานคุณภาพ โรงพยาบาล) ก็ใช้ได้ ท่านก็บอกเป็นนัยๆ แหละว่าคนนี่เหมาะ”  
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ประมาณปี 39 ก็เริ่มพัฒนาคนก่อนเนาะ ผู้บริหารก็ให้มีทีมมีหมอคนหนึ่ง Lab คนหนึ่ง พยาบาลคนหนึ่งเนาะก็ไปปรึกษาเรื่องนี้แล้วให้คนไปอบรมเรื่อง TQA หนึ่งคนกลับมาทำงานเป็นเหมือนกลุ่มทำงานแบบองค์กรอิสระไปเอาแนวคิดมา”  
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 31)

ในการคัดเลือกผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็น ตัวแทนกลุ่ม ต้องนำเสนอผลจากการระดมสมองจากกลุ่มของตน ว่าระบบการทำงานของ โรงพยาบาลยังมีจุดอ่อนอะไรที่ต้องพัฒนาบ้าง หลังจากนั้นผู้อำนวยการฯ พิจารณา ตัดสินเลือกผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล

“ปี 38, 39 ตอนนั้น เขาให้พี่ไปทำกลุ่ม เขาเลือกเอาพยาบาลหัวหน้าตึก ไป เราได้ทำกลุ่ม เราได้ระดมสมองพอเสร็จแล้ว ผอ.ให้ Present ก็ให้พี่เป็น ตัวแทน Presentในกลุ่มนั้นแล้วพี่ออกไปพี่ก็บอก พี่ขอพูดตามความเป็นจริง โรงพยาบาลเราเนี่ย System ต่างๆมันยังไม่เป็นระบบไม่เป็นมาตรฐานจุดรั่ว จุดโหว่ มันมีเยอะ เรื่องของการรั่วไหลของเงินทรัพยากรต่างๆ มันมีอยู่ทุกจุดเลยแล้วมัน

“ไม่เป็นระบบ ที่พูดอย่างนี้ เพราะฉะนั้นทำอะไรไป มันก็ Fail ก็ด้วยเป็นคนที่พูดตรงนะ ผอ.ก็เลยเลิกไปเป็นผู้ประสานงาน ไม่รู้หรือทำให้ไปเป็นผู้ประสานอะไรไม่รู้เรื่องแต่คิดว่าไปประชุมไปอบรมก็ไปเนาะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

### ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลรับนโยบายจากกระทรวง

ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนจากฝ่ายแพทยพยาบาล และเทคนิคการแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายบริหาร เข้าร่วมประชุม รับฟังการบรรยาย เรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้จัดขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

“วันที่ 13 มกราคม 2540 เขาเชิญให้เราไปที่อิมาร์แอร์พอดเพื่อรับหลักการของ HA จำได้ว่ามีรองปลัดกระทรวงมีผู้อำนวยการกองภูมิภาคมีระดับใหญ่มากของกระทรวงพูดให้ฟังว่าต่อไปนี้โรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทยจะต้องทำการพัฒนาเรื่องคุณภาพแต่ตรงนี้โครงการนำร่อง 35 โรงพยาบาลที่จะต้องทำ มีฝรั่งจากแคนาดามาเพื่อที่จะบอกว่ากระบวนการ Hospital Accreditation คืออะไร เล่าให้ฟัง3วันคนที่ไปฟังคือผู้อำนวยการ รองบริหาร คือเขาจะเอาผู้ประสานงาน 3 คน มีแพทย์ มีพยาบาล แล้วมี Technician หนึ่งคน เป็น 3 คน ที่จะไปรับรู้เรื่องนี้ ทั้ง 5 คนที่ไปก็รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้างแต่ก็คิดว่ามันต้องเป็นสิ่งที่ดีเป็นสิ่งที่เราคิด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่18)

“รับนโยบายมาก่อนเพราะว่าจะต้องเข้า ซึ่งตอนนั้น (ชื่อผู้ประสานงานคุณภาพ) เขาไปเป็นผู้นำทางวิชาการก็ให้ (ชื่อผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล) เป็นคนนำในเรื่องของการพัฒนา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“จากระดับผู้บริหารเข้าไปประชุมออกมาว่าเออโรงพยาบาลเราจะได้รับรองคุณภาพอย่างนี้ๆนะ คือมีพี่ (ชื่อผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล) ไปรับนโยบาย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 29)

### ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลถ่ายทอดแนวคิด HA

หลังจากเข้ารับการอบรม ผู้ประสานงานคุณภาพได้สรุปแนวคิดให้ผู้เฝ้าระวังการ ๗ และทีมผู้บริหารระดับสูงฟังก่อน หลังจากนั้นก็ได้รับมอบหมายจากผู้เฝ้าระวังการให้ถ่ายทอดแนวคิด HA ในการประชุมคณะกรรมการต่างๆแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะไม่เข้าใจแนวคิด HA ดังคำให้สัมภาษณ์

“บอกกรรมการบริหารแล้วว่า ขอเข้ากรรมการบริหาร ผอ.ว่าก็ดีขึ้นไปเดี๋ยวก่อน คุณจะพูดอะไรมาพูดให้ฉันฟังก่อน ก็พูดๆๆ เสร็จก็พูดในกรรมการบริหาร มันเป็นอย่างนี้ๆๆ แต่ก่อนนี้เราบทบาทน้อยมาก เขาไม่ฟังเราในกรรมการบริหาร เขามองเราเป็นเด็กๆเป็นผู้ปฏิบัติทางแถวแล้วใครห้จะ Respond”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่18)

ผู้ประสานงานคุณภาพเป็นผู้นำแนวคิดถ่ายทอดสู่กลุ่มการพยาบาลโดยผ่านการประชุมประจำเดือนของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งได้จัดวาระไว้ให้ครึ่งชั่วโมง ก่อนจะพูดก็สรุปเนื้อหาให้ผู้เฝ้าระวังการและคณะกรรมการบริหารฟังก่อน แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากเป็นการนำเสนอแค่แนวคิดเชิงนามธรรม แต่การพัฒนา ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

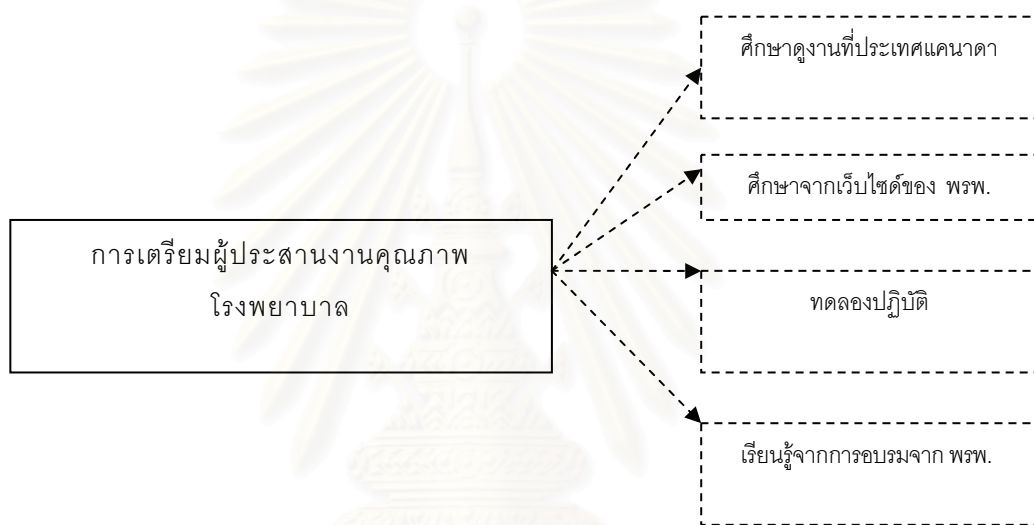
“ก็คิดว่ากลุ่มการพยาบาลน่าจะเป็นจุดที่เข้าหาได้ดีที่สุด ก็มาพูดกับพี่เขา ตอนนั้นเขามีประชุมประจำเดือนเนาะ ก็หัวน้ำก็นั่งข้างบนเซตวาระ เขาก็ให้วาระเราครึ่งชั่วโมง ขอพูดเรื่อง HA ให้ทีมพยาบาลได้ฟังนะ มันคืออะไรเราไปรับมาแล้วนี่ให้เขาเขาก็ให้เขา เตรียมมาอย่างดีเพราะก่อนที่จะมาพูดให้กลุ่มการพยาบาลฟังไป Brief ให้ผู้เฝ้าระวังการฟังแล้ว Brief ให้คณะกรรมการบริหารฟังแล้วว่ามันยังงี้ เข้าให้พูดครึ่งชั่วโมงนะก็สามสิบนาที ก็กำลังหยิบไม่กล้าพูดว่า HA คือไอนั้น ไอนี้ ลักพักหนึ่ง เขาบอกว่าเขารู้แล้ว เขาทำ QA อยู่ นี่คือปัญหาในช่วงแรก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่18)

“ปี 39 มีทางกระทรวงบอกว่าเมืองนอกเมืองนาเขามีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มี HA ไซ้ใหม่คะ ผู้เฝ้าระวังการโรงพยาบาลคนก่อนๆก็เอาเจ้าหน้าที่เอาแพทย์ เอาพยาบาลไปร่วมรับฟังในกระทรวงก็เป็นแค่จุดหนึ่งเพียงแต่นำเอาไอเดียมาแค่นั้นนะ แต่การพัฒนาเราพัฒนามาเรื่อยๆแต่ยังไม่ใหม่โรงเท่าไรแต่ตอนนั้น ล้มลุกคลุกคลานก็ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนว่าคณะกรรมการควรประกอบด้วยใครบ้างอะไรบ้างนะฮะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่10)

ผลจากการที่ถ่ายถอดแนวคิด HA ผู้บริหารระดับสูงไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นผู้ประสานงานคุณภาพจึงเริ่มถ่ายถอดแนวคิด HA ด้วยตนเองไปเรื่อยๆอย่างไม่เป็นทางการ แต่ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประสานงานคุณภาพรู้สึกเครียด ดังนั้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลจึงได้ส่งผู้ประสานงานคุณภาพไปอบรมและศึกษาดูงาน เพื่อให้เข้าใจ HA อย่างถ่องแท้ก่อนที่จะไปถ่ายถอดให้ผู้อื่นเข้าใจแนวคิดดังกล่าว สำหรับการเตรียมผู้ประสานงาน คุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย การศึกษาดูงานที่ประเทศแคนาดาศึกษาจากเว็บไซต์ของ พรพ. การทดลองปฏิบัติ การเรียนรู้จากการอบรมจาก พรพ. และการรับการประเมินและติดตามจาก พรพ. ดังรายละเอียดต่อไปนี้



## แผนภูมิที่ 6 การเตรียมผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล

### ศึกษาดูงานที่ประเทศแคนาดา

หลังจากผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลถ่ายถอดแนวคิด HA ผู้บริหารไม่ประสบผลสำเร็จ ทีมผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลเกิดความเครียด บางท่านลาออกจากการเป็นผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล เหลือผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลที่ดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเพียงท่านเดียวทำหน้าที่ถ่ายถอดแนวคิด HA ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในขณะนั้น ได้สนับสนุนให้รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายแพทย์และผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลไปศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง Hospital accreditation ในประเทศแคนาดาตามโครงการของ พรพ. เพื่อให้ผู้ประสานงานคุณภาพได้เข้าใจการพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด HA มากขึ้น และขณะเดินทางผู้ประสานงานคุณภาพได้มีโอกาสเรียนรู้จากผู้ประสานงานหลายๆโรงพยาบาลทำให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น

“ผอ.ก็บอกเอางี้ใหม่จะให้ไปแคนาดา ให้เธอไปดูงานประมาณปี 40 นั้นแหละ แต่เป็นช่วงปลายปี ประมาณเดือน กรกฎาคมเพราะเรารับนโยบายมาเดือนมกราก็ประมาณนั้นเราก็ไม่รู้ HA มันคืออะไร เราได้เรียนรู้กับผู้อำนวยความสะดวกหลายๆ โรงพยาบาล ขณะเดินทางศึกษาทางด้าน TQM เราก็มองภาพออกนิดหน่อยแล้ว ได้คุยกับผู้ใหญ่แล้วก็ไปดูงานที่แคนาดาโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลนี้ เราเริ่มเรียนรู้ มันเป็นอย่างนี้เอง มันมีระบบ มันต้องมีอะไรที่เป็นมาตรฐาน คือได้เห็นนะพี่ได้ไปเห็นระบบเขาทำโน้นทำนี่ พี่ก็กลับมาอือเข้าทำดีเนาะ เขาทำงานกันอย่างนี้เนาะฝรั่งถึงเจริญ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

“ครั้งแรก ผอ.ก็มาคัดเลือก (ชื่อผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล) เป็นแกนนำกับ (ชื่อแพทย์) อะไรนี้แหละจำไม่ได้ไปดูงานเมืองนอกไปเอา Concept มาจากประเทศแคนาดาหรือตรงไหนนี้แหละจำไม่ได้เพราะอยู่ในระดับสูง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

หลังกลับมาจากการศึกษาดูงานที่ประเทศแคนาดา ผู้ประสานงานมีกำลังใจที่จะถ่ายทอดแนวคิด HA เพราะเข้าใจแล้วว่า การพัฒนาด้วยแนวคิด HA นั้นส่งผลดีแก่โรงพยาบาลแน่นอน จึงได้ถ่ายทอดแก่นาเอกสารที่ได้จากการศึกษาดูงานแก่หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคน ในครั้งแรกนั้นมีหัวหน้างานห้องผ่าตัด เมื่อได้ฟังแนวคิด HA จากผู้ประสานงานคุณภาพแล้วยอมรับแนวคิด HA และนำหลักการของแนวคิด HA ไปพัฒนาในหน่วยงานตนเอง ปรากฏว่าประสบความสำเร็จ ก็ได้แจ้งให้ผู้ประสานงานคุณภาพทราบ ทำให้ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลมีกำลังใจที่จะถ่ายทอดแนวคิด HA ต่อไป

“หลังจากไปแคนาดากลับมาความรู้สึกที่จะต่อสู้มากขึ้นเกือบ 100 เท่า เพราะมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น หลังจากที่ เป็นตาบอดคลำข้างมานาน...เราก็เริ่มถ่ายทอดหัวหน้าตึกทุกคน มีเอกสารก็เอาไปให้ มีอะไรมาได้อะไรมาเราให้ๆ ให้เสร็จแล้วหัวหน้า OR เขา Respond เขาไปทำแล้วเขา Happy มีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

### ศึกษาจากเว็บไซต์ของ พรพ.

ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลยังมีการศึกษาทำให้เข้าใจแนวคิด HA ผ่านเว็บไซต์ของ พรพ. มีการแจกเอกสารที่ได้แก่หัวหน้าตึกที่สนใจเพื่อศึกษาให้เข้าใจในแนวคิด HA และเกิดการเรียนรู้กันภายในโรงพยาบาล ทำให้เข้าใจแนวคิด HA มากขึ้น ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยท่านหนึ่งให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“ปีแรกปี 40, 41ก็ยังไม่ค่อยรู้ก็ยังไม่ทราบอะไรหรือหาประสบการณ์เพิ่มเติมเรียนรู้จากตัวพี่ผู้ประสานงานโรงพยาบาลนะคะพี่ (ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล) เขาก็เอาเอกสารอยู่ในอินเทอร์เน็ต แล้วก็เรียนรู้จากวงในมาพูดคุยกันแล้วเรียนรู้ซึ่งกันและกันร่วมกันภายในองค์กร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

### ทดลองปฏิบัติ

หลังจากที่ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลถ่ายทอดแนวคิด HA ให้หน่วยงานอื่นๆ ฟังปรากฏว่าไม่เป็นที่ยอมรับ ดังนั้น จึงถ่ายทอดให้บุคลากรในหน่วยงานตนเองเพื่อทดลองปฏิบัติให้เข้าใจมากขึ้นโดยให้บุคลากรในหน่วยงานแก้ปัญหาที่พบก่อน คือ ปัญหาบุคลากรในหน่วยงานลาบ่อย มีการฝึกการแก้ปัญหาโดยผู้ปฏิบัติเองเพื่อให้เกิดการยอมรับในแนวทางปฏิบัติที่พยาบาลได้ร่วมกันคิดขึ้นมาเมื่อมีปัญหาบุคลากรต้องการลาฉุกเฉิน ผู้ประสานงานให้กลุ่มกลับไปทบทวนวิธีการปฏิบัติที่ผู้ปฏิบัติร่วมคิดขึ้นมาเอง ดังนี้

“ช่วงนั้นพี่มีปัญหาน้องลาบ่อย อยู่ๆหยุดหายไปเฉยๆ คนอยู่ก็เกิดปัญหาสิเฮ้ย setแหวแล้ว อยู่ๆไม่รู้วันดีคืนดีมันจะหยุดไปอีกหรือเปล่า เขาก็เกิดกังวลเป็นอย่างนี้ทุกครั้ง แล้วพี่ตอนนั้นพี่อยู่บ้าน 5 หุ่มนโทรไป พี่หนูขอลาเวรตึกก็เลยถามว่าแล้วจะให้ พี่จะหาคนขึ้นเวรตึกได้ยังไงพี่อยู่บ้านนะ ก็จะเป็นยังงี้ คนที่ขึ้นเวรก็โดดเดี่ยว งานมันก็ไม่ Work ไม่มีคุณภาพ พอตอนเข้ามาเอาละ 6 โมง โทรมาห่วยยังไม่ตื่นเลย ขอลาหยุด แต่เวรเข้าเราไม่ตกใจนะ เพราะเราก็ก่อนทำงานอยู่ก็ไม่ใช่ไร พอเวรบายเริ่มแล้ว พอ 2 โมง 3 โมงยังงี้ มันหงุดหงิดนะ แล้วแถมด้วยระบบเดิมที่เขาเคยมีหัวหน้าเก่าก็คือ TN ,PN ขึ้นเวรแทนกันมั่วไปเลยแทนกันได้ พี่ก็บอกไม่ได้”

“ต่อไปนี่เอาอย่างงี้ก็แล้วกันพี่ว่าเราลองมาแก้ปัญหากันดูดีไหม ก็มีการประชุม พี่ก็แบ่งเป็น RN ,TN ประชุมเดือนหนึ่งครั้งหนึ่ง AID, Worker ประชุมอีก



เดือนหนึ่ง ครั้งหนึ่งแล้วเดือนต่อไปก็ประชุมรวมทั้งหมดเพราะว่าพี่จะได้ข้อมูลจาก PN, TN , RN หนึ่งรอบ ข้อมูลจาก AID กับ Worker อีกหนึ่งรอบเพราะว่าอยากดูสิว่ามันจะเป็นยังไงการทำงานเวรบายดีก็ พอเขาบอกว่า AID, Worker บอกว่า RN, TN ชอบใช้งานเขาให้ไปดึง Traction ให้ไปทำโน้นทำนี่ พยาบาลไม่ทำอะไรนั่งรับ Order อย่างเดียวแล้วก็ฟุบทั้งคืน ฝ่าย RN, TN ก็ว่า AID, Worker อย่างนั้นอย่างนี้ เราก็บอกถ้าอย่างนั้นถ้าประชุมรวมนี้ระดับล่างจะไม่มีสิทธิ์ได้พูดแล้วพี่ก็แยก กันใครลาไปหาข้อมูลก่อนใครลาบ่อยทางนี้ก็จะรู้ก็จะเล่าให้เราฟัง ทางนี้ก็จะเล่าให้เราฟังเราก็จะได้ข้อมูลละ”

“แยกเสร็จเองก็ใหม่ระดมสมองก็มาเจอกันอีกสัปดาห์หนึ่ง เองก็ได้ใหม่ คือพี่ตั้งไว้ข้อหนึ่งว่าทำยังไงก็ได้ให้หน่วยงานของเรามีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานใน 24 ชั่วโมงครบทุกวิชาชีวะนะ แล้วก็สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พี่ให้ใจทักแค่นี้ ก็ให้ไปคิด”

“ปรากฏว่าคิดไม่ออกคือ คนไม่เคยคิดเนาะ TQM อย่าเพิ่งถาม ระดมสมองยังไม่เป็นหรือก็มีแต่คนอื่นคนไม่พูดก็ไม่พูด ใจคนพูดก็แจ่วอยู่คนเดียว”

“เราก็บอกเอเอาไง เองก็พี่เสนอให้ ข้อที่หนึ่งมี BD ข้อที่สองเป็นเวร On call ข้อที่สาม ขึ้นคู่กันเลยใหม่คนหนึ่งลาคนนี้จะต้องมีตัวตายตัวแทน เสนอทางเลือกให้เยอะแยะเลย อันนี้ก็ไม้อะไรๆ ไม่เอาเสร็จ ถ้ายังงั้นไปทำมาแล้วสรุปมาให้พี่หนึ่งเขียนใส่กระดาษมากี่ข้อก็ได้ ปล่อยเลย เขาก็ไปทำมา”

“แล้วก็เขียนมาให้พี่ พี่ก็อ่านในที่ประชุมอย่างนั้นพี่จะติดไว้หน้าข้างตาราง เวิร์ด ติดแปะไว้เลย”

“พอหลังจากนั้นก็เกิดมีคนลามากับพี่จริงๆ แล้วหาคนขึ้นได้ใหม่ตาม Step ไร เขาบอกหนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า หนูไม่ได้ยังงั้นยังงี้ เลย ถามว่าหนูลาที่เป็นยังไง เขาบอกลูกหนูป่วย กติกามันเป็นยังไง อะถ้ายังงั้นคุยกับเพื่อนนะก็ยื่นโทรศัพท์ให้เพื่อน เพื่อนเขาก็พูดก็เธอเป็นคนเสนอเองไม่ใช่เธอขื่อนี้ๆ หนึ่ง สอง สาม ลักพักคนนั้นก็ยังงี้ๆ เขาก็เลยขอคุยกับพี่ตอนสุดท้าย เขาบอกว่าเขาบอกว่า หนูไม่ลาละหนูจะฝากลูกไว้กับสามี่ อะ โอเค เอาเป็นว่าเวรเขาก็ไม่ต่อบายนะ

เพราะตามกติกาใครลาเข้าเวรเข้าต้องต่อบ่ายนะ ถ้าลาดีก็บ่ายต้องยาวถึงเช้า คุณตกลงกันเอง”

“พอเสร็จแล้ว ณ. วันนั้นพี่รู้ว่าการทำงานในเรื่องของการจัดเวร โอเค Success ตั้งแต่วันนั้นมา ไม่มีใครโทรมาลาที่พี่เลยถ้าวันเสาร์อาทิตย์นี้พี่ไม่อยู่ที่มอบอำนาจเลย Empowerment เด็กพวกนั้นไม่รู้จักคำว่า Empowerment หรือที่บอกว่าเสาร์-อาทิตย์ไม่ต้องโทรตามจัดการเลยถ้าใครไม่อยู่ ใครไปไหนนี่นะ หัวหน้าเวรคุณเป็น RN วิชาชีพจัดการเลย ตามใครตามวิธีปฏิบัติที่คุณเขียนแล้วเข้าวันจันทร์คุณเขียนใส่ให้พี่ด้วยว่าใครลา พี่จะได้ใครมาแทนจะให้โอที อันนี้คือเรื่องหนึ่งผ่านไป Happy บริหารงานแบบ Happy มากเลย ตัวเด็กเหล่านั้นก็เข้าใจการระดมสมอง การที่แก้ปัญหาด้วยตัวเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

นอกจากนี้ยังแก้ปัญหาเรื่องการเบิกโอทีในหน่วยงาน โดยให้ห้องฝึกการทำเรื่องเบิกค่าล่วงเวลาเองได้ประสบผลสำเร็จโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้ผู้ปฏิบัติสามารถเบิกค่าล่วงเวลาได้ทุกคน มีการสอนการเบิกค่าล่วงเวลาให้แก่บุคลากรส่วนหนึ่งแล้วให้บุคลากรอีกส่วนไปเรียนรู้กันเอง ดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“แต่ก่อนนี้เรื่องของเบิก OT เหมือนกัน พี่ก็ Empowerment ให้น้องสามารถเบิก OT ได้ทุกคน ควรจะเป็นหมด ภาระงานหัวหน้าก็ลดลง แล้วถามว่า OT ที่ได้เงินใหม่พี่ก็ได้ แต่ละเดือนพี่ต้องมา Delay คนนั้นไม่เซ็น มาเช็ค อยู่นั่นแหละ ใช้น้อง 20 กว่าคน ตอนนี้อาใหม่ เราจัดตารางเวรให้ เราให้ขึ้นวันไหนวันไหนจะระบุไว้เลยเสร็จแล้วก็สอนให้เขา Assign นะเดือนนี้คุณทำ OT แต่พี่จะสอนให้ พี่สอนให้คนนี้เสร็จ สอนให้คนนี้แล้วหลังจากนั้นคุณไปเรียนกันเองเรียนเสร็จแล้วในแต่ละเดือน คุณช่วยกันตรวจสอบ ถ้าคุณทำช้าคุณไม่ส่งตามกำหนด คุณทำผิดเดือนนั้นคุณก็ไม่ได้เงินเดือน ไม่ได้เงิน OT ทั้งหมด โอ สบาย เสร็จก่อนเวลาที่กำหนดถูก เบ๊ะคนตรวจสอบเยอะมาก ช่วยกันเขียนเพราะกลัวไม่ได้เงิน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

### เรียนรู้จากการอบรมจาก พรพ.

ในระยะเวลาสองปีแรกของการเข้าร่วมโครงการ 35 โรงพยาบาลนำร่อง จะเกิดปรากฏการณ์ที่เหมือนกันอย่างหนึ่งคือ การเข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มความรู้แก่ผู้ประสานงาน

คุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลต่างๆจาก พรพ. ทั้งในและนอกโรงพยาบาลส่งผลต่อผู้  
ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลมีความมั่นใจในการถ่ายทอดแนวคิด HA ดังนี้

“ช่วงปี 40, 41 อาจารย์จาก พรพ. เมาเราไป Training ตลอดเวลา Train  
แล้วมาทำๆ เราก็สามารถไปถ่ายทอดคนอื่นได้ด้วยความมั่นใจ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

การเข้าไปรับการอบรมใน พรพ. ในแต่ละครั้งก็จะมีการให้ผู้ประสานงานคุณภาพกลับมา  
ทำต่อในโรงพยาบาล ในครั้งนี้มีทีมที่เข้ารับการอบรมการประเมินตนเองประกอบด้วยแพทย์  
พยาบาล แล้วกลับมาทำการประเมินตนเองในหน่วยงานตนเอง โดยผู้ประสานงานคุณภาพแจก  
แบบประเมินตนเองให้แต่ละหน่วยงานทำ แต่ก็พบปัญหาในการประเมินตนเองว่า แบบประเมิน  
ยากไม่เข้าใจการประเมินต้องใช้เวลาานาน ดังนี้

“พี่ได้แจกชุดประเมินตนเองให้แต่ละกลุ่มงานทราบและให้ทำการประเมิน  
โดยก่อนหน้าพี่ได้ประสานงานหาผู้ที่จะไปร่วมกิจกรรมที่สถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุขและส่งไปอบรมการประเมินตามมาตรฐานที่กำหนด มีทั้งแพทย์  
พยาบาลเมื่อกลุ่มนี้กลับมาก็นัดการประชุมเพื่อทำการประเมินตนเองแต่ก็  
ไม่สามารถเข้าใจการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่มีในตัวอย่าง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

ถึงแม้ว่าการประเมินตนเองจะมีผู้เข้าไปรับการอบรมแล้วกลับมาถ่ายทอดการประเมิน  
ตนเอง แต่ว่าภาษา HA ยาก ไม่เข้าใจคำถามในแบบประเมินตนเอง จึงทำให้การประเมินกันตาม  
แบบฟอร์มที่ พรพ. จัดให้ ต้องใช้เวลาานานมาก ต่อมาการประเมินตนเองก็มีการปรับเปลี่ยนเป็น  
หลายรูปแบบ ในระยะแรกนี้ การทำการประเมินตนเองทำเพื่อส่ง พรพ. เท่านั้น ส่วนใหญ่ไม่ได้  
นำมาพัฒนาต่อ

“เขาจะมีแบบประเมินมานะ แบบประเมินซึ่งตอนนั้นประเมินยากมากไม่รู้  
เรื่องหรือ เขาแบบประเมินมาก็ส่งมวอร์ดตอนนั้นก็คือจำได้ว่าเขาส่งมาให้ ดึกไหน  
อยากทำก็คือทำเอาเอกสารมาทำแล้วก็มีประเมินตามแบบฟอร์มไปตามแบบ  
เขาให้กรอกมาเพราะว่าถ้าให้มันเองก็คงนึกไม่ได้ยังนึกไม่ได้มากขนาดนั้นก็  
Guide line แบบฟอร์มให้ว่า ผ่านมันเป็นอะไรยังไง ก็ตอบได้บ้าง ตอบไม่ได้บ้าง

ไม่เข้าใจในคำถาม พอไม่เข้าใจในคำถามก็ต้องถามว่าพี่ตกลงมันคืออะไรแล้วก็สิ่งที่ทำกับสิ่งที่ต้องทำก็มาคุยกันว่าจะตอบยังไง คือยังเรียนรู้กับแบบฟอร์มนี้ยังต้องเรียนรู้เขาอยู่ แล้วถามว่าแล้วยังไงต่อก็คือนั่งมองมันก่อนว่ามันคืออะไร แล้วจะตอบตัวเองยังไง แล้วจะไปยังไงต่อก็ไปถามพี่เขาต่อว่าตกลงจะไปทางไหน คือเอ๋อกันหมด ไม่ใช่เฉพาะแพทย์พยาบาลก็ไม่ว่างเรื่องเหมือนกันเพราะไม่เข้าใจ

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“การประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA นะฮะก็คือตาม GEN เลย GEN1 เรามีอะไรยังไงก็คือประเมินไปตามนั้น พรพ. เขาจะให้แบบฟอร์มมา เป็นครั้งๆ คือตอนนี้มันหลาย Version แล้ว คือตั้งแต่ Version แรก ถึงปัจจุบันนี้ปรับเปลี่ยนไปเยอะแล้ว ช่วงแรกคือทุกหน่วยงานจะต้องประเมินตนเอง นะฮะ ประเมินนี้ก็คือประเมินตาม GEN เลย คือมาตรฐานว่ามีอะไรก็ประเมินไปตามนั้น เขาจะให้คำถาม เขาจะให้ข้อความในรูปแบบมาเราก็ตอบไป ส่วนใหญ่ช่วงแรกตอบไม่ค่อยรู้เรื่องหรือก ยังไม่ค่อยเป็น ทุกโรงพยาบาลตอบไม่ค่อยเป็นหมดเลยนะฮะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 22)

“ส่วนใหญ่ก็คือทางศูนย์เขาก็จะมาบอกให้ทำประเมินนะฮะเสร็จแล้วพอไปอ่านแล้วไม่รู้เรื่อง จะเป็นภาษาที่ไม่รู้เรื่อง ภาษาของ HA จะเป็นภาษาที่ไม่รู้เรื่องเพราะฉะนั้นทุกคนก็จะไม่รู้เรื่องและใช้เวลาในการทำงานมากกว่ามากกกว่าเดือนนะ หรืออาจจะเป็นสองเดือน สามเดือนโน้นแหละ นาน มาก ทุกคนสะปะสะปะหมดเลย ‘ไม่รู้จะตอบอะไรดี’”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 22)

การแก้ปัญหาในการตอบแบบประเมินตนเองในขณะนั้น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่ามีการพูดคุยกันว่า ทั้งจากผู้ประสานงานคุณภาพและทีมหัวหน้าตึกต่างๆ ว่าจะตอบยังไง ซึ่งนับว่าเป็นการเรียนรู้ร่วมกันในการประเมินตนเองในระยะแรกและเมื่อ พรพ. มีการปรับปรุงแบบฟอร์มการประเมินตนเอง จึงทำให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น การประเมินตนเองจึงง่ายขึ้น

“หลังจากนั้นก็คุยกัน พวกพี่ไม่ได้ทำแค่ไปถามพี่เขาอะ (ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล) ถามเพื่อนที่ทำด้วยกัน ถามตึกอื่นๆ หัวหน้าตึกเขาก็จะคุยกันเอ๊ะตรงนี้นมันตอบยังไง มันไปยังไง มันมีปัญหาอะไร พวกเราจะคุยกันตลอดก็

นัดกันทำอย่างนี้ใหม่ ก็จากตรงนี้ไปก็ไปสู่กระบวนการซึ่งต้องตอบอันนี้ก็คือ Phase แรกของการตอบ ถามว่าอะไรห่วยยังไม่รู้หรือว่ามันคืออะไร ถามว่าประเมินตนเองยังไม่เข้าใจว่าไปทำไมไม่รู้”

“คะไม่รู้ทำไปทำไมไม่รู้แต่พอทำไปซั๊กPhaseสองมั้งแบบฟอร์มใหม่เข้ามาซึ่งง่ายขึ้นกว่าเดิมเอกสารมันก็มีมากขึ้นเริ่มเรียนรู้เริ่มมีเรื่องของวิชาการเรื่องอะไรเข้ามาก็ได้ขยับขึ้นมาอีกสักสองบรรทัดเอ๊ะเริ่มทำให้เราเพื่ออะไรเพื่อให้เราดูตัวเองวิเคราะห์ตัวเอง เราอยู่ตรงจุดไหนเรามีอะไรที่เป็นจุดบกพร่องแล้วค่อยตอบต้องสอง Phase นะจึงจะผ่านกระบวนการนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

เมื่อผู้ประสานงานมีความพร้อมและมั่นใจในการถ่ายทอดแนวคิด HA ภายหลังจากที่ผู้ประสานงานคุณภาพ HA ได้รับการอบรมจาก พรพ. เป็นระยะๆ หลังจากนั้นก็เริ่มถ่ายทอดแนวคิด HA สู่กลุ่มต่างๆโดยเลือกถ่ายทอดให้เพื่อนสนิท คือ กลุ่มงานตนเองก่อน ถ่ายทอดได้ทุกเวลาและสถานที่ เช่น ห้องตรวจนอกเวลาทำการ แล้วเข้าหาหัวหน้าตึก และหาหน่วยงานที่สนใจการพัฒนาคุณภาพในขณะเดียวกัน ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล สร้างทีม Facilitators เกิดขึ้นภายหลังจากผู้ประสานงานคนอื่นๆลาออก เหลือเพียงผู้ประสานงานคุณภาพ ที่ดำรงตำแหน่งเป็นพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ดำเนินการถ่ายทอดแนวคิด HA เพียงลำพัง ดังนั้น ผู้ประสานงานคุณภาพ จึงหาทีมที่จะช่วยในการถ่ายทอดแนวคิด HA โดยผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ เพื่อแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ และสร้างทีมที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดแนวคิด HA

“ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล) ก็มาขยายเรื่อง HA อบรม FA เปิดโอกาสให้องค์กรแต่ละหน่วยได้มีความรู้จักกับ HA มากขึ้นตามกระบวนการแก แกก็มาทำกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาสอนเรื่อง HA มาโน้มน้าวให้คนรู้จักกับ HA มากขึ้นตามกระบวนการ หาทีม หาอะไรนี้ ตลอดระยะเวลาสองปี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล พบปัญหาว่า ตนเองไม่มีเวลาในการถ่ายทอดแนวคิด HA เนื่องจากยังคงดำรงตำแหน่งหัวหน้าตึก จึงมีการอบรม Facilitator ซึ่งระยะแรกมี 10-15 คน วิทยากร คือ ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งจัดอบรมในเรื่องเกี่ยวกับ เป้าหมาย วิสัยทัศน์

พันธกิจ เรื่อง CQI เรื่องความเสี่ยง เรื่องเสียงสะท้อน ซึ่งบางหน่วยงานก็ไม่ทำ แต่ผลจากการอบรมทุกคนมีความสุข เนื่องจากการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้ทุกคนมีความรู้สึกเท่าเทียมกัน

“มีการจัดอบรม FA ในโรงพยาบาลก็ไปประกาศนะว่าใครก็ได้ที่ต้องการ เป็น Facilitator พี่รับ 10-15 คน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

“แล้วหัวข้อมีอะไรบ้าง เป้าหมาย วัตถุประสงค์ พันธกิจ เรื่อง CQI เรื่องความเสี่ยง เรื่องเสียงสะท้อน แล้วในช่วงนั้นพี่ให้เขาทำเสียงสะท้อนไปด้วยนะ ทุกหน่วยทำเสียงสะท้อน พยาบาลเขาก็ดีพี่ไปพูดอะไรบางหน่วยเขาก็ทำตามนะ บางหน่วยเขาไม่ทำตามก็ไม่เป็นไร ก็แจกแบบฟอร์มเขาไป เขาก็เก็บเสียงสะท้อนมาให้ เขาก็ไม่รู้เก็บไปทำไม เราก็บอกเราไม่รู้หรอก ก็ให้เขาดู นี่เขาว่าตัวเองนะ อย่างนี้ๆ เราก็ไปแก้ไขปรับแล้วเราก็มาพูดในที่ประชุม Fa เรา พอปรับทุกคน Happy คือไม่มีใครเป็นใหญ่กว่าใคร แต่พี่รู้มากกว่าเขาตรงที่พี่ไป Training”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

Facilitator มีหน้าที่ในการประสานงาน สร้างความเข้าใจในแนวคิดของ HA กระตุ้นให้บุคลากรนำปัญหามาพัฒนา เมื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดี ก็จะรวบรวมผลงานไปนำเสนอให้หน่วยงานอื่นรับทราบ

“ลงไปกระตุ้นแล้วให้คนที่ผ่านการอบรม Facilitator ไปกระตุ้นในหน่วยงานของตนเอง สองไปกระตุ้นหน่วยงานอื่นที่ตนเองเกี่ยวข้องให้พยายามมีการเอาปัญหาในการทำงานมาพัฒนาว่าทำอะไรจึงจะทำให้ดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็รวบรวมผลงานไปนำเสนอให้คนที่ทำงานทราบว่ามีสิ่งที่ดีที่ตนทำงานมันปรากฏผลออกมา นี่คือการพัฒนาอะไรอย่างนี้ ก็จะขยายขึ้นเรื่อย ๆ ค่อย ๆ แทรกซึม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

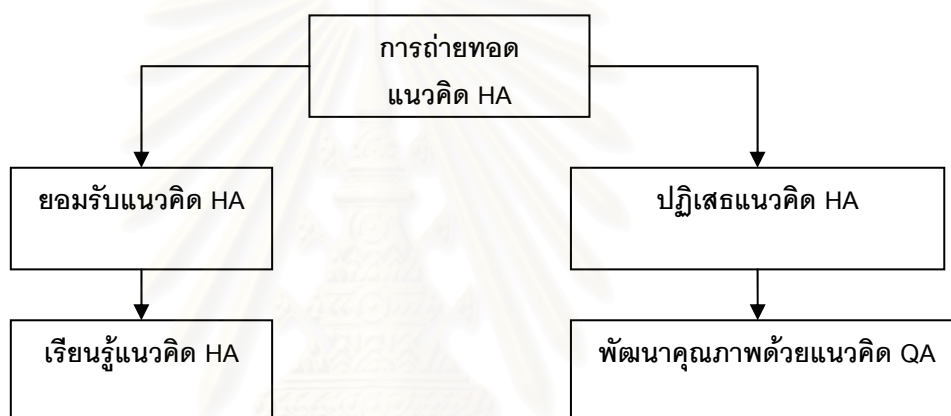
“พอเข้ามาเป็น Facilitator จริงๆ แล้วนี่มานั่งทบทวนเรามีอะไรเสร็จแล้วก็ไปได้ไปที่ละอย่างประสานงานไปที่ละคนว่ากลุ่มเหล่านี้มีความรู้สึกที่ดีมีสัมพันธ์กันไปก่อน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 23)

“จะมีคณะทำงานที่เป็นตัวกระตุ้นเป็นFacilitator ของโรงพยาบาลมี  
หน่วยงานพัฒนาคุณภาพบริการตอนนี้เขาก็มาจับกันมาร่วมกันคิดว่าเป้าหมายที่  
เราจะเดินไปด้วยกันนี้ดูสิว่ามีทิศทางเดียวกันไหม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 23)

ในการถ่ายทอดแนวคิด HA ของผู้ประสานงานและ FA พบว่าเกิดการรับรู้แนวคิด HA  
2 ประเด็น คือ การยอมรับแนวคิด HA และการปฏิเสธแนวคิด HA ในกลุ่มที่ยอมรับแนวคิด  
ดังกล่าว จะเริ่มมีการเรียนรู้แนวคิดดังกล่าวมาพัฒนา ส่วนกลุ่มที่ปฏิเสธแนวคิดนี้ จะมีพัฒนา  
คุณภาพด้วยแนวคิด QA ดังแผนภูมิที่ 7

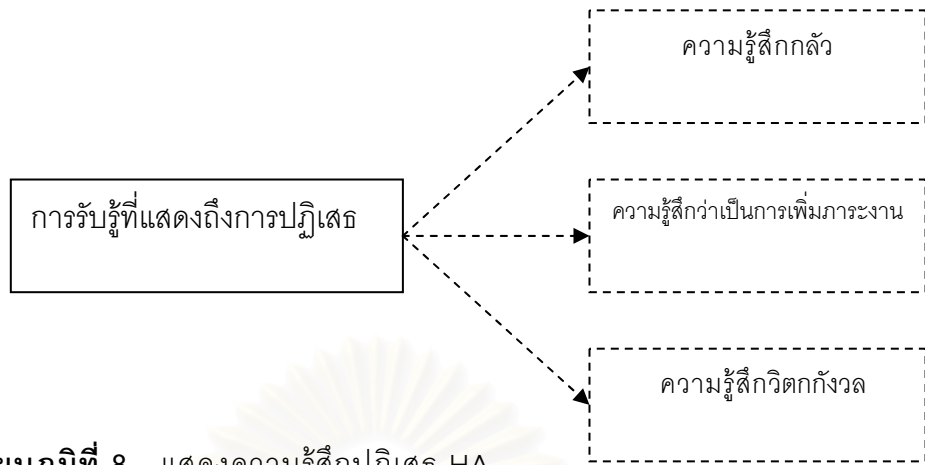


### แผนภูมิที่ 7 การถ่ายทอดแนวคิด HA ระยะเวลาหลัง

การถ่ายทอดแนวคิด HA โดยผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลและ FA  
แก่บุคลากรในโรงพยาบาลเกิดการรับรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการสัมภาษณ์จะพบว่า  
สามารถแบ่งบุคลากรออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่มีการรับรู้เชิงปฏิเสธ และกลุ่มที่มีการ  
รับรู้เชิงการยอมรับแนวคิด HA ดังนี้

#### การปฏิเสธแนวคิด HA

กลุ่มที่รับรู้แนวคิด HA แล้วในเชิงปฏิเสธไม่ยอมรับแนวคิด HA ไปพัฒนาใน  
หน่วยงานในระยะแรกนั้นส่วนใหญ่ก็จะแสดงความรู้สึกกลัว เพิ่มภาระงาน และความรู้สึก  
วิตกกังวล ดังนี้



แผนภูมิที่ 8 แสดงความรู้สึกรู้สึกปฏิเสธ HA

**ความรู้สึกก้าว**

ความกลัวการเปลี่ยนแปลง เป็นสิ่งที่กระทบต่อรูปแบบการทำงานที่ต้องเปลี่ยนไป ทำให้คนที่ทำงานมานานไม่ยากที่จะเปลี่ยนแปลงเพราะไม่รู้ว่าจะดีกว่าเดิมหรือไม่อย่างไร ไม่มีคำตอบให้เขาในระยะแรกเข้าโครงการ ในระดับปฏิบัติก็จะรู้สึกกลัวเพราะไม่รู้วิชาการก็เกิดความกลัวว่าจะต้องทำอย่างไรกลัวว่าจะทำไม่ได้

“อย่างโรงพยาบาลเราเป็นโรงพยาบาลที่เก่าแก่มานาน แต่ว่าพอจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทุกคนจะกลัวเด๊ะ เอ๊ะมันเป็นอะไรก็ 모르 แต่มันเป็นนโยบาย เราต้องทำตามนโยบายไม่รู้ว่าเปลี่ยนแปลงมันจะเป็นยังไงเราเคยอยู่เก่าๆ เราเคยทำอย่างนี้แหละมาแต่ไหนแต่ไร เข้าอยู่ๆมาบอกเราว่าต้องทำอย่างนี้แหละทำไปเพื่ออะไร ทำไปทำไม ทำแล้วได้อะไรมันเกิดคำถามขึ้นมา ถามใครก็ได้ ทุกคนก็เหมือนกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 26)

“หัวหน้าไม่กลัวแต่ลูกน้องกลัว ตอนนั้นลูกน้องไม่รู้เรื่องวิชาการ ไม่รู้เรื่องว่าต้องทำอะไร แค่ทำงานธรรมดาแล้วคุณต้องจับตัวนี้ มาตรฐานคุณคืออะไรเขาก็ตอบไม่ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 17)

“ตอนแรกๆนี่นะคะ ก็ถามว่าทุกคนคงไม่แตกต่างมันก็น่าใจ ว่าเอ๊ะจะทำได้ไหม อ้อเราจะทำได้ไหมก็กลัวว่าตัวเองจะทำไม่ได้ก็กลัวคิดว่ามันยาก โอโฮแต่ละบทยอกมาดูท่าทางมันยากเหลือเกินนะคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 32)



“ช่วงแรกเธอมี (สับสน) กลัวว่าเราจะไปไหนใหม่ คือแบบว่ามันเยอะนะ มันทั้งข้อมูลทั้งเอกสารเนี่ยทุกอย่างแล้วทั้งตัวคนใช้ด้วย แล้วคนใช้ก็ผู้สูงอายุ อย่างเราบอกวันนี้แพทย์ย้ายชื่อนั้นชื่อนี้ละ แล้วพยาบาลถามคุณยายคนนี้นะ แล้วคุณยายป่วยเป็นโรคอะไรนะ พอ HA เข้ามาถามปุ๊บยายเป็นโรคอะไรจ้ะ (ไม่รู้)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 29)

### ความรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน

ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนกล่าวว่า การพัฒนาโดยใช้แนวคิด HA เป็นการเพิ่มภาระให้เขา กลุ่มนี้จะต่อต้าน โดยการแสดงออกว่าไม่เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“ก็รู้สึกว่ HA เขาทำเพื่ออะไร เราไม่เข้าใจ ทำมาแล้วเพราะอะไร ทำไมจะต้องเพิ่มภาระงานให้เรา คือตอนนั้นเราไม่เข้าใจ คิดว่าเป็นอย่างนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

“รู้สึกว่เป็นภาระ เป็นภาระแน่นอน จะกินข้าวเที่ยงก็ยังเป็นภาระเลยว่า เราจะกินกับอะไรดี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 28)

“รองแพทย์ตอนนั้นยังพูดว่ เราจะทำได้หรือคืนหนึ่งเขาผ่าตัดคนไข้เยอะเยอะๆ แล้วจะพัฒนาคุณภาพได้อย่างไรหัวหน้า พบส.เองยังบอกเลยว่าผมเป็นหมอผ่าตัดไม่ใช่หมอประชุม แล้วเคยบอกด้วยว่พัฒนาคุณภาพไปทำไมแค่นี้คนไข้ก็เยอะอยู่แล้ว จะเอาเยอะแค่นั้น มันก็ตายสิคนทำงานนี่คือส่วนที่เจอทุกวัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

“บางทีพอเราไปชักชวนน้องๆให้มาร่วมกับเรา เขาก็เหมือนเกิดการต่อต้านนะ แล้วก็เกิดแบบว่เพิ่มภาระงานให้เขา งานเอกสารอะไรต่างๆมันก็จะเพิ่มเข้ามาเรื่อยๆ หมอแต่ก่อนช่วงแรกๆเขาก็จะต่อต้านเหมือนกันทำอะไรทำงานประจำก็วุ่นวายอยู่แล้วอะไรประมาณนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

“แรงดันช่วงแรกมันจะมีแต่ว่าพอบรรยากาศของคนที่ถูกดันให้พัฒนาจะอย่าง Staff นี้ถูกดันให้พัฒนาเขาอยู่ในฐานะพร้อมเปลี่ยนแปลง พี่ว่าก็มีหงุดหงิดอยู่บ้าง มันทำให้เกิดความยุ่งยาก แต่ว่าจะประมาณซักอาทิตย์หนึ่ง ทุกคนก็จะปรับตัวได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 25)

### ความรู้สึกวิตกกังวล

บุคคลที่มีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่ต้องการให้เปลี่ยนแปลงเนื่องจากคิดว่าตนเองก็ให้การพยาบาลผู้ป่วยดี ผู้ป่วยหายกลับบ้านทุกครั้ง แต่พอนำแนวคิด HA เข้ามาพัฒนาอะไรต่างๆ ต้องจัดทำให้เป็นระบบมากขึ้น

“ไม่ว่าเราหรือเขาหรือพี่ ทุกคนก็จะวิตกกังวล เอ๊ะอะไรทำให้เราต้องทำอยู่ๆ เราก็ดีแล้ว เราก็ให้การพยาบาลอย่างเต็มที่ คนไข้มาหาเรา เราก็ให้การพยาบาลทำให้ผู้ป่วยหายกลับบ้าน เสร็จแล้วพอ HA เข้ามา มันต้องเป็นระบบๆ”

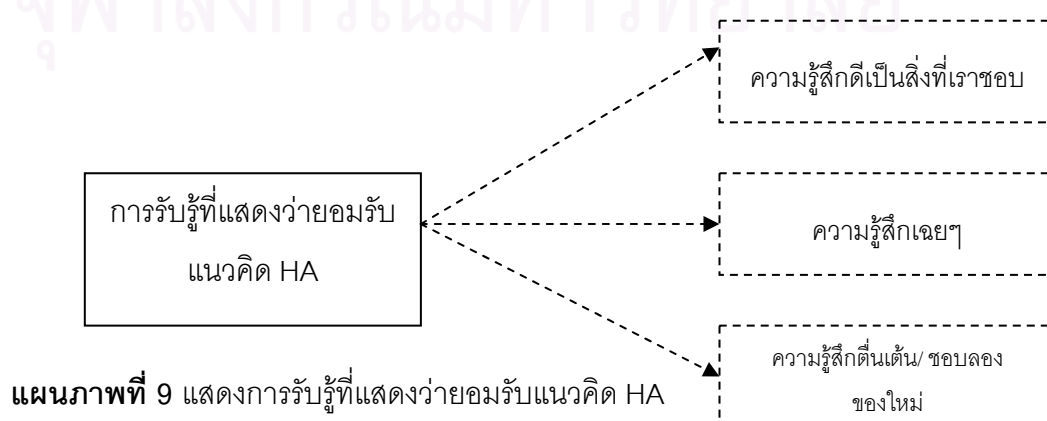
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 26)

“มันเหมือนกับว่าในบางอย่างตอนแรกก็มองนะค่ะว่าเอ๊ะ มันเหมือนเป็นงานที่เน้นเอกสาร เอกสารเยอะมากของพวกพี่นี่สร้างจน โอโฮประเมินตนเองในแต่ละครั้งนี่ เอกสารเยอะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 24)

### การยอมรับแนวคิด HA

กลุ่มที่รับทราบแนวคิด HA แล้ว ยอมรับแนวคิด HA โดยให้ความเห็นว่าแนวคิด HA เป็นสิ่งดี เป็นสิ่งที่ชอบ ตรงกับนิสัยส่วนตัวที่ชอบลองของใหม่จึงรู้สึกตื่นเต้น และรู้สึกธรรมดา ดังนี้



แผนภาพที่ 9 แสดงการรับรู้ที่แสดงว่ายอมรับแนวคิด HA

### ความรู้สึกดี เป็นสิ่งที่เราชอบ

กลุ่มผู้ที่ให้การยอมรับแนวคิด HA ว่าดี เนื่องจากการรับรู้จากประสบการณ์เดิมที่ได้รับรู้มาว่า ในต่างประเทศมีการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด HA แล้ว ผู้รับการรักษาเกิดความมั่นใจในการมารับบริการมากขึ้น

“ก็ดีเป็นสิ่งที่เราชอบไง เรามีความคิดว่าเราได้ยินแต่เมืองนอกเนาะ โรงพยาบาลที่ผ่านคุณภาพ คือเวลาที่เราไปเราจะมีความมั่นใจในการดูแลในการเลือกใช้บริการเขา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

### ความรู้สึกเฉยๆ

บุคคลที่ให้ความรู้สึกกว่าธรรมดา จากการรับรู้ว่าการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อการรับรอง HA นั้นต้องทำงานหนัก แต่สำหรับคนที่ทำงานหนักอยู่แล้วจึงเป็นเรื่องธรรมดา และพยาบาลบางท่าน ทุ่มเทการทำงานเพื่อให้บริการที่ดีอยู่แล้ว จึงไม่มีปฏิกิริยาใดๆต่อการนำแนวคิด HA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ

“รู้สึกธรรมดาเพราะว่าเราทำงานเยอะอยู่แล้ว เพราะพี่เป็นคนทำงานเยอะมากกว่าตำแหน่ง พี่เป็นแค่พยาบาลเทคนิค 6 พี่ก็เลยคิดว่ามันเป็นเรื่องธรรมดา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 17)

“พี่รู้สึกว่าไม่สะทกสะท้านเฉยๆกับคำว่า HA มากๆเพราะว่าหัวใจของความเป็น Nurse พี่เต็มร้อย พี่ไม่ได้คิดอะไรเลย พี่คิดอย่างเดียวว่าทำอย่างไรถึงจะทำให้คนไข้พี่ดี พี่คิดแค่ตรงนี้ที่เป็นจุดยืนของพี่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

### ความรู้สึกตื่นเต้น / ซบลงของใหม่

ผู้ให้ข้อมูลบางคนที่มีความรู้สึกตื่นเต้นที่รับทราบว่ามีพัฒนาด้วยแนวคิด HA แล้วก็จะมีความสนใจมาประเมินเพื่อให้การรับรองคุณภาพ เกิดความสงสัยว่าเขาจะถามอะไรและสำหรับคนที่เรียนรู้สิ่งใหม่ก็จะชอบให้นำวิธีการใหม่ๆมาใช้ในการทำงาน

“ความรู้สึกจริงๆ เราก็ตื่นเต้นนะในลักษณะที่ว่า เอ๊ะเขาจะมาถามเรื่อง  
คุณภาพอะไรบ้าง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 21)

“ในความรู้สึกของพี่เองพี่เป็นคนชอบลองของใหม่ๆเขาบอกว่ารับสมัคร  
อาสาสมัคร FA พี่ก็ไปสมัครมันคืออะไรน้อ เรามันไม่รู้เรื่องก็จะไปศึกษาเรียนรู้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

### พัฒนาคุณภาพโดยแนวคิด QA

กลุ่มที่ปฏิเสธแนวคิด HA ไม่นำแนวคิด HA ไปพัฒนา เนื่องด้วยเหตุผลความไม่เข้าใจ  
แนวคิด HA การพัฒนาที่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังคิดว่าการพัฒนาด้วยแนวคิด HA  
เป็นการเพิ่มภาระงาน ซึ่งจากการสังเกตพบว่ามีภาระงานที่มากขึ้น มีเอกสารต่างๆมากขึ้น ดังนั้น  
จึงไม่ยอมรับแนวคิด HA แต่จะพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด QA ซึ่งมีนโยบายชัดเจนจาก  
สำนักการพยาบาล และให้เหตุผลว่าไม่มีคำสั่งจากกลุ่มการพยาบาลก็เลยไม่พัฒนาบางกลุ่มบอก  
ว่ามาตรฐาน HA คล้ายกันกับ QA น่าจะเป็นการเพิ่มภาระงานเพราะว่ามันซ้ำซ้อน บางกลุ่มอ้าง  
ว่า HA และ QA เป็นคนละกลุ่มไม่เกี่ยวข้องกัน จึงยังคงพัฒนาด้วยแนวคิด QA ต่อไป

“จริงๆแล้ว ในเรื่องของการพัฒนาคุณภาพ(ชื่อโรงพยาบาล)ก็ทำมาตลอด  
นะคะเนื่องจากว่าเรามีในเรื่องของนโยบายแต่ก่อนนี้ทราบว่ามีกองการพยาบาล  
ซึ่งอันนี้ก็เป็นนโยบายหนึ่งของกระทรวงเองซึ่งกองการพยาบาลรับมาเพราะถ้าที่จำ  
ไม่ผิดก็หลายสิบปีมาแล้วแหละคะตั้งแต่ปี 35,36 ที่เข้ามาทำอย่างจริงจังนะคะ  
โดยเริ่มที่ ตอนนั้นในฐานะเป็นพยาบาล Staff ไม่ใช่สตอนั้นพี่จะเริ่มเป็นหัวหน้า  
แล้วแหละเป็นหัวหน้าตึกก็จะมีการทำงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพพยาบาลที่เรียกว่า  
QA ก็พัฒนามาตลอดเราก็เริ่มจากการที่การให้บริการในเรื่องของการบันทึก  
ทางการพยาบาล ซึ่งก็ทุก Ward จะต้องมีการจัดการ QA ของหน่วยงาน  
กรรมการ QA ของตึกเองซึ่งตอนนั้นเราก็ทำในโรงพยาบาลเราก็ทำไปพร้อมๆกัน คือ  
ทุกหน่วย ทุกWard ต้องทำไปพร้อมกันหลังจากนั้นก็มาพัฒนามาเรื่อยๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“แนวคิดที่เขาทำคือให้ประเมินตนเอง เอ๊ะมันซ้ำซ้อนหรือเปล่า ตอนนั้น  
เรามีแต่ QA ของพยาบาลเนาะ ดูมาตรฐานก็เอ๊ะมันทำไมคล้ายกันจะให้เราทำ

อีกทำไมอะไรอย่างนี้แต่แนวคิดอันนี้ก็ยังไม่หลากหลายยังคงแคบอยู่ เอ๊ะมันจะเพิ่มงานหรือเปล่า พอทำมาหนึ่งหละ คือเราภูมิใจถ้าเราทำสำเร็จมันดี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

“ตอนนั้นช่วงปี 39, 40 ขณะนั้นมีความรู้สึกที่ว่าความเข้าใจมันยังล้นสนอยู่ระหว่าง QA กับงาน HA มันเหมือนคนละกลุ่มไม่เกี่ยวข้องกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 25)

“ที่เข้าใจอยู่ว่าความเข้าใจเขาไม่เข้าใจ QA คือส่วนหนึ่งของ HA นะ แต่เขาไม่เข้าใจเขาต่อต้านเพราะว่าเขาไม่รู้เขาถึงต่อต้าน เขาพูดกล่าวเชิงว่า เอ QA ทำอยู่แล้วแล้วทำไมต้องมี HA เพราะเขาไม่เข้าใจเบื้องต้น มันก็มีความรู้สึกว่าเขาต่อต้าน HA แต่ QA พยาบาลก็คือ QA พยาบาลนะที่รู้กันว่าตัวเองพูดถึงใคร เพราะที่รู้ปัญหานี้มาตั้งนานแล้วเออมีการต่อต้านการภายในทั้งคู่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

### เรียนรู้แนวคิด HA

สำหรับกลุ่มที่ยอมรับแนวคิด HA จะต้องทำความเข้าใจแนวคิดดังกล่าว ให้เข้าใจก่อน ซึ่งในระยะแรกหน่วยงานที่ให้ความสนใจแนวคิด HA ได้นำเอกสาร คู่มือที่ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลแจกให้ส่วนใหญ่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้เริ่มต้นในการพัฒนา โดยมีวิธีแตกต่างกัน เพราะการพัฒนาด้วยแนวคิด HA ไม่มีรูปแบบของการพัฒนาที่ชัดเจน ดังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยบางท่านก็จะออกแบบรูปแบบที่จะทำให้บุคลากรเข้าใจ เช่น การถ่ายมาตรฐานแบ่งออกเป็น GEN แล้วจัดใส่แฟ้มให้บุคลากรได้ศึกษาเรียนรู้ทำความเข้าใจและนำไปพัฒนา ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ในขณะนั้นก็พยายามเอาคำว่ามาตรฐานการพัฒนานี้มาใช้แล้วก็เอามาตรฐานฉบับกาญจนาภิเษกมาขยายนะว่ามาตรฐาน คืออะไรแล้วก็มึอะไรบ้างที่จะพัฒนาในส่วนย่อยที่ทำได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 31)

“ในช่วงแรกเราก็จับมา 9GEN ก่อนใช้ใหม่คะ จับGEN หมดแล้วมาดำเนินการให้มีตามข้อกำหนดตามGENนั้นๆ เช่นGEN ที่หนึ่งมีอะไรมั้งแล้วเราก็จับประเด็น

ออกมา GEN ที่สองมีอะไรมาพัฒนาบุคลากร แล้วก็ GEN ที่สาม ที่สี่มีอะไร ที่เก้า มีอะไรจับเป็น GEN ออกมาอย่างการพัฒนาบุคลากรแล้วก็จับขึ้นมาปีที่เราจะจัดส่งใครไปอบรมมั่งเป็นตัวบรรทัดว่าปีนี้เราจะใส่ใครเข้าอบรมแล้วก็มีแผนออกมาว่า ปีนี้ส่งใครเข้าอบรมทุกคนทำตามมาตรฐานก็เอามาพัฒนา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 29)

“มีการ Assign ประเด็นการพัฒนาก็คือตามมาตรฐาน เราเอามาตรฐานมาจับ เออ GEN 1 - GEN 9 อันนั้นคือตัวแบบนะแล้วเราก็อประเมินตนเอง รู้จักตนเองโดยการประเมินตนเองเพราะฉะนั้นประเมินตนเองมันก็จะทำให้รู้สถานะของตัวเองอะไรเป็นข้อดี อะไรเป็นโอกาสพัฒนาทำแผนร่วมกันเราก็อทำ ทำไปตามนั้น”

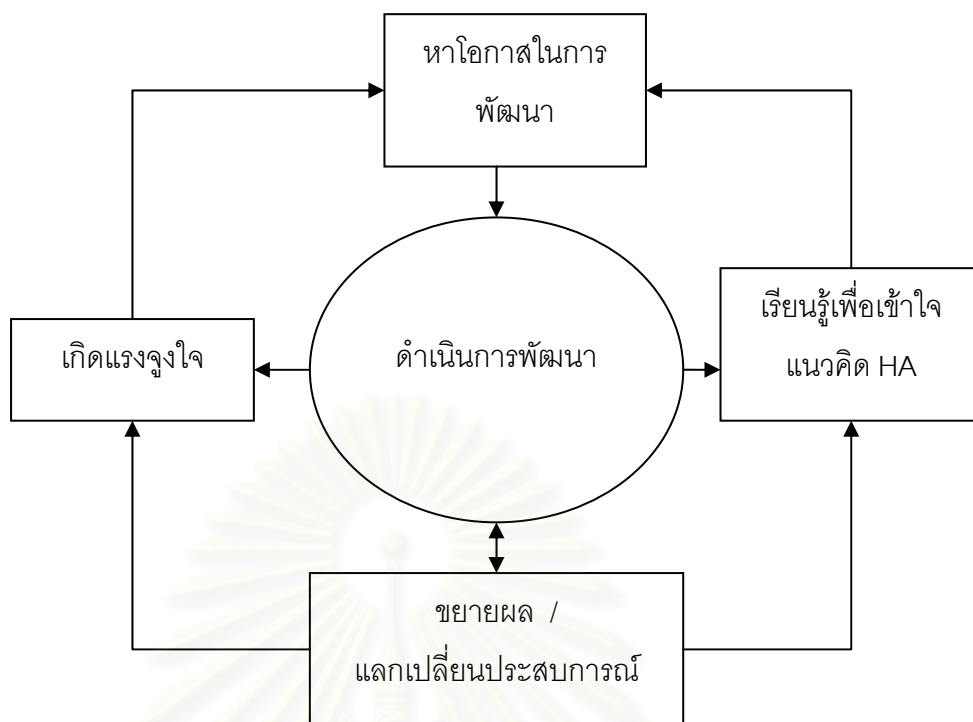
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 22)

“เราก็อประเมินไปเสร็จแล้วเราก็อคุยกันในที่มอายุรกรรมว่ารับผิดชอบมาตรฐานไหนตอนนั้นเราแยกกันเป็นส่วนๆรับผิดชอบมาตรฐานไหนก็เข้ามาคุยกัน อย่างนายแพทย์ พยาบาล ตอนนั้นจำได้ว่าประมาณ 9-8คนในที่ม คือแพทย์ Staff 2-3 คนแล้วก็พยาบาลหัวหน้าตึก แล้วมีทีมกายภาพ มีทีมพยาบาลดูแลต่อเนื่องนะคะเพราะ MED นี้เป็นคนไข้ chronic เนาะ เราคิดได้ว่าผู้เกี่ยวข้องเรามีอยู่แค่นี้เอามาคุยกันว่าเราจะพัฒนาอะไรบ้างก็เอามาแบ่งเป็นกลุ่มๆรับผิดชอบเพื่อที่จะพัฒนาที่นี้มี 20 บท เราก็อมาแบ่งกันอีกนะว่าเราจะรับผิดชอบบทไหน บางคนก็ได้ 2 บท 3 บท เอาไปทำความเข้าใจแบ่งในแผนกก่อนเพราะว่าข้างบนศูนย์คุณภาพเขาก็จะมาตามว่าให้คุณเอาไปทำความเข้าใจแล้วก็พัฒนา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

## ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ

หลังจากเรียนรู้แนวคิด HA ก็เริ่มมองหาโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดการเรียนรู้ความเข้าใจและแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง และมีการขยายผลการพัฒนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน PCT ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ดังแผนภูมิที่ 10

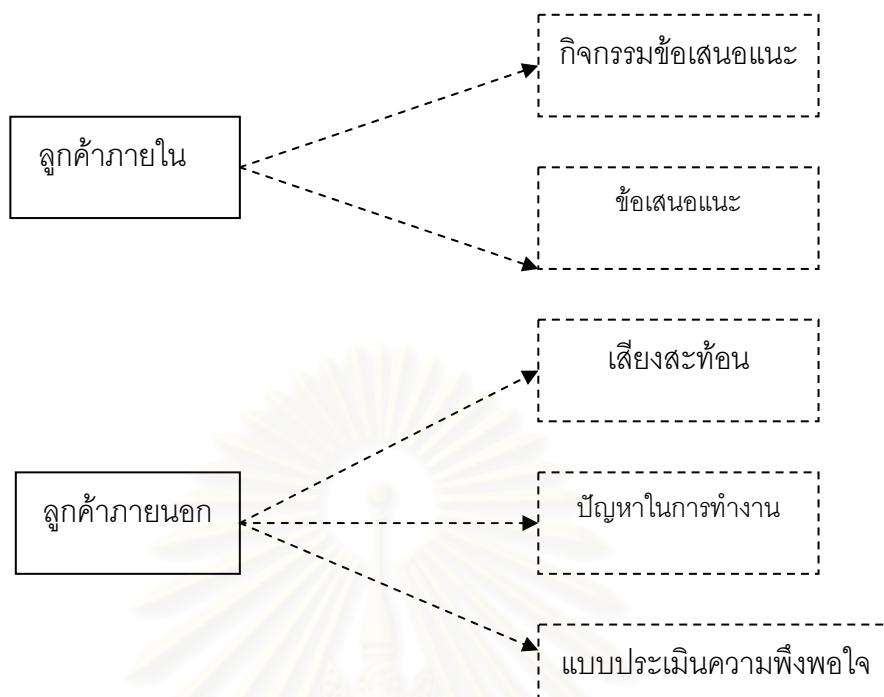


แผนภูมิที่ 10 แสดงระยะการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

### หาโอกาสในการพัฒนา

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เริ่มต้นจากการนำแนวคิดการหาโอกาสพัฒนาโรงพยาบาลแห่งนี้ โดยเริ่มมีการนำปัญหาในการทำงานมาแก้ไข ต่อจากนั้น ได้นำปัญหาที่พบจากเสียงสะท้อนของลูกค้าภายใน คือ การทำกิจกรรมข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะทั่วไป และเสียงสะท้อนจากลูกค้าภายนอกโรงพยาบาล จากเสียงสะท้อน จากปัญหาในการทำงานแบบประเมิณความพึงพอใจ และข้อร้องเรียนผ่านโทรศัพท์ ผ่านเวทตรวจการ ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### แผนภูมิที่ 11 แสดงหาโอกาสในการพัฒนา

#### กิจกรรมข้อเสนอแนะ

การทำกิจกรรมข้อเสนอแนะ ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าแผนกอายุรกรรม ให้เกิดโครงการนี้ขึ้นในแผนกอายุรกรรม โดยทำการคัดเลือกเรื่องที่จะทำกิจกรรมข้อเสนอแนะ และทำการเขียนโครงร่างครั้งแรกโดยใช้หัวข้อที่เป็นกลางๆและกำหนดเกณฑ์การให้รางวัล โดยหัวหน้าแผนกอายุรกรรม ตั้งเกณฑ์ไว้ว่าหากเรื่องนั้นสามารถนำมาพัฒนาในรูปแบบ CQI ได้เป็นรูปธรรม มีการนำเสนอผลงาน จะได้รับรางวัลจากหัวหน้าแผนกอายุรกรรมจำนวน 2,000 บาท

“แล้วจะมีรางวัลให้ ตอนนั้นประธาน PCT หัวหน้าแผนกคือ (ชื่อแพทย์หัวหน้าแผนก) นี่ก็เปิดไฟเขียวใครจะทำอะไรมีเงินมาให้ก็เลยเป็นโครงการข้อเสนอแนะอายุรกรรม เราจะมีกล่องรับข้อเสนอแนะอายุรกรรมนะเราอยากพัฒนาอะไรก็เขียนแล้วก็ไปหย่อนใส่กล่องไว้ก็มีคณะกรรมการขึ้นมารับข้อเสนอแนะใน อายุรกรรมช่วงนั้นนี่ในแต่ละเดือนนี้ได้รับข้อเสนอแนะ 100 - 200 ทุกวิชาชีพนะแพทย์มาหมดเลยจะเป็น ดิซม อะไรก็ได้ที่เป็นข้อเสนอแนะในอายุรกรรมพัฒนามาเยอะมากตอนนั้น กิจกรรมข้อเสนอแนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)



“เขียนเฉพาะหัวข้อว่าจะพัฒนาเรื่องนี้แล้วร่างแนวทางปฏิบัติ เพื่อที่จะให้เห็นกลางๆเอามาให้กรรมการข้อเสนอแนะ Screen ก่อนโดยจะมีการพิจารณาให้รางวัลโครงการที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเป็นนโยบาย เรื่องไหนมันซ้ำกัน เรื่องไหนที่จะจัดกลุ่มกันได้ เรื่องไหนที่จะจัดคน สถานที่ แบ่งๆ กันไปเป็นหมวดที่จะพัฒนาไปได้ก่อนก็ทำแต่คงทำไม่ได้ทั้งหมด แล้วเรื่องไหนที่สิ้นสุดเป็นแนวทางก็จะได้รางวัล 2,000 นี้ไม่ใช่ว่าเสนอมมาแล้วได้ต้องจนกว่าที่พัฒนาเสร็จจึงจะให้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

ตัวอย่างกิจกรรมข้อเสนอแนะกิจกรรมข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาเรื่องแพทย์ที่มาดูแลคนไข้ซ้ำมีการวิเคราะห์หาสาเหตุว่าเกิด

“ยกตัวอย่างเช่น พยาบาลเขียนว่าแพทย์ดูคนไข้ซ้ำทำให้คนไข้หนักขึ้น อันนี้สามารถเขียนได้นะ พอเอามาคุยในที่ม อ้อ Case เหมอตันเหตุเขาจะรู้ใคร แพทย์ก็บอกว่า พยาบาลรายงานซ้ำ ก็เกิดแนวทางว่าเราต้องรายงานแพทย์อะไรบ้างพอรายงานแล้วเราต้อง Record ตรงไหนบ้างว่าเรารายงานเขาก็เกิด Progress's note ของโรงพยาบาลขึ้นมาที่ทุกวิชาซีพีต้องเขียนก็เกิดตัวชี้วัดของ MED ขึ้นมา คือคนไข้หนักเราต้องรายงานแพทย์ภายใน 4 นาทีขึ้นมาโดยเราเอาตัวชี้วัดขึ้นมาจับด้วย เรายังรายงานแพทย์แล้วแพทย์มาใหม่ภายใน 4 นาที ถ้าคนไข้หนัก เรายึด 4 นาที เพราะ Brain จะ Dead เน๊าะ ถ้าคนไข้ไม่หนักแพทย์ต้องมาดูภายใน 30 นาทีเกิดแนวทางตรงนี้ขึ้นด้วยเมื่อข้อเสนอแนะมา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

ข้อเสนอแนะทั่วไปจากลูกค้าภายในโรงพยาบาล สามารถทำได้โดยการโทรแจ้งตึกหรือหน่วยงานต่างๆ หรือบางครั้งมีการนำป้ายไปตั้งไว้ เพื่อให้บุคลากรเขียนความต้องการลงในบอร์ดนั้น ดังนี้

“ผู้รับบริการ หมายถึง คนที่อยู่ห่างเราเหมือนน้องก็เป็นผู้รับบริการ หมอก็เป็นผู้รับบริการ เพื่อนร่วมงานก็เป็นผู้รับบริการ อันนี้เขาต้องการอะไรบ้าง จากการสอบถาม เขาต้องการให้พวกเราพัฒนาตนเอง อันนี้นะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

## เสียงสะท้อน

แหล่งที่มาของเสียงสะท้อนที่ได้มาได้จาก กล้องรับความคิดเห็น การสอบถามผู้รับบริการ การสอบถามผู้รับบริการ จากแบบสอบถาม ดังนี้

### กล้องรับความคิดเห็น

“การทำข้อร้องเรียนมีกล่องแสดงความคิดเห็นที่จะให้เขาเสนอแนะหรือข้อร้องเรียนอะไรต่างๆแล้วก็มีติดตามตรงนั้นมาประเมินผลแล้ว ก็ มาพัฒนางาน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19)

“มีกล่องแสดงความคิดเห็นของคนไข้ พอคนไข้กลับบ้าน แม่จะให้เขาตี๊กพอเขาตี๊กก็ใส่กล่อง แล้วเราก็เอามาดูเอาลงในคอมพิวเตอร์ว่ามีเสียงสะท้อนจากคนไข้เท่าไร พยาบาลทำ Record ไว้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

### การสอบถามผู้รับบริการ

พยาบาลขณะให้บริการผู้ป่วยก็จะซักถามผู้ป่วยถึงสารทุกข์สุกดิบว่าเป็นอย่างไร มีความต้องการอะไรบ้างซึ่งช่วงแรกก็เกิดความเขินบ้างแต่ระยะหลังก็ดีขึ้น

“เราก็จะพูดคุยเขาที่บอกน้องๆว่าวันหนึ่งทำงานกับคนไข้ให้ถามความต้องการของเขา เดินไปก็คุยไปว่าเขาเป็นยังไง สารทุกข์สุกดิบก็ถามไป เออตอนแรกๆเราก็เคอะเขิน พอช่วงหลังเขาก็ดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

“เวลาเราเดินเยี่ยมญาติอะไรเขาก็จะเสนอแนะเราดี ๆ ก็คือจากญาติจากผู้ป่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

### จากแบบประเมินความพึงพอใจ

จะมีการแจกแบบประเมินให้ผู้รับบริการเสนอความต้องการที่เขาต้องการ หลังจากได้ความต้องการมาทั้งหมดแล้วก็เข้าทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพเพื่อหาวิธีการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

“จากการสอบถาม เขาต้องการให้พวกเราพัฒนาตนเอง อันนี้แหละ อันที่ 2 ต้องการเครื่องช่วยชีวิต ต้องการออก ต้องการเจาะ Lab ให้ถูกต้อง ต้องการแพทย์ มาตรวจตรงเวลา อันนี้เป็นความต้องการของทุกคนโดยเฉพาะคนไข้ นำความต้องการทั้งหมดมาประมวลกัน เราก็ได้เป็นความต้องการ ที่นี่เราจะทำยังไงกับความ ต้องการทั้งหมดเราก็มาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มาจัดกลุ่มดูสิว่า กลุ่ม สำหรับคนไข้ หนึ่ง คือ ความต้องการทางห้องพิเศษทำไงเขาจะได้ เราก็จัด Set เป็นระบบเป็นศูนย์ ก็โรงพยาบาลก็ตั้งคณะกรรมการพัฒนาห้องพิเศษขึ้นมา จาก ตรงนี้แหละ กรรมการก็มีรองแพทย์เป็นประธาน และก็เชิญแพทย์หัวหน้าแผนก และก็หัวหน้าตึกและก็ฝ่ายสนับสนุน มาเป็นกรรมการ กำหนด Criteria ขึ้นมาว่า คนไข้จะเข้าห้องพิเศษจะต้องมีหนึ่ง สอง สาม สี่ ทุกคนรู้ ร่วมกันและนำสู่การ ปฏิบัติ อันที่สอง การทำงานของแพทย์จะต้องไม่เกิน 10 โมง ทุกแผนก ถ้าเกิน 10 โมง เช่นแผนก Med ถ้าเกิน 10 โมงให้โทรไปที่ห้องพักแพทย์ สำนักงานแพทย์ Med ถ้า ศัลย์ก็สำนักงานแพทย์ศัลย์ ถ้าเกิน 10 โมง เขาจะโทรไปหา Staff โทรไปตืดๆออกมา อันนี้คือกติกา และก็การดูแลคนไข้แต่ละคนที่นี่ โรคไม่ เหมือนกัน เราก็จะมีใช้ CNPG ที่ใช้ CNPG ของสภาการการพยาบาล แล้วก็ Care map ของแต่ละ PCT ที่เขาทำเพราะว่าของเราทำรวม ก็ไม่ต้องไปเสียเวลาทำเอง”

### ผ่านโทรศัพท์

“มันมีเปิดสายอยู่ที่สุโขทัยสาขาหนึ่ง ก็ถ้าเป็นเรื่องที่เขาโอเค แก้ไขได้ก็ โอเค ถ้าบางเรื่องเขาก็บันทึกถึงประธาน Risk นะ ก็มีคนรับผิดชอบเรื่องนี้เขาก็จะ โทรเข้าไป บางอันที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับพยาบาลเขาก็ Refer มาหาแม่ ก็แทบจะไม่มี รู้สึกครั้งสองครั้ง เรื่องพูดไม่เพราะนี่แหละ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

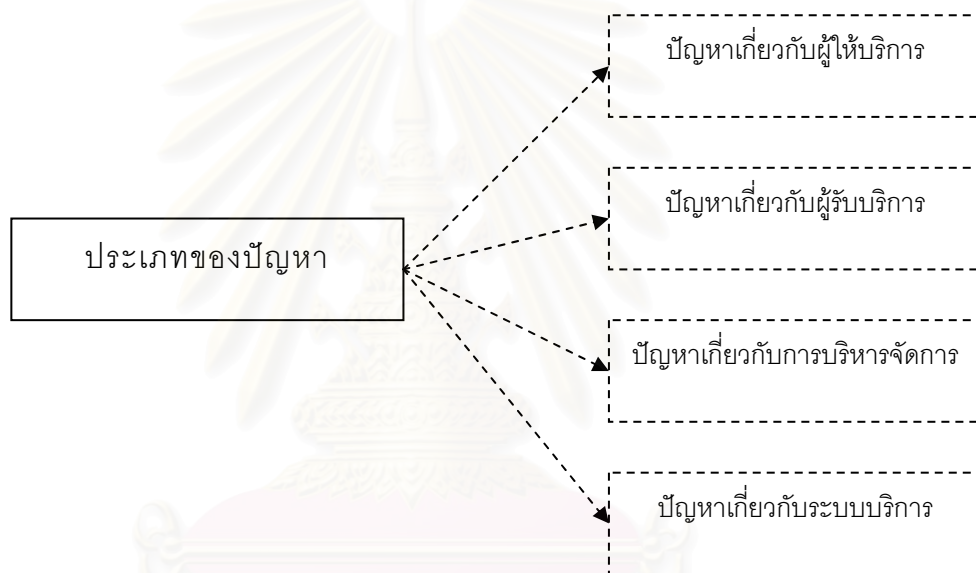
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การดำเนินการพัฒนา

การดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล คือการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ในหน่วยงาน ดังนี้

### การแก้ปัญหา

การพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่ที่พัฒนาแล้วประสบความสำเร็จ คือ การนำปัญหาจากหน่วยงานมาพัฒนาเพราะว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการทำงานจะยอมรับเพราะเป็นการแก้ปัญหาในการทำงานให้เขา ภายหลังจากหน่วยงานต่าง ๆ ได้รวบรวมปัญหาที่ได้จากเสียงสะท้อน จาก การปฏิบัติงานหรือจากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ สามารถแบ่งประเภทของปัญหาได้ 4 ประเภท ดังนี้



แผนภูมิที่ 12 แสดงประเภทของปัญหา

### การแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้ให้บริการ

ปัญหาที่เกิดจากผู้ให้บริการ ซึ่งต้องได้รับการพัฒนา มีทั้งประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับแพทย์พยาบาล

#### ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับแพทย์

ปัญหาที่เกี่ยวกับแพทย์นั้นมีหลายประเด็นที่ได้รับการพัฒนา ซึ่งได้แก่ แพทย์สั่งยาในปริมาณผิด ซึ่งมักเกิดกับแพทย์ที่จบใหม่ แพทย์ไม่เขียนใบ Request แพทย์ไม่มีเวลาในการพัฒนาคุณภาพ และแพทย์ไม่เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาด้วยแนวคิด HA ดังนี้

### 1.1) แพทย์สั่งให้ยาในปริมาณที่ผิด

การตรวจสอบการรักษาของแพทย์ที่จบใหม่ ซึ่งยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญในการรักษา ดังนั้น เมื่อพยาบาลเห็นคำสั่งการรักษาที่ผิดแปลกออกไปก็จะทำการซักถามเพื่อประเมินความถูกต้องและสอนพยาบาลที่จบใหม่ว่ามีแพทย์จบใหม่ให้การรักษาแปลกๆ ต้องยืนยันการให้การรักษาอีกครั้ง จะไม่ทำตามในทันที

“เราคุยกันได้โดยเฉพาะมี Extern หมอๆ ถ้าสั่งยา Dose มันผิดเราก็จะประมาณว่าอันนี้พี่ไม่เคยให้นะพี่เคยให้ Dose นี้หมอนั่นใจหรือเปล่าหมอลองไปถามพี่เขาดูอีกทีนะ หรืออันนี้ฉีดเข้า Vein พี่ไม่เคยฉีดพี่เคยฉีดแต่ Muscle ก็ได้คุยกันบ่อยอยู่ต้องบอกน้องว่าแกอย่านะถ้ามี Extern มาต้องดูก่อนบางที Dose ยาพอย้ายมาจากเด็กเอ๊ะสั่งยาน้อยๆ Ampicillin 0.5 กรัมทุก 6 ชั่วโมง ของเรามันหนึ่งกรัมเพราะคนไข้เราโตแล้วจะต้อง Confirm อีกทีหนึ่งเพราะว่ามีเยอะคะก็คือมาใหม่ๆแปลกๆมา แต่ก็ต้องคุยกับเขาดีๆเราไม่ใช่ลักษณะไปสั่งเขาเขาก็วิชาชีพนี้นะเขาเป็นหมอ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

### 1.2) แพทย์ไม่เขียนใบ Request

ปัญหาแพทย์ไม่เขียนใบ Request X-ray สาเหตุเพราะรีบไปผ่าตัด หรือไปออกตรวจ ส่งผลให้เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ และผู้ป่วยได้รับการตรวจช้ากว่าปกติ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ จึงร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยการจัดเอกสารต่างๆ ที่จำเป็นในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของแพทย์ไว้ในตัว “ตามเยี่ยมผู้ป่วย” เพื่อความสะดวกในการใช้งาน

“มีปัญหาว่าเวลาแพทย์มา Round นี้แพทย์ก็ไม่เขียนใบ request มั่ง ของใช้เครื่องมือง่ายแต่ก็ล้างมือได้ด้วย นี่ไง ใช้รถสำหรับแพทย์ในนี้ก็มี Water let มีกระดาษไนต์ มีชามรูปไต มีใบ refer มีแบบฟอร์ม Lab ทุกอันก็เขียนตามแพทย์ไป เวลาแพทย์จะส่ง X-ray ก็หยิบให้เขาด้วย ใบ request เขาก็ได้เขียนแต่ก่อนพอ Round เสร็จ ใบ request อยู่อีกที่หนึ่งไง ก็เดินไปเดินมาเขาลำบาก เขาต้องรีบเดิน Round ไรเพราะเขาต้องรีบไป OR ไร น้ำ เราก็ปรับสก็จัดให้มีตู้ตาม Round แล้วก็มีมีใบ Request มี Water let ง่ายๆ เขาก็ล้าง แค่นี้ก็เป็นคุณภาพแค่นี้ก็เป็นCQI ก็เสร็จแล้วไม่ต้องคิดเยอะเส้นผมบังภูเขางั้นแหละ ทำให้มันง่ายขึ้น แบบฟอร์มก็ครบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

### 1.3) แพทย์ไม่มีเวลาในการพัฒนาคุณภาพ

การจัดการในกรณีที่แพทย์ไม่ค่อยมีเวลา พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจะร่างวิธีการแก้ปัญหาให้ เช่น การทำ Clinical Practice Guideline หรือ Care map แล้วให้แพทย์ไปแบ่งกันรับผิดชอบ วิธีการนี้จะใช้ระยะเวลาในการพูดคุยไม่นาน หรือ อาจเป็นช่วงระยะเวลาในการเดินเยี่ยมตรวจคนไข้ แต่ได้ผลงานในการพัฒนาคุณภาพ

“บางทีหมอเขาไม่ค่อยมีเวลาเราก็จะร่างดูกติกาให้แล้วก็ส่งไปให้เขาอันไหนที่มันเกี่ยวกับเขา หรือว่าบางทีเราก็จ่ายงานว่า CPG ยังไง Care map อย่างนี้เราจะทำอะไรก็แบ่งงานกันไป ให้เขาไป Sub set ของเขาเอง แล้วก็มาเข้าที่ประชุมใหญ่ของเรา”  
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

### 1.4) แพทย์ไม่เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาด้วยแนวคิด HA

เนื่องจากความไม่เข้าใจในแนวคิด HA ดังนั้นแพทย์ส่วนใหญ่จึงยังไม่เห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด HA การแก้ปัญหาดังกล่าว มีวิธีการดังนี้ คือ การเชิญแพทย์ที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม หรือ รู้จักกันเป็นการส่วนตัว เข้ามาช่วยกันพัฒนา โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นตัวเชื่อมประสานงานในการพัฒนา

“แล้วก็ไปชักชวนหมอ เริ่มแรกนะ ช่วงแรกๆหมอนี้จะน้อยที่จะเข้ามาช่วยพัฒนางานคุณภาพ เราก็อย่างน้อยๆเราก็เอาแกนนำก่อนที่เราสนิทชิดเชื้อพูดคุยกันรู้เรื่องอะไรประมาณเนี่ย คนไหนที่ หมอมีหลายประเภทหมอ บางทีก็ไม่เอาอะไรเลยเพราะฉะนั้นเราก็ปล่อยๆเขาไปก่อน ก็เอาหมอคนที่พอจะคุยกันรู้เรื่องอาศัยว่าความสนิทสนมส่วนตัว ก็ตัวอื่นคือหัวหน้ากลุ่มงานเขาก็ไปปรับนโยบายมาด้วยเหมือนกัน ก็มาช่วยกันพัฒนาช่วงแรกๆ”  
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

“เราก็ทำการพัฒนาคุณภาพให้ดีกว่าก่อนแล้วเราก็เป็นตัวเชื่อม ทำตัวเป็น Manager เป็น Facilitator เพื่อเชื่อมโยงให้เขาเข้าใจในประเด็นคุณภาพร่วมกับเรา มันก็จะได้ใจเขามาส่วนหนึ่ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

“หมอบางคนก็ไม่เหมือนกัน การเข้าหาแต่ละคนก็ต้องเรียนรู้ธรรมชาติของเขา เรียนรู้ว่าเขาจะเอาอย่างไรดี ตเองดูทำที่ด้วยนะวันนี้มีทูตมาหรือเปล่าหรือแบบ

แบบปี่มาก็คุยได้หลายเรื่อง แต่ส่วนใหญ่ที่มีเรื่องเจาะจงที่จะพูด ก็บอกหมอวันนี้ หมอมีเวลาให้พี่สัก 15 นาทีใหม่ พี่จะคุยเรื่องงานเรื่องนี้ หมอไป Round ก่อนก็ได้ ก็ให้เขาไป Round เสร็จเครือข่ายพร้อมแล้วเราก็ออกมาให้ตรงประเด็นอย่าอ้อม ค้อม เรายังไงเป็นยังไง พี่หมอก็จะทำอย่างไรบ้าง จะคุยกับใคร เมื่อไหร่ ยังไงให้พี่ นัดใหม่ พี่ก็จะนัดให้ คือเราต้องเป็นคนเอื้อนะค่ะ ในฐานะผู้ประสานงาน

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

## ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับพยาบาล

ปัญหาที่เกี่ยวกับพยาบาลที่ดำเนินการแก้ไข ได้แก่ ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอ และภาระงานของพยาบาล ดังนี้

### 1.1 อัตรากำลังไม่เพียงพอ

การแก้ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอ ดำเนินการโดยการพัฒนารูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการหาอาสาสมัครในการขึ้นปฏิบัติงานเสริมทั้งจากภายนอกโรงพยาบาล จากภายใน โรงพยาบาล

“ใน Ward ที่ยุ่งคืออัตรากำลังเราน้อยก็จะมีการจัดเวรเสริมพิเศษขึ้นคือ รับพยาบาล Volunteer ทั้งข้างในและนอกโรงพยาบาลเป็นเวรเสริมขึ้น ซึ่งเวรตรวจ การ Sup เขาก็จะดูว่าหน่วยไหนที่วิกฤติเขาก็จะ Assign เวิร์เสริมไปที่นั่นอันนี้มันก็เป็นอีกทางหนึ่งที่พัฒนามาเพื่อที่จะช่วยแบ่งเบาภาระ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 27)

### 1.2 ภาระงานของพยาบาล

ปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการที่พยาบาล ต้องทำงานที่ไม่ใช่หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลโดยตรง กล่าวคือ โรงพยาบาลสามารถให้บุคลากรอื่นทำแทนได้ เป็นการลดภาระงานที่ไม่ใช้งานด้านการพยาบาลออกไป เพื่อให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

“เอาก่อนมาทำสำนักงานประกันที่ conflict ต่อการที่มาเป็นพยาบาล เรา ต้องมาคิดเงินนะ เราจบพยาบาลเราไม่เคยเรียนวิชาคิดเงินเลยใช่ไหม ตอนแรกที่เข้ามาคนใช้ประทับใจเรามาก สุดท้ายตอนกลับบ้านเราเป็นคนคิดเงินแล้วมา ต่อรองเรื่องราคาที่ไม่พอใจ อะไรพยาบาลต้องมาทำอย่างนี้ แล้วพี่เจอ case หนึ่งที่พยาบาลคนหนึ่งนะ เขาก็เวรตึกเนาะ เขาก็เก็บเงินคนไข้ 200 แล้วเก็บใส่กระเป๋า แล้วตึกนั้นก็ยุ่งนะ พี่เขาก็ไม่ได้เอาเงิน 200บาทไปจ่ายให้การเงิน สឹมกลับบ้านไป

นอน ก็เกิดปัญหาเรื้อราวกับเงิน 200 บาทนี่นะ เรามีความรู้สึกว่าจะอะไรว่า ทำไม ต้องเป็นเรา ฉะนั้นพอมายู่สำนักงานประกกันนั้นนะ ก็เลยตั้งทีมนะคิดเงินก็จะมีกลุ่ม สำนักงานประกกัน เรายี่แหละ ก็จะมีน้องสังคมสงเคราะห์คนหนึ่งว่า เราน่าจะหา คนจ้างมาเป็นรายวันให้เขา case ละ 16บาท หรือเท่าไรนี่แหละ 15 บาทต่อ case คุณสามารถคิดเงินได้เท่าไรให้คุณเขาไปเลย 10 case ก็ 160 บาทต่อวัน สมัยนั้นนะ พี่สามารถดึงออกจากงานพยาบาล พี่ดีใจ พยาบาลก็ได้ทำงาน พยาบาลทำเต็มที่จริง ๆ เพราะว่าเราไม่แต่ทำงานให้คนอื่นคิดเงินไม่ใช่หน้าที่เรา"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"และอีกเรื่องหนึ่งสมัยหนึ่งที่เคยอยู่ Ward เป็นเวรนิเทศ ตื่นเข้ามาส่งเวร กลุ่มงานการพยาบาลต้องมาขังผักที่ห้องโภชนาการ พี่ไม่ยอมนะ พี่เลยบอกรอง ผอ .ฝ่ายการแพทย์ว่า เหนุเป็นพยาบาลก็ควรที่จะทำงานพยาบาลไม่ใช่มาขังหมู ขังหมา ตรงนี้ ตกลงเพิ่มก็ให้โภชนาการเป็นคนดู ก็คืองานที่เราต้องดึงออกจากงาน พยาบาลตรงนี้ก็ถือว่าพี่พอใจกับการคิดเงิน ตอนนั้นไม่ได้อยู่ที่เรา เราเป็นคนตั้งว่า พยาบาลมีหน้าที่ทำหัตถการหรือ Basic nursing care ต่าง ๆ เราสามารถฝึก quality ของเราว่าเราได้ทำกับคนไข้จริงๆ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

### การแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้รับบริการ

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการที่ต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ ด้านการรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ

#### 1) ด้านการรักษา

ปัญหาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เรื้อรัง ยากแก่การรักษา เสี่ยงต่อการนอน รักษาในโรงพยาบาลนาน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โรงพยาบาลแห่งนี้จึงมีการวางแผนการรักษา ร่วมกันในทีมสหสาขาทีมมาช่วยในการร่วมวิเคราะห์ รักษา ให้การพยาบาลที่เรียกว่า การทำ Quality round มีการวิเคราะห์ วิจัยจัดการรักษา การร่วมวางแผนในการให้การรักษพยาบาล ร่วมกันร่วมกับญาติ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แล้วมีการติดตามประเมินผลว่าที่ได้วางแผนการ รักษา นั้นผลเป็นอย่างไรต้องปรับเปลี่ยนอะไรบ้างในการวางแผนการรักษาบ้าง โดยยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลางมีการพัฒนาไปเรื่อยๆเป็นวัฒนธรรมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบใหม่ โดยผู้วิจัย นำเสนอถึงการดำเนินการครั้งแรกเพื่อให้เกิดการทำ Quality round ในโรงพยาบาลแห่งนี้ และการ นำวงจร PDCA ดังนี้



“คุยกับแพทย์ ตอนนี้เราจะเปลี่ยนนะ ไปดูคนไข้ที่เตียงดีกว่า เราอย่ามาคุยกันในห้องประชุมเลยหมอมะเขาก็ดีๆนะเขาก็ไปที่ก้นดึกที่มันนั้น ทีมนี้คนที่เกี่ยวข้องโดยที่ไม่ได้นัดล่วงหน้า มาดูคนไข้ให้หน่อย คนไข้คนนี้เป็นอย่างไรอยากจะปรึกษา เราก็ใช้เทคนิคคือฉวยโอกาสเราก็พาหัวหน้าตึกเขาเดินไปดูที่เตียง เขาก็จะพยายามดูระบบ คนนั้นๆเขาจะต่อว่าที่ เรายังงี้เดี๋ยวคือตอนนี้คนไข้มี Secretion เยอะๆนี่มีใช้ด้วยนี้ แล้วหายใจหอบยังงี้ แล้ว Wean Bird's ก็ไม่ได้เราจะทำยังไง เออพออิงคำถามนี้ป๊อ”

“แพทย์ก็จับ Film ขึ้นมาดู แลบกก็เออ Sputum c/s เป็นยังงี้ ภาสซก็ตรงนี้ก็ Sense. ต่อยาพยาบาลก็วันนั้น Suction แล้วมันเป็นอย่างนั้นอย่างนี้มันไม่ได้เท่าไรหว่า พี่ก็แอบยิ้มในใจนะ คือเขาเลิกสนใจระบบที่เขาเถียงกันแล้วเขาหันมาสนใจเรื่องของคนไข้ พอคุยกันเสร็จป๊อหมอกก็เปลี่ยน Order เอาต่อไปอย่างนี้ๆนะ ภาสซก็บอกอาจารย์คะยาตัวนี้มันเป็นอย่างนี้ๆนะ แล้วต่อไปเราจะรู้ได้ไงเดี๋ยวหนูจะไปค้นให้ แลบกก็เหมือนกันว่าถ้ารู้ว่าส่ง Sputum c/s มันลำบากขนาดนี้พอคิดมันมีเครื่องมืออะไรที่ดูเดี๋ยวผมจะเอามาให้ พยาบาลก็บอกอาจารย์ไอ้ตัวนี้มันหมายความว่ายังไง คือเขาได้ปรึกษากันในทีม ญาติคนไข้ก็ ญาติเป็นยังงี้คนไข้ตอนนี้เป็นอย่างนี้ๆเข้าใจไหม”

“พี่ได้เห็นบรรยากาศแบบนี้ พี่ Happy มากเลย เสร็จแล้วก็มานั่งคุยกันข้างนอกก็เลยถามเขาว่าสิ่งหนึ่งที่ได้เห็นเมื่อกี้คือได้เห็นอะไร พยาบาลก็บอกว่าได้เห็นศักยภาพของพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ยังไม่พอ ยังต้องถามเขาอีกว่าถ้าอาการเป็นยังงี้ๆต้องทำยังไงของแพทย์หละ แพทย์ก็บอกว่าเขาไม่มี Planning เพราะฉะนั้นวิชาชีพอื่นก็ไม่รู้ภาสซเขาก็บอกว่าเรื่องของเขาเขาก็ไม่ได้ถ่ายทอดให้คนอื่นรู้เลย ห้องแลบเหมือนกันต่างฝ่ายต่างรู้หน้าที่บทบาทตนเอง รู้ว่าต้องทำยังไง”

“แล้วพี่ก็เลยบอกว่าถ้างานก็แยกย้ายกันไปนะจะไปในแต่ละกลุ่มงานก็ไปพูดคุยกัน เป็นการบ้านแล้วเดี๋ยวเดือนหน้าเราค่อยมาเจอกัน แพทย์ว่าไงรู้ไหม อาทิตย์หน้าๆ มาเจอกันตรงนี้ เราก็มองว่าตัวแพทย์เองเขาก็ชอบเพราะว่าคนไข้เขามีคนมาช่วยคิด โภชนาที่เขาเข้ามาเขาก็ Happy นะ จากที่เขาไม่รู้เรื่องอะไรเลย เขาก็รู้เรื่องโอเค เฮ้ยอาหารมันมีแบบยังงั้นยังงี้ด้วยเหรอนอกจากไข่ต้มไอ้ที่มันเป็นโปรตีน โอ๊ยอาจารย์ Height Protein เดี่ยวหนูจะผสมให้ อาจารย์จะเอาสูตรไหน

อาจารย์ไม่ต้องกินไข่ต้มทุกเตียงหรอก เออไข่ต้มทุกวันเลยเอามาทำไข่พะโล้ได้เป็นหม้อ เสร็จแล้วก็พัฒนาไปเรื่อยๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

“การดูแลผู้ป่วยแบบ PCT แบบสหสาขา พอเราเล่นเรื่องของปี 43 ที่ไปขยายทุก PCT การขยายไม่ยากเราไปเล่า Fa ของแต่ละหน่วยเขาไปดูกันๆแล้วไปกระตุ้นกันแพทย์ แล้วถามแพทย์ว่าชอบไหม ชอบ เพราะว่าคนไข้เขาหาย คนไข้เขาดีขึ้นเขาไม่ได้ทำคนเดียวสหสาขามาช่วยทำเขายอมรับซึ่งกันและกันประตุมันก็เปิดกำแพงมันก็หายไปพอย้ายไปตรงนี้ อย่างอื่นตามมาหมด วัฒนธรรมก็เกิด แต่การที่จะได้มาซึ่งใจคนที่จะเปลี่ยนแปลงนี้ที่จะปรับ Concept ที่จะอะไรนี้ ใช้เวลาพอสมควร เราเปลี่ยนคนเดียวเราเปลี่ยนไม่ได้ เพราะฉะนั้นเราต้องอาศัยคนที่เขามีความคิดเหมือนเราที่จะเข้าไปเปลี่ยน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

“ก็คือในฐานะที่เป็นพยาบาลนะกระบวนการทำงานหลักเรา คนไข้เข้ามาถ้าไม่หนักเราจะทำยังไง ถ้าหนักเราจะทำยังไง มีการ Assess, Assess เสร็จก็มีการ Implement นะ เราจะดูเรื่องอะไร เราจะดูเป็นกระบวนการแล้วก็ประเมินผล Plan, Do, Check, Act กลับมาๆ นี่คือกระบวนการหลัก คนไข้แต่ละคนมา Plan, Do, Check, Act ง่ายๆ เราก็เลยทำเป็นมาตรฐานว่าคนไข้รับใหม่ คนไข้เข้ามาถึงบับหนึ่งแนะนำการปฏิบัติตัว เองๆนี่แหละ ระเบียบปฏิบัติ การรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไรจะต้องปฏิบัติตัวยังไง เสร็จแล้วขณะอยู่โรงพยาบาลก็จะมีมาตรฐานหนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า หก เจ็ด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

นอกจากนี้แล้วในการให้การพยาบาลรักษาผู้ป่วยยังมีการสร้างนวัตกรรมในการแก้ปัญหาในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย มีการสร้างบาร์ดิ่งน้ำหนัก การสร้างหมอนเพื่อใช้ในผู้ป่วยสะโพกหลุด ดังนี้

“ตึกนี้เป็นตึกผู้สูงอายุกระดูกขาหักเยอะใช้ใหม่คะก็ได้นวัตกรรมใหม่ๆ ขึ้นมาว่าการที่เราดึงน้ำหนักนี้ทำให้คนไข้เกิดอาการไม่อยู่นิ่งทำให้บาร์นี้ร่วงลงมาติดกับพื้นแล้วก็มีการเปลี่ยนบาร์ให้เกินขอบเตียงไปนิดหนึ่งแล้วก็ไม่ติดกับขอบเตียงเวลาดึงน้ำหนักก็ไม่ติดขอบเตียงก็คือว่าเป็นการดึงน้ำหนักแบบหนึ่ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 29)

“แล้วอีกอันหนึ่งก็คือหลังคนไข้ผ่าตัด Hip แล้วทำไมสะโพกหลุด dynamic Hip screw แล้วคนไข้ผู้สูงอายุนี้ทำไม Hip หลุด อาจจะเป็นเพราะท่าคนไข้ หรืออย่างไรน้องเขาก็คิดนวัตกรรมขึ้นมาอีกก็โดยปรับเปลี่ยนจากหมอนนิ่มๆ หนึ่งน้องเคยเห็นใหม่คะเวลาคนไข้เข้า Ortho เขาจะให้คนไข้กางขา 45 องศา มันก็เป็นหมอนนิ่มๆ ไซ้ใหม่ ใช้นุ่นทำก็ปรับเปลี่ยนมาเป็นพลาสติกใส่ขาไว้แล้วก็ให้นอนราบ 3 วัน อยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ผลลัพธ์ที่ออกมาตอนแรกคือคิดว่าไม่หลุด 100% หลังจากที่เราสำรวจมานะคะในหนึ่งปีคนไข้หลุดสามรายหลังจากที่เราทำตัวนี้เราไม่อยากจะให้คนไข้ Hip หลุด คือหลังจากทำตัวนี้มาแล้วเราก็มาปรับใหม่ คนไข้เราไม่มี Hip หลุดเป็นครั้งที่สอง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 29)

“มีทั้ง Guide line มีทั้ง Care map มี CPG เออพวก Care map นี้มันต้องทำกับแพทย์ต้องคุยกันในที่ตรงนั้นว่าอย่างสายเด็กรู้สึกว่าจะทำ Care map เรื่องไข้เลือดออก เขาจะคุยกันว่าอะไรที่เป็นปัญหาแล้วเขาจะคุยกัน Care map ก็เป็นวันๆ ไซ้ใหม่หละ Day นี้ดูแลเรื่องนี้ Day ที่สอง ที่สาม ดูแลจนกว่าคนไข้กลับบ้าน เขาจะคุยกันระหว่าง Patient care team ระหว่างตรงนั้นคุยกัน จะทำ Care map ก็เอาเรื่องสำคัญๆ จะเอาทุกเรื่องก็ทำไม่ไหว เอาแต่เรื่องสำคัญอย่างสายเด็กรู้สึกจะเอา Hypertension หรือไข้แม่เจ็บจำไม่ได้ เพราะว่าคนไข้ CVA เยอะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

## 2) ด้านการป้องกันโรค

ในการให้การพยาบาลต้องคำนึงถึงโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้มารับบริการ เช่น การเกิดแผล Bed sore การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น

“อย่างเราจะรู้ได้ไงว่า Bed sore เขาเป็นยังไงขนาดไหนแล้วพี่เขาก็จะทำเป็นบาเตอร์สเกลมาติดไว้ข้างหน้าไฟชาร์ตคนไข้ที่ต้องใช้ต้องคิดว่าเออคนนี้น่าจะมีโอกาสเป็น Bed sore ให้พลิกตะแคงตัวทุกสองชั่วโมงนะ ถ้าคนไข้ปวดพี่เขาก็จะหา Pain scale พี่เขาก็จะทำ Pain scale มันน่าจะใช้ได้ไหม ตามทุกคนเจ้าหน้าที่พยาบาล RN TN พี่เขาก็จะถามช่วยกันคิดว่าเออรูปแบบน่าจะเป็นแบบนี้ได้ไหม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

### 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากด้านการรักษา และการป้องกันโรคที่ต้องพัฒนาแล้ว ยังมีการพัฒนา ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และ ญาติ ซึ่งเป็นกรให้บริการเชิงรุก

“นอกจากการรักษาแล้วเรายังเน้นการส่งเสริมสุขภาพคนไข้ด้วยโครงการที่ สำเร็จที่ได้รับตีเด่นมาก็คือมี Morning walking rally คล้ายๆว่าเมื่อก่อนคนไข้ เยอะเพราะคนไข้ไม่ได้ออกกำลังกายเท่าไร นอนอยู่บนเตียงนานๆ การฟื้นฟู สภาพมันก็น้อย ก็เลยเอาคนที่พอจะเดินได้ ไปเดินรอบสระน้ำออกกำลังกายตอน เช้า คือใช้ไม้ค้ำยันนี้พาไปเดินคนที่ลุกเดินไม่ได้แต่พอจะออกจากเตียงได้ เราก็ใส่ รถเข็น เข็นไปรอบๆสระน้ำตอนเช้าสุขภาพกายก็ดีขึ้นใช้ใหม่ เพราะว่าเราได้ ออก จากเตียง สุขภาพจิตก็จะดีเพราะอากาศตอนเช้ารอบสระน้ำนี้จะดีมากก็จะให้ ญาติช่วย บางคนนั่งไม่ได้เลย แต่ว่าเราไม่ได้ไปทุกวันอาจเป็นเพราะ Stressor ที่ นอนหนะไป เข็นไปนี้ เราทำมาตั้งแต่ปีแรกแล้วแหละแล้วตอนนี้ขยายไปชั้นสองชั้น สามแล้วโครงการนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“เพราะตรงนี้คืองานในเชิงรุกนะพี่ว่าที่จริงแล้ว IC มันต้องลงสู่ Home health care แล้วก็ส่งไปจนถึงว่าประชาชนเขามีการพัฒนาในเรื่องของการสร้าง เสริมสุขภาพยังไง มันก็คือ HPH นั้นแหละ และเข้าไปเพื่อทำยังไงเขาจึงจะพึ่งพา ดู ตนเองได้ถ้าเขาได้รู้จักการป้องกันตัว มีการป้องกันภาวะเสี่ยง ถ้าสุขภาพเขาดีเนาะ เขาก็ไม่ป่วยเป็นโรคหรือถ้าป่วยมีคนในครอบครัวเขาป่วยเนาะ เขาจะดูแลยังไง เขาก็ต้องรู้หลักการ IC ด้วยใช้ใหม่ Home health care ในงาน IC พี่ก็ดูนะ เออ จริงๆพี่มีงานอีกเยอะมากที่จะต้องพัฒนาต่อไปในเชิงรุกแต่ตอนนี้เชิงรุกไป ใน ประชาชน พี่ชอบประชาชนนะ คือ NGO นี่พี่ชอบ พี่อาจจะจบการบริหารพัฒนา ซึ่งลงไปถึงรากเหง้าคือประชาชนนะ เออพี่ถึงจะทำตรงจุดนี้ไม่ใช่เราจะทำ เฉพาะคนไข้ในโรงพยาบาล แต่เราต้องมองถึงว่าทำยังไงเราถึงจะไปป้องกันอยู่ข้าง นอกได้ อันนี้มันคือการรักษาแล้วแหละ ยังไงเราจะเสริมตรงจุดนี้ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

#### 4) ด้านการฟื้นฟูสภาพ

ในส่วนของฟื้นฟูสภาพ เป็นอีกด้านหนึ่งที่ได้รับการพัฒนา โดย จัดให้มีศูนย์ สำหรับการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล และติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล จากศูนย์การดูแลต่อเนื่อง

"หลังคนไข้กลับไปแล้วเราต้องดูแลต่อเนื่องกับศูนย์ CHC คล้ายๆออกเยี่ยมบ้านนั่นแหละ แต่เราต้องประเมินเขาว่าความเป็นอยู่ของเขาดีไหม on catch ติดตัวไปตลอด เขานอนพื้นหรือนอนอะไร เราต้องเรียกญาติเข้ามาถามว่าใครจะเป็นคนดูแล"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

"ถ้าเรามองว่า Case นี้ น่าจะใช่เราก็จะบอกเขาเกินไปสักสองสามวันที่อยู่กับเราเพราะบางคนเขาอยู่กับเราเป็นสองอาทิตย์ สามอาทิตย์ ต่อจากนี้ ก็เยี่ยม Case นี้ น่าจะเป็น CHC นะมาดูให้หน่อยอย่างนี้ เขามาเขาก็เยี่ยมๆแล้วเขาก็รับรู้แล้วตั้งแต่ยังไม่กลับระดับหนึ่ง พอสักอาทิตย์ หนูมาดูแล้วพี่คุยแล้ว เหมื่อยังเดียว หนูไปเยี่ยมใกล้จะกลับแล้วนะ พุ่งนี้ มะรืนนี้เป็นวันต่อวันล่ะทีนี้ พอวันจะกลับ เขาก็ไปส่งคือตามไปดูล่ะทีนี้ ออกมาแบบนั้น "

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 28)

"เราก็มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ให้แพทย์ Discharge คนไข้เราก็ตามเยี่ยม แล้วก็ Refer ให้ PCU เยี่ยมด้วย ในรายที่ไม่ต้องการการพยาบาลมาก Case ไหนที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ศูนย์ดูแลต่อเนื่องลงเยี่ยมด้วย หรือต้องติดต่อกับ PCU เขาก่อนเยี่ยมร่วมกัน เช่นคนไข้โรคกระดูกเนื้องอก ก็จะมีการไปสอนคนไข้ในตึกก่อน แล้วก็ลงไปเตรียมที่บ้านว่าคนไข้ประเภทนี้สวมใส่ได้ไหม ต้องนอนยังไงไปเตรียมให้เขา ไปแนะนำเขา"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

#### ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารจัดการ

ในส่วนของการบริหารจัดการ ที่ต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การแก้ปัญหาอุปกรณหาย เนื่องจากการจัดเก็บหรือวางอุปกรณ์ไม่เป็นที่ หรือทิ้งอุปกรณ์ไว้ โดยไม่ทำความสะอาดให้เรียบร้อย เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ฝ่ายผู้ประสานจึงได้ดำเนินการแก้ไข โดยการเริ่มวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ร่วมหาทางการแก้ปัญหา หากปัญหาแก้ไขเองไม่ได้ก็เสนอผู้บริหารเพื่อสนับสนุนการ

จัดการกับปัญหา หาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้จากการดูงานและคิดร่วมกันในที่นี้ว่าจะต้องมีการ  
โอเคของใช้โดยให้เขาคิดวิธีการแก้ปัญหาเองจึงจะยั่งยืน

"Bed pan หาย เอ๊ะมันหายไปไหนก็ต้องเอามาให้เขาคิดนะก็เริ่มจากง่าย ๆ ก่อน  
ปัญหา คืออะไร Bed pan หาย สาเหตุ คืออะไร หนึ่งในญาติย้าย Ward แล้วก็เอาลง  
ไปด้วย สองเจอเจอคนใช้ถ่ายเยอะๆ คนงานข้างนอก บางที่เขาเอาทิ้งลงถังขยะก็  
จะเจอ ก็จะรู้ปัญหาว่าเกิดจากอะไร รู้จักคิดปัญหา สาเหตุ ผลกระทบเป็นยังไง ไม่  
มี Bed pan ใช้นะคะ เสียชื่อเสียงไหม เราต้องเบี่ยงเบนเสียงบประมาณอีกอะไร  
อย่างนี้ ให้เขาค่อยๆคิด พอเกิดปัญหาปุ๊บเขาจะค่อยๆคิดว่าจะแก้ยังไง ไม่ใช่โทษ  
ว่าเพราะคนงานนี้แหละไม่นับ เอออย่างนี้มันก็ไม่ได้ มันต้องหาสาเหตุก่อนแล้วเรา  
จะรู้ว่าหาสาเหตุ ผลกระทบใช้ไหม สาเหตุคือสมมติว่าญาติถ่ายแล้วเอาลงกระโถน  
เลยเรามีไหมเราก็ต้องไปล้างบ่อยๆก็จะสื่อว่าพอเราเอาไปไว้ห้องน้ำเพราะมันเหม็น  
นี้เขาก็ทิ้ง แล้วเราต้องเอาไปล้างบ่อยๆ แต่ว่าถ้าแก้ตรงระบบใหญ่ก็คือ มันสกปรก  
นะตรงนี้ใครก็รังเกียจเรามีไหมที่ล้าง Bed pan

เอ๊ะที่ไปเห็นศรีนครินทร์ คือเราจะได้ปัญหาตรงนี้ ไปนำเสนอผู้ใหญ่อีก  
ขั้นตอนหนึ่งเพื่อที่จะช่วยตรงก็จะได้ป็นี่เสนอไปซื้อที่ล้าง Bed pan มันก็ความเสี่ยง  
เนาะ เมดไม่รู้ใครทำอะไรมันเนาะ ถ้าเรามีเครื่องล้างตรงนี้ก็ดีขึ้นเยอะ คือมันแก้  
ระบบได้ด้วยไม่ใช่ว่าแก้ปัญหาเฉพาะที่เราคือเขาช่วยออกความคิดว่าจะทำยังไง  
โอเคอย่างนี้ เขาต้องคุยเองว่าถ้าเขาไม่นับมันก็จะหายไปเองอย่างนี้แหละอย่างนี้  
เขาก็จะเกิดระบบโอเคของ ของเขาเอง เขาก็จะคิดว่าถ้าเราไม่นับแล้วเราจะรู้หรือ  
ว่ามันหายเวอร์ใคร เขาบอกว่าเขาจะต้อง โอเค แหละ คือเขาคิดเอง เราอยู่อุรอกว่า  
จะต้องให้เขาโอเค เขาก็จะโอเคนะให้เขาคิดเองแต่ทำให้เขารู้ว่าอันนี้เป็นปัญหา  
ร่วมกันไม่ใช่ของใครคนหนึ่ง"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

### ปัญหาเกี่ยวกับระบบบริการ

ในส่วนของระบบบริการที่มีการปรับเปลี่ยน และพัฒนาให้ดีขึ้น ได้แก่ การพัฒนา  
ระบบการให้คำปรึกษา ซึ่งแต่เดิมไม่มีการจัดให้เป็นระบบ ปัจจุบันได้พัฒนาให้เป็นระบบมากขึ้น

"แต่ก่อนก็มีปัญหาว่าแพทย์ ก. รับ Consult ก็ย้ายมาเฉพาะ Ward  
ตัวเอง พยาบาลก็ Load มาเป็น สิบๆ ต่อไปพยาบาลก็คุยกันแล้วว่าไม่ไหวแล้วนะ

เราจะรับย้ายมาอย่างนี้ไม่ได้เราต้อง Load งานมากเรามาคุยกันว่า เธอเรามี 2 Ward นี้ เรารับเป็นวันคู่วันคี่ได้ไหม เกิดแนวทางแล้วแพทย์เขาก็ตื่นนะ เขาเกิดแนวทางรับ Consult ต่างหากอีกโดยไม่ให้แพทย์ในทีมรับ Consult พอรับเข้ามาวันคี่ไปโดน Ward ไหนก็ตามวันก็เป็นแนวทางชัดเจนมาอีก คือบางครั้งเราไม่ใช่ว่ามันจะเห็นปัญหา มันอาจจะเกิดก่อนเราถึงพัฒนาาก็ได้อย่างเช่นอันนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

### การเกิดแรงจูงใจ

เมื่อมีการพัฒนาคุณภาพไประยะหนึ่ง แล้วพบว่างานที่ถูกพัฒนานั้นได้รับผลดี ที่ผู้ชื่นชมในผลงานของหน่วยงาน ซึ่งคำชมดังกล่าวมีทั้งจากภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีการให้รางวัลกับผลงานดีเด่น ทำให้คนทำงานคุณภาพเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพต่อไป

“ก็มหกรรม HA ก็จูงใจให้เราเห็นภาพรวมของโรงพยาบาลก็จะมี revert ให้ มีทองให้ มีอะไรแจกให้ เรื่องนั้นมันก็เป็นเหมือนสิ่งที่เราได้เหมือนกับว่าทางอ้อมมากกว่าไม่ใช่ตัวหลัก แต่ตัวหลักของเราคือคุณภาพของโรงพยาบาล”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

“กิจกรรมข้อเสนอแนะเราจะมีกรรมการประชุมกันทุกเดือนคือจะมีกรรมการเอามาคัดเลือกเรื่องไหนที่มันสามารถนำไปพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่อง ได้ก็มีรางวัลให้โครงการละ 2,000 บาท พี่ว่าเงินก็มีส่วนนะพี่ว่าก็เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ระดับพนักงานเขามีส่วนร่วมอย่างหนึ่ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

“คือถ้าจะให้เราก้าวออกจากโรงพยาบาลไปที่อื่นเราก็ต้องมาคิดก่อนว่าเอ๊ะที่อื่นจะได้เหมือนกับโรงพยาบาลเราใหม่สวัสดิการที่เราเหมือนกับที่เราได้รับตอนนี้ใหม่ เพราะว่าโอทีของเราได้มันไม่มีขาดเลย โอทีอย่างเช่นเราขึ้นไปเดือนนี้สิ้นเดือนเขาเบิกมาให้เราเดือนต่อเดือนๆจะไม่มีการขาด เพราะว่าเราทำกิจกรรมตรงนี้ได้ ถ้างานเราดี คุณภาพเราดีทุกอย่างมันจะ Flow กลับมาดีหมดเราก็ถือว่าเป็นความภาคภูมิใจที่ถึงแม้ว่าเราเหนื่อยเราก็ได้สิ่งที่ภาคภูมิใจ สวัสดิการเราก็ได้รับดีด้านอื่นๆก็ Career part เราก็ก้าวขึ้นหน้าที่การงานเราก็ไปได้เรื่อยๆ คือคิดว่ามันไม่ตันนะแต่ก่อนเรายังเป็นทางที่มีดมน เวทีที่เขาจะให้เราเสนอความคิดเห็นเขาก็ Block เรา เรามีความรู้ดีกว่าพยาบาลเป็นอะไรที่ไม่ค่อยได้พูดไม่ค่อยได้แสดงข้อคิดเห็น กลุ่มงานเราก็ไม่ชัดเจน พอมาถึงจุดนี้กลุ่ม

งานเราชัดเจนขึ้น ได้พูดได้แสดงความคิดเห็นในสิ่งที่เราคิด ทำอะไรอย่างนี้ มันชัดเจน มัน  
เป็นรูปธรรมขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

“โอย ช้อชมเยอะ ชมเสร็จแล้วเขาก็จดมาให้ เราก็เสนอผู้อำนวยการว่า  
เราได้รับแจ้งว่าผู้ป่วยมาตรงนี้ดูแลเขาเป็นอย่างดี เขาขอบคุณ เขาบอกช้อบอก  
อะไรมาเลย เราเสนอผู้อำนวยการ ก็ให้ติดประกาศแล้วแจ้งตึก ชมเชยก็เยอะ จาก  
จุฬาฯ ตอนนั้นก็มิพิพยาบาลเกษียรแล้วมาป่วยอยู่ที่ตึกพิเศษบอกว่าน้องดูแลดี  
มากที่คิดว่าโรงพยาบาลบ้านนอกนี่นะ น้อง(ชื่อหัวหน้าพยาบาล)นะที่ยังจดในสมุด  
จดทั้งหมดเลยนะที่คิดว่าจะไม่เอาไหน พี่ยังมีชื่อเขาอยู่เลยนะที่จบจากจุฬาฯเกษียร  
แล้วลูกชายเป็นนายร้อย ร้อยเอกอย่างนั้นอย่างนั้น โอยที่ประทับใจในกรุงเทพฯ  
ยังไม่รู้เลยเพิ่งก็พูดทำนองนั้นแหละ ที่ประทับใจ พี่ยังจดไว้เลย พี่เขาชื่นชมพี่ถึง  
บอกว่าน้องนี่ยังใจดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเขาได้รับบริการที่ดีแล้วเราก็สุขใจด้วยมันอ้อม  
เอมนะทำบุญกุศลยังไม่เท่าดูแลผู้ป่วยนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ตอนนั้นรู้สึกว่ามี ความพึงพอใจในระดับค่อนข้างสูงเกิน 80 ที่เหลือนี้ยัง  
60 กว่า 70 อะไรแบบนี้มันเกิดการเปรียบเทียบขึ้นมันก็เกิดการซักมอง เออเขาทำ  
อะไรทำไมเขาถึงมีแบบนี้เพราะว่าครั้งแรกนี้การเก็บข้อมูล IP voice ค่อนข้างจะมี  
ปัญหาว่าเก็บทำไมแล้วเขาก็พยายามเอามา Interpret แต่ในที่สุดนี้พอเราเอามา  
Interpret ให้เห็นชัดๆว่าตรงนี้เห็นไหมนี่เขาชม ความพึงพอใจอยู่ในระดับ 80 ทุก  
Ward ตัวคนไข้ชมว่าคุณพยาบาลคนนี้นะ เขาก็จะมีการมองกันแหละเขาเริ่มปรับ  
การบริการเริ่ม Patient focus มากขึ้น ความพึงพอใจมากขึ้นอย่างนี้เขาก็แข่งกัน  
พัฒนามากขึ้น แล้วเขาก็มีการเหมือนกับมีการกระตุ้นว่า เอ้ยลองไปศึกษาดูงาน  
กันสิว่า Ward นี้เขามีอะไรที่บริการที่ดี มี Good practice ที่ดีพา Ward นี้ไปดู  
Ward นี้บ้างอะไรอย่างนี้ พาเจ้าหน้าที่ Ward นี้ไป Ward นี้เป็นการกระตุ้นความ  
สนใจมากขึ้นมีหลาย Ward ที่เขาได้ทำ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 31)



## การเรียนรู้เพื่อเข้าใจแนวคิด HA

ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพนั้น บางครั้งผู้พัฒนางานคุณภาพขาดความเข้าใจแนวคิด HA แต่มีความมุ่งมั่นที่จะใช้แนวคิดดังกล่าวในการพัฒนางานให้มีคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงวิธีการเรียนรู้ 2 วิธี คือการเรียนรู้จากผู้รู้ และการเรียนรู้ด้วยตนเอง

### การเรียนรู้จากผู้รู้

การเรียนรู้วิธีการนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้รับความรู้จากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่โรงพยาบาลเจริญมาบรรยาย เรียนรู้จากการสนทนากับผู้ประสานงานคุณภาพ และการเรียนรู้จากการเข้าร่วมประชุมวิชาการ

“พอเราจะเขียนนโยบายปฏิบัติก็โน้มน้าเอาแบบ ISO เข้ามาเขียนเชิญ อาจารย์ผู้ Expert อาจารย์ก็มาจากโน้มน้าเชิญมาสอนเรื่องการเขียน Policy การปฏิบัติภารกิจก็แบ่งเป็นกลุ่มๆ ให้ฝึกเขียนจะเขียนวิธีปฏิบัติ อย่างเช่น การใส่หมวกพยาบาลทำยังไง หรือการซักเปียแต่ละคนเขียนๆ เขียนเสร็จแล้วก็ไปสาธิต Demonstrate ให้เพื่อนดูคนหนึ่งอ่าน คนหนึ่งทำตามก็สนุกสนานก็คือ ตอนที่อาจารย์เข้ามาสอนเสร็จแล้ว Phase ต่อไปก็คือว่าเออเงินเราก็ไม่มีเนาะต้องจ้างอาจารย์อีกเยอะเนาะก็ ก๊อบคนนี้แหละมาสอนด้วยกัน พี่...(ชื่อบุคคล) นี่เป็นตัวหลักก็ Trained พวกพี่ ก็สอนกันก็จัด Class สอน เราก็เรียนรู้ สอนไปด้วยเรียนไปด้วยหนะ พี่นี่สอนเขาไปด้วยแล้วก็เรียนไปด้วย ไม่ใช่ว่ารู้ทั้งหมดนะคือสอนเขาแล้วเราก็เรียนกับเขาคนนั้นแล้วก็มาสอนคนนี้ ทั้งหมดคือเราเรียนรู้พร้อมๆกัน ก็เราดูจากเอออาจารย์สอนยังไง เออเราก็เอามาทำจัด Class สอนซึ่งพี่เขาก็เอามาทำเรื่องระบบเอกสาร ก็มาสอนเรื่องนี้เรื่องนั้นนะ เรื่อง Coaching เรื่องอะไรนี้ เขาก็ส่งทีมพวกเราไปอบรมที่เขาเปิดคอร์สอบรมใกล้ๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“จนกระทั่งช่วงที่จะ Accredit พอจะ Accredit ึ้นนี้มันก็ต้องหลายเรื่อง ึ่งก็คือ ก็ต้องมีทีมช่วย พี่ก็ไปช่วยพี่เขาข้างบน อาศัยก็คือเรียนรู้จากประสบการณ์จากพี่ (ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล) เขาแล้วก็จากประสบการณ์จากคนอื่นที่เขาให้มา แล้วก็เรียนรู้จากทีมที่เราไปคลุกคลีด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“แล้วก็พาไปงานของ พรพ. ที่เขาจัด มหกรรม National forum หรือเรื่องของการประชุมวิชาการที่มันเกี่ยวข้อง เราก็มีโอกาสนี้ไป ไปดูเขาแล้วเราก็เอาประสบการณ์นี้มาเล่าแล้วก็มาพัฒนาพวกเราเอง ซึ่งบางอย่างเราไม่ถึงเขาหรอก

เนาะมัน go Inter บางส่วนเราก็ไปไม่ถึง เราก็ทำในส่วนของเราที่ทำได้ ก็คือเรียนรู้ในส่วนที่เราทำได้ ไปด้วยกันเรื่อยๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

#### การเรียนรู้ด้วยตนเอง

การเรียนรู้วิธีนี้ เป็นการค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับแนวคิด HA ด้วยตัวผู้ให้ข้อมูลเอง ซึ่งได้แก่ การเรียนรู้จาก Internet การอ่านหนังสือ และ การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ

“พวกที่ไปเอา Care map จาก Internet มาคือพวกที่จะเรียนจากนี้แหละ คือจากพี่เขา Search Internet ให้พี่เขาจาก Internet มาให้พวกพี่ที่ทำกันแล้วก็ซีรอกแจก อยากรู้ได้อะไรที่เหมือนมันแหละ นี่แหละมาตรฐาน 9 GEN เดิมพวกพี่ก็ซีรอกแจก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“อ่านหนังสือ ชื่อหนังสืออ่านนะพี่นะ ชื่อหนังสือไป ISO เขาไม่ได้แจกเรา พี่ไปร้านหนังสือขาย ออ ISO พัฒนา HA ก็ซื้อแล้วก็มาอ่าน แล้วก็มาก็ออบว่าเขาทำอย่างนี้แล้วเราทำได้ไหม มันก็แตกความคิดออกไป พอจากตรงนี้บูบก็เป็นแบบสิเราทำอย่างนี้ดี เราก็ไปเล่าให้เพื่อนฟัง เพื่อนหัวหน้าตึก นี่อันทำอย่างนี้ดีนะๆ ลองดูไหม เขาสนใจเขาก็มาดูก็ไปทำ คือการเรียนรู้ร่วมกันไงแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ทำเสร็จจากมาตรฐานแล้วไปทำแล้วมาทำเป็น Guide line เรามาทำเป็น Guide line ขึ้นมา Guide line นี้แพทย์เป็นคนเริ่มก่อน Guide line เกี่ยวกับคนไข้ ดึง skeletal traction ดึง Skull traction เราก็ทำเชื่อมแล้วก็มีหนังสือเป็นตัวอื่น”

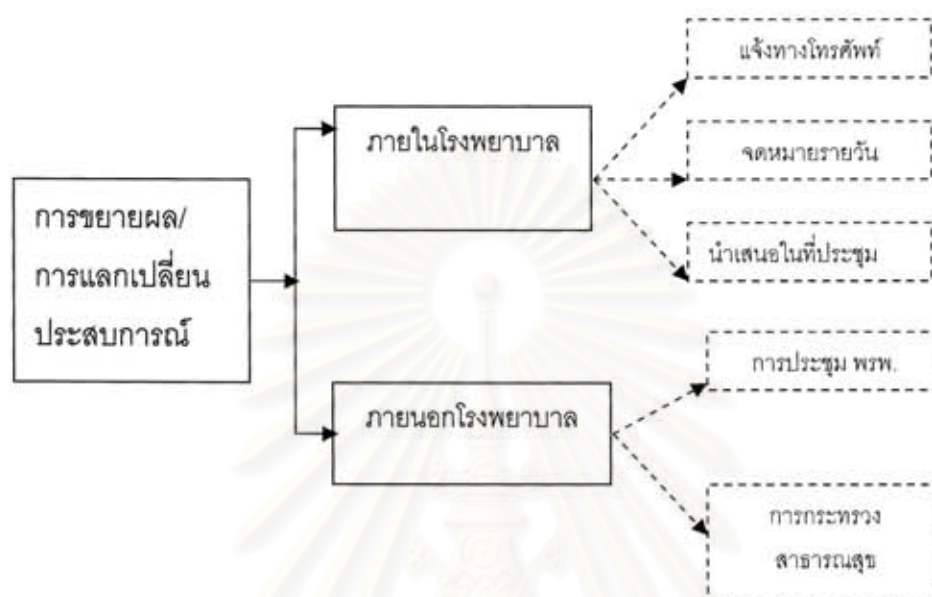
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 29)

“ทีนี้คนที่เขาจับประเด็นได้เขาก็จะเริ่มเข้าใจแล้วว่าอะไรที่ต้องพัฒนาก็เยอะแยะเลยอะไรเล็กๆน้อยๆในหน่วยงาน เช่น การวางอุปกรณ์บางอย่างเช่น เครื่องช่วยหายใจ ที่แขวนให้น้ำเกลือ ที่วาง Urinal ของคนไข้ข้างเตียง การผ่อนคลายความกลัวของเด็กจะทำยังไง อันนี้เป็นการพัฒนาอย่างหนึ่ง อะไรอย่างนี้เขาก็เริ่มรู้แล้วเขาก็พัฒนาไปเรื่อยๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 31)

## ขยายผล / แลกเปลี่ยนประสบการณ์

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือการขยายผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ด้วยวิธีการต่างๆ ดังแผนภาพที่ 10



แผนภาพที่ 10 การขยายผล / การแลกเปลี่ยนประสบการณ์

### ขยายผล / แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในโรงพยาบาล

การขยายผล/การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในโรงพยาบาล เกิดขึ้นได้จากการร่วมกิจกรรมต่างๆ ในการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพผ่านทางโทรศัพท์ จดหมายข่าว และการประชุมต่างๆ ดังนี้

“(ชื่อหัวหน้าหอผู้ป่วย) รับปุ๊บทำปั๊บแล้วก็เอามา Present มาเล่า โทรศัพท์มาเล่า เล่าเสร็จก็กระจาย เราก็กระจายอย่างนี้ตลอด”  
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

“พอดูเสร็จเราก็มีจดหมายข่าว เราก็ออกสารจดหมายข่าวเลยให้คนอื่นรู้ แล้วเราก็ไปพูดตรงนี้ๆ ยกตัวอย่างเขา ให้ เขาก็มีความรู้สึกเขาภาคภูมิใจในสิ่งที่เขาทำ ให้คนอื่นได้รับรู้ เขาจะแจ้งที่มามากเลย เราใช้วิธีการแบบนี้ทำมาตลอด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

“เราจะมีประชุมใหญ่ HA ของเราประจำทุกเดือน ทุกหน่วยงานของกุมารของเราเองทั้งแพทย์ ทั้งพยาบาลของเรา แล้วก็คนที่ประสานนี้แหละ หัวหน้ากลุ่มงาน PCT อื่นๆว่ามีอะไรใหม่ที่จะมาร่วมประชุมที่ละมีอะไร FA ละเรื่องอะไรจะเอาเรื่องอะไร ก็จะมีอย่างนี้ทุกเดือน สมมุติว่าเรามี Case ทำ Quality Round อย่างนี้ผู้ประสานเขาจะดูว่า Case นี้เกี่ยวข้องกับวิชาชีพไหนจะเชิญเข้ามาร่วมช่วยกันดูแลคนไข้คนนี้ เขาก็จะเป็นคนออกหนังสือเขาก็จะเป็นคนดำเนินการสื่อสาร ส่งข่าวสารให้อะไรประมาณอย่างนี้หรือว่าหน่วยงานอื่นจะประสานกับเรายังงี้ก็เข้าหาคนนี้ก็จะเป็นจุดรวมศูนย์มันก็จะดูแบบง่ายขึ้น มีคนรับผิดชอบโดยตรง ตามงานก็ง่าย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

“ถ้าพี่จะกระจายไป Ward อื่นนะพี่ต้องเอาไปเข้า PCT เมटक่อนเขาก็จะดูอ้ออันนี้ทำดีก็เยี่ยมมันทำได้ ถ้าทำใน PCT เมटक็นี่ สี่ห้าดีก็มันทำได้ใหม่ ถ้าทำไม่ได้ปรับเปลี่ยนอย่างไร เพื่อจะช่วยกันปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทหลายๆดีก็ PCT เมटक ยอมรับว่ามันดี อยากให้ใช้ทั้งโรงพยาบาลใช้ใหม่คะ เราก็เขียนส่งขึ้นไปศูนย์คุณภาพ ศูนย์คุณภาพเขาก็จะดูแล้วเขาก็จะเอาไปให้แต่ละดีก็ทดลองปกติเราจะประเมินผลนี้ สามเดือน ก็เอามาเสนอสิว่าผลที่คุณเอาไปนี้มันเป็นอย่างไงมากน้อยขนาดไหน แต่ละดีก็ทำของใคร ของเราไปในแต่ละเดือนแต่ว่าสามเดือนจึงจะสรุปผลเดือนที่หนึ่งที่เราขยายผลนี้สามเดือนเป็นอย่างนี้แล้วมีการปรับเปลี่ยนยังงี้บ้าง ดูว่ามันจะเป็นของโรงพยาบาลได้ไหม อ้อ มันมีขั้นตอนของมันอยู่ ไม่ใช่พี่จะทำแล้วมันจะไปทั้งโรงพยาบาลได้เลยนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 32)

“ผลที่ได้ใน PCT เราออกมาเราก็จะไปนำเสนอข้างบนมี Fa ใช้ใหม่คะ ศูนย์คุณภาพเขาจะประชุม Fa ทุกเดือน เขาก็รู้ว่าแต่ละ PCT มีการพัฒนาอะไรที่จะแจ้งกันเราก็นำผลอย่างนี้ๆว่า PCT เรามีอย่างนี้ๆว่า PCT ไหนจะนำไปขยายผลต่อก็ได้ เราจะมีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการประชุม Fa ในแต่ละเดือนเป็นอย่างนี้บางเรื่องของพี่ยังไม่มีใช้ใหม่คะเราก็ได้จากตรงนั้น เราก็เก็บมาที่ดีก็เรามาคุยกันที่ดีก็เรา คุยกันในระดับของหัวหน้าเออเราเอาเข้าใน PCT เราสิ เราไม่ใช่ดีก็นำร่องก็ได้แต่เราได้จากที่อื่นมา เราลองเอาเข้าในที่ประชุม PCT เราสิ PCT เอาเข้าใน PCT เดือนนี้เราลองเอาเข้าดีที่ประชุม PCT จะเห็นด้วยไหม PCT เราจะ

ทำเฉพาะงานบริหาร เราไม่ได้ทำบริการ ระดับบริหารนี้เราจะแจงไป ถ้าระดับ PCT  
รับรองก็แจงไปให้แต่ละตึกทำ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 32)

“FA นี้จะประชุมทุกเดือนนะกับ HA คือมีอะไรเขาจะมีหนังสือเชิญประชุม  
แล้วเราก็มาร่วมแจงต่อพวกข่าว แต่ว่าก็จะมีหนังสือมาอยู่แล้วแหละก็จะทำให้การทำงาน  
สะดวกราบรื่นขึ้นเนาะ FA เข้าไปแต่ละ Ward แต่ละแผนกไปเวลาประสานงานมันก็  
จะง่ายขึ้น เร็วขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

### ขยายผล/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายนอกโรงพยาบาล

นอกจากนี้การนำเสนอผลงานภายในโรงพยาบาล ยังมีการนำเสนอผลงานในมหกรรม HA  
ได้มีการจัดทำขึ้นในปี 2543 เป็นครั้งแรก ซึ่งทางโรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการ HA เข้าปีที่ 3  
วัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานคุณภาพให้บุคลากรในโรงพยาบาลทราบว่าหอ  
ผู้ป่วย หรือในหน่วยงานได้มีการพัฒนางานในด้านไหนบ้าง เป็นอย่างไร และเป็นการแลกเปลี่ยน  
ประสบการณ์ เผยแพร่ผลงาน มีการนำผลงานที่ดีไปใช้ นับได้ว่าเป็นเวทีแห่งความเสมอภาคในการ  
ที่จะนำผลงานการพัฒนาคุณภาพไปเสนอซึ่งบุคลากรที่นำเสนอผลงานจะมีตั้งแต่ คนงาน ผู้ช่วย  
พยาบาล พยาบาล แพทย์ รวมทั้งบุคลากรต่างๆ ในหน่วยงานสนับสนุน ทำให้เป็นเวทีแห่งการ  
พัฒนาบุคลากร เพิ่มศักยภาพในการนำเสนอผลงาน โดยจะมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคคลที่  
สนับสนุนอยู่เบื้องหลัง ซึ่งจะมีการประกวดผลงานด้วย ผลจากการที่ได้นำเสนอผลงานทำให้ผู้นำ  
เสนอผลงานเกิดความภาคภูมิใจในงานที่เขาได้ทำและมีความต้องการที่จะพัฒนางานอย่าง  
ต่อเนื่องต่อไป

“ถ้าเขาทำชัดเจนเรื่องนี้ก็ให้เขาเป็นตัวแทนไปแล้วแต่ว่าหลังจากนั้นทุกคน  
ต้องมี Competency แบบนี้ เพราะฉะนั้นทุกคนจะถูกมอบหมายจากพี่ให้ไปขึ้น  
เวทีครั้งแรกเมื่อนั้นเขาจะเกิด CQI ของเขา เขาจะกล้า พี่จะให้โอกาสทุกคนเท่ากัน  
...พี่มอบหมายไฉอย่างน.ส. ก. เธอดูแลเรื่องความเสี่ยงนะ น.ส. ข. เธอดูแลเรื่องการ  
วางแผนจำหน่าย การสร้างเสริมสุขภาพ น.ส. ค. ดูแลเรื่องการบันทึกทางการแพทย์  
พยาบาลนะ น.ส. ข. ดูแลเรื่องงาน IC นะ เพราะฉะนั้นพอมีกิจกรรมเกี่ยวกับเรื่องพวก  
นี้ก็ให้พวกนี้เป็นแม่ข่ายในการไปแล้ว คนงานดูแลเรื่องความสะอาดไหนไปแล้วสิเรื่อง 5  
ส. ทำยังไงในตึก คนงานพี่ก็ได้พูด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

“แล้วก็พาไปงานของพรพ. ที่เขาจัด มหกรรม National forum หรือเรื่องของการประชุมวิชาการที่มันเกี่ยวข้อง เราก็มีโอกาสนี้ไป ไปดูเขาแล้วเราก็เอาประสบการณ์นี้มาแล้วแล้วก็มาพัฒนาพวกเราเอง ซึ่งบางอย่างเราไม่ถึงเขาหรอกเนาะมัน go Inter บางส่วนเราก็ไปไม่ถึง เราก็ทำในส่วนของเราที่ทำได้ ก็คือเรียนรู้ในส่วนที่เราทำได้ ไปด้วยกันเรื่อยๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ก็ได้้นำเสนอผลงานทางวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 43 เรื่อง Recycle เรื่องเอาผ้าชำรุดมาทำเป็นผ้าเช็ดมือนี้ของกระทรวงนะคะแล้วปี 2544 ก็เป็นเรื่อง one stop service ที่เราทำนะคะที่นำเสนอกระทรวง แล้วก็ปี 2545 ที่ผ่านเรานำเสนอเรื่องอัตราตัวชี้วัดของกระทรวง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 17)

#### บูรณาการแนวคิด คุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลแห่งนี้มีการพัฒนาอย่างยาวนานสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด ไม่ว่าจะเป็นแนวคิด OD, ESB, 5ส. , 3S, QC และที่สำคัญคือแนวคิด QA ที่กลุ่มการพยาบาลทุกโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพและประกันคุณภาพมาโดยตลอด ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสน จึงมีการทำความเข้าใจในแนวคิดต่างๆ เพื่อบูรณาการที่จะใช้ในโรงพยาบาล

“อันนี้ก็จะเป็นขบวนการขึ้นมาแต่พื้นฐานทั้งหมดของเรามันก็คือ OD ใช้นิใหม่ คือ OD แล้วก็คือ ESB คือ 5 ส. นะอันนี้เรามีพื้นอยู่แล้วนี่เรามีพื้นอยู่แล้วเราถึงไปค่อนข้างเร็วไง อันนี้คือวิเคราะห์ในภาพรวมนะ ของ IC นี้เหมือนกันเราวางพื้นไว้ก่อนตั้งแต่เป็น 5 ส. ESB, OD ที่พูดให้ฟังทุกคนจะมีพื้นตรงนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“เราทำอยู่แล้ว เรามี QA อยู่แล้วพื้นฐานใช้ใหม่ เสร็จแล้วจะมี QC ที่ที่บอกไปเมื่อกี้นะควบคุมคุณภาพ เป็น TQM เป็น PDCA แล้วออกมาเป็น HA แล้วก็ CQI แค่นั้นเอง เราจะประเมินอะไรในตอนต้น เราประเมินตนเอง ประเมินที่ตัวเรา ประเมินในเรื่องของประเมินความรู้ศักยภาพของเรานะอันที่หนึ่ง อันที่สองเราประเมินกระบวนการก็จะมีในเรื่องของเอชเอชขบวนการเรียนรู้จะเรียนรู้ร่วมกันนี่เป็น Learning Organization แล้วก็ในเรื่องของ PCT เราต้องมีอยู่แล้วในเรื่องของ

PDCA ในเรื่องของCQI นะอันนี้เป็นกระบวนการที่เราต้องปรับ ปรับทำอะไร เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการงานของเรา นี่ก็มีการปรับให้มันดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“พอเราไปประชุมเจอ ISO เจอ PSO, TQM ถ้ามว่ามันเป็นเรื่องเดียวกันใหม่ที่มีความรู้สึกว่ามีให้น้ำหนักว่าเป็นเรื่องเดียวกันแต่ เส้นเลือดเล็ก ๆ ไปด้วยกันนี้แหละ แต่ PSO, TQM, HA เป็นตัวบีบเท่านั้นเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“แบบเมื่อก่อน (ชื่อผู้ประสานงานคุณภาพ) ก็มันต้อง HA อย่างเดียว มีคนบอกว่า คนเราไม่ได้เกิดจาก HA อย่างเดียวนะ คนเรามีความดีมาก่อน ถ้ารากเหง้าของเราจริงๆนะ 3 S นะ 5 ส. นะมันรากเหง้านะ มา HA ทำไมเราต้องทำ 5ส. เพราะว่าเราต้องการทีม Team work มาก่อนเพราะฉะนั้นมันคืออะไรก็ได้ (ชื่อนุศุล) แกก็บอกว่า HA บอกว่ามันมีตัวหนึ่งที่เขียนระบบความคิดมันบอกอยู่แล้วบท 15 ลงมานี้ เพราะฉะนั้นทำ QA ก็ไปตอบ HA ได้ ทำ HA ก็ตอบ QA ได้ เพราะฉะนั้นมันก็คือประโยชน์มันเกี่ยวกันไม่รังเกียจกัน”

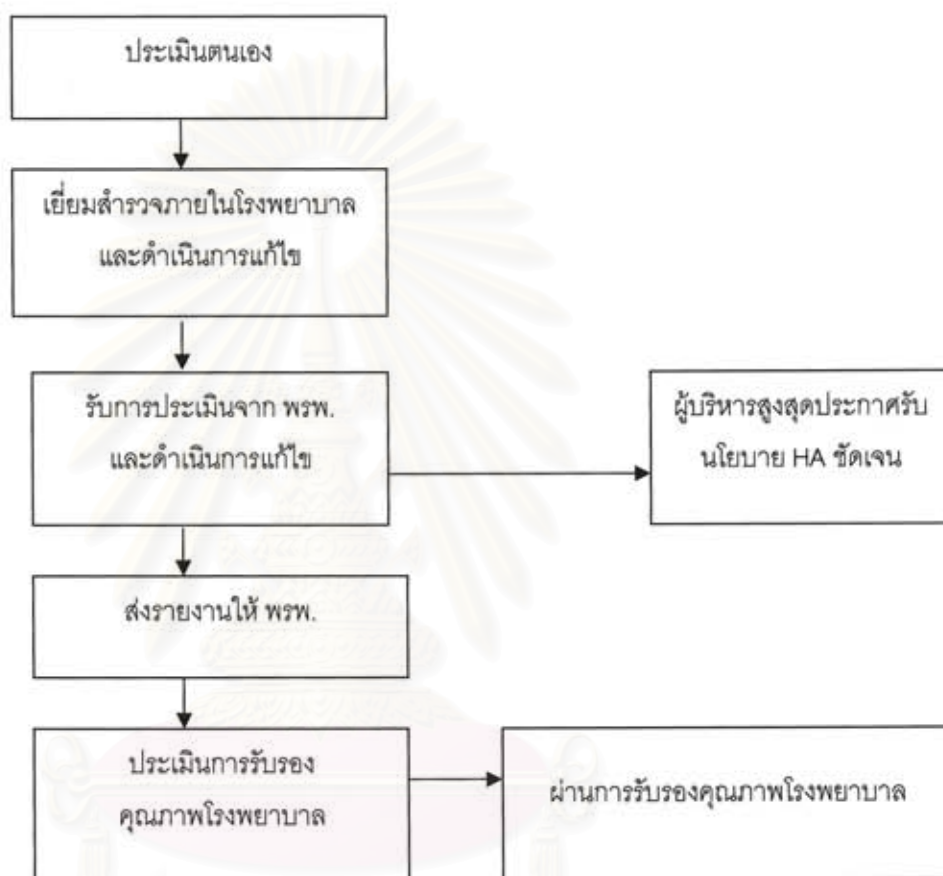
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“การพัฒนางานที่ใช้ทั้งสองอย่างพีก็อ่านในมาตรฐานกาญจนภิเษกอ่านดูว่ามาตรฐาน IPD เราจะต้องเอาตั้งแต่มาตรฐานไหนมา คือตั้งแต่หนึ่งถึงยี่สิบ คือต้องดูว่าจะเอาตัวไหนมาที่เราจะใช้ใน Concept ของมัน ในส่วนนี้ก็ในขณะเดียวกันพอมามองในหน่วยงานของเรามาตรฐานกาญจนภิเษกจะเขียนไว้กว้างๆใช้ใหม่กะพอเรามาดู Detail ของเนื้อหาจริงๆ เพราะฉะนั้นในการทำ Process เราจะทำยังไงพีก็จะมาใช้ในเล่มของมาตรฐานการพยาบาลของสำนักการเล่มนี้ซึ่งเขาจะลง Detail ว่าต้องมีกาทำกิจกรรมอะไรพีก็เอตัวนั้นมาเป็นตัว MIX แล้วเราก็เขียนเป็น Policy เขียนเป็นกระบวนการทำงานของเราทั้งสองเรื่องถ้าเราเอามา MIX ใส่กันเป็นกระบวนการหลักอย่างนี้ คือเราจะต้องอ่านทั้งสองส่วนแล้วเราก็มาปรับเป็น Model ของเราอันนี้ อันไหนที่มันดีกว่าพีก็จะใช้อันนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 25)

### ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ในระยะนี้ ประกอบด้วยขั้นตอน การประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาล และดำเนินการแก้ไข การรับการประเมินจาก พรพ. และดำเนินการแก้ไข ผู้บริหารประกาศรับนโยบาย HA ชัดเจน การส่งรายงานให้ พรพ. การประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และ การผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้



### แผนภาพที่ 11 ระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

#### ประเมินตนเอง

การประเมินตนเองเป็นขั้นตอนที่ต้องดำเนินการเป็นระยะๆ จนกระทั่งบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งนี้ ได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลที่จังหวัดเชียงราย และกรุงเทพฯ แล้วนำมาเปรียบเทียบ (Benchmarking) ระดับการพัฒนาคุณภาพกับโรงพยาบาลตนเอง พบว่ามีการพัฒนามากพอๆกัน หรือบางประเด็นอาจจะมากกว่าด้วยซ้ำ จึงเกิดความมั่นใจว่าโรงพยาบาลแห่งนี้น่าจะมีโอกาสที่จะผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้



“เราได้มีการทบทวนตัวเอง ดูแลตัวเองมากขึ้น อย่างการเขียน Self assessment นะเป็นสิ่งที่ดีเพราะคุณอยู่ระดับไหนแล้ว บันไดคุณภาพคุณอยู่ระดับไหน พอเรารู้ว่าเราด้อย เราก็จะพัฒนาตนเองเหมือนกับการประเมินตนเองปีต่อปี นะใช่ไหมคะอันนี้ก็คือ HA คือรู้ตัวเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“เราจะประเมินตนเองก่อนนะ หาโอกาสพัฒนาเสร็จเราจะประเมินตนเอง เราประเมินตนเองก่อนถึงจะเชิญเขามา survey คือช่วงนี้เราทำๆกัน เขาทถามเรา ว่าพอหรือยัง ถึงไหนแล้ว เราไม่รู้ เขาก็ไปดูงานหลายที่ ไปกรุงเทพฯ ไปอะไรชวง นั้นพี่ไม่ได้ไป ชวงนั้นเรามาทำ Self assess กันอยู่กันจนตีห้า พอเสร็จแล้วทีมเขา ไปกรุงเทพฯ กลับมา เขาไปเชียงใหม่กลับมา คุยไปดูเชียงใหม่แล้ว อันนี้เราก็มี อันนี้เราก็มี บางอย่างเราดีกว่าเขาด้วยซ้ำ เราก็กลับมา set มาตรฐานเราเลย Self assess อะไรทั้งหลายแล้วก็กลับมาดูจริงๆก็น่าจะได้ก็เลยขอ survey ทาง พรพ. บอกเตรียมให้ดีๆนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

“พี่ไปดูงานที่เชียงใหม่ HA ซึ่งจริงแล้วที่เราไปดูที่เขาทำเป็นขั้นตอนวิธีการ เรามีหมดแล้วแหละ เพียงแต่ที่เรามาจัดระบบขึ้นมันก็ง่าย พอไปดูงานเชียงใหม่ เราก็เบาใจ เราทำเยอะแล้วนี่ว่า แต่ละตึกโอเค เราไปทำตรงนี้ๆ เมื่อนี้เราไปปรับ เอง ยুমืออย่างนี้ใช่ไหม พยาธิคุณต้องไปปรับตรงนั้นจะให้เสนอดตรงนั้นแล้วเราก็สรุป ภาพรวมที่เราไปดูงาน เสนอกรรมการบริหารกรรมการบริหารเขา ที่เราไปเราต้อง เสนอว่ามันมีปัญหาอะไรอย่างนี้ๆ เราได้อย่างนี้มามีปัญหาอย่างนี้ เราจะแก้แบบนี้ กรรมการบริหารเห็นด้วยไหม กรรมการบริหารจะเสริมอะไร จากนั้นกรรมการบริหาร ก็จะอนุมัติลงมาซึ่งสิ่งที่อนุมัติลงมา มันอาจจะเป็นโครงการนะ อาจจะเป็นแก๊จุดนั้น อย่างนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 32)

สำหรับการประเมินตนเอง โรงพยาบาลจะใช้แบบฟอร์มของ พรพ. เป็นเครื่องมือในการ ประเมิน ทำให้รู้ว่าโรงพยาบาลมีจุดแข็ง จุดอ่อนอย่างไร แล้วนำจุดอ่อนมาดำเนินการแก้ไข

“ใช้แบบฟอร์ม Self assessment ที่พรพ. ส่งมาให้เป็นตัวเครื่องมือในการ ประเมินตนเองแต่ละหน่วยงานก็มีการประเมินตนเองก็จะรู้ว่าตนเองอยู่

ตรงไหนมีจุดอ่อน จุดแข็งอะไร จะทำอะไรต่อไปเราควรทำอะไรเพิ่มเติม วางแผนพัฒนาส่วนขาดก็เติมไปเรื่อยๆแล้วพอจะถูกเยี่ยมอีกรอบหนึ่งเราก็ไปดูสิว่าเราก็เตรียมความพร้อมเป็นระยะๆไป”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

“เสร็จตามนั้น มันมีแนวประเมินอยู่ เอาแบบประเมินแต่ละข้อมาเทียบว่าข้อที่ 1 คุณผ่าน คุณต้องมี 1-2 อย่างนี้จากตรงนั้นเอาตรงนั้นมาจับคู่กับมาตรฐานเล่มสี่สี่ม อันนี้เป็นคัมภีร์เลยนะแพทย์ทุกคนแจกให้เขาไปอ่านเลยนะ เขาจะได้เข้าใจคือศูนย์เขาก็ไม่อ่านหนังสือเหมือนกันเกี่ยวกับหนังสือฉบับบูรณาการ ก็ประเมินไปเรื่อยๆ เพราะว่าเขาไม่ได้ให้เราได้ 20 บทถึงผ่าน ผ่านถึงคะแนนตรงไหนถ้ายอมรับได้ก็ผ่านก็พัฒนาไป เช่นยกตัวอย่าง Discharge plane บทที่ 20 คนใช้ เราไม่ได้ทำว่าทุกคนต้องทำหมดนะ เราเลือกมา โรคไหนที่มันยุ่งยากมากในการ Discharge plane เช่น CVA มันสำคัญที่สุด มันเกี่ยวข้องกับทุกวิชาชีพเรื่องนี้เราเอา CVA เราก็จัดทำมีกลุ่มพัฒนา CVA ขึ้นมา...พอศูนย์คุณภาพใหญ่เข้ามาเป็นช่วงเราก็สบาย การประเมินตนเองต้องมานั่งกันหมดนะ 5-6 คน พยาบาลทั้งผู้ปฏิบัติอะไรมาช่วยกันทำก็ 6 เดือนประเมินครั้งหนึ่งเพราะว่าบางครั้งการพัฒนาไม่ได้เร็วเนาะเพราะมันองค์กรใหญ่ 6 เดือนแต่ว่าทีมต้องประชุมทุกเดือนเพราะว่าเรามีนัดแล้วว่าทุกเดือนคุณต้องมานำเสนอความก้าวหน้าของคุณเราก็จะชงให้แพทย์นำเสนอ เขาจะรู้ว่าเขาก็ทำได้ ถ้าไม่อยู่ก็จะมอบหมายให้คนอื่นแทน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

“ประเมินตนเองก็มี พอศูนย์คุณภาพใหญ่เข้ามาเป็นช่วงๆเราก็สบาย การประเมินตนเองต้องมานั่งกันหมดนะ 5-6 คน พยาบาลทั้งผู้ปฏิบัติอะไรมาช่วยกันทำก็ 6 เดือนประเมินครั้งหนึ่งเพราะว่าบางครั้งการพัฒนาไม่ได้เร็วเนาะ เพราะมันองค์กรใหญ่ 6 เดือนแต่ว่าทีมต้องประชุมทุกเดือน เพราะว่ามีนัดแล้วว่าทุกเดือนคุณต้องมานำเสนอความก้าวหน้าของคุณเราก็จะชงให้แพทย์นำเสนอ เขาจะรู้ว่าเขาก็ทำได้ ถ้าไม่อยู่ก็จะมอบหมายให้คนอื่นแทน เสร็จตามนั้น มันมีแนวประเมินอยู่ เอาแบบประเมินแต่ละข้อมาเทียบว่าข้อที่ 1 คุณผ่าน คุณต้องมี 1-2 อย่างนี้ จากตรงนั้นเอาตรงนั้นมาจับคู่กับมาตรฐานเล่มสี่สี่มอันนี้เป็นคัมภีร์เลยนะแพทย์ทุกคนแจกให้เขาไปอ่านเลยนะ เขาจะได้เข้าใจคือศูนย์เขาก็ไม่อ่านหนังสือเหมือนกันเกี่ยวกับหนังสือฉบับบูรณาการก็ประเมินไปเรื่อยๆ เพราะว่าเขาไม่ได้ให้เราได้ 20 บทถึงผ่าน ผ่านถึงคะแนนตรงไหนถ้ายอมรับได้ก็ผ่านก็พัฒนาไป”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"เตรียมการก็คือที่เห็นๆ ที่เราเตรียมกันก็คือ เราจะเตรียมตามอะไรล่ะที่เราประเมินตนเองไปนั่นแหละ คือถ้าอันไหนที่พอเราประเมินปุ๊บนี้เรารู้ว่าอันไหนมันเป็นจุดอ่อนของเรา เราก็จะพยายามหาวิธีการที่จะแก้ไข แต่ถ้ายังไม่มี ถ้าอันไหนที่เป็นจุดอ่อนบางครั้งเราก็กังแก้ไขไม่ได้เราก็จะพยายามคือให้เรารู้ว่าเราอ่อนตรงไหนแล้วเรามีแผนที่จะพัฒนาตัวเองยังไง เราก็จะเตรียมตรงนี้ อันไหนที่เราคิดว่าดีแล้วก็จะทำต่อไป มันก็จะมีเรื่องการปฏิบัติงาน การประเมินตนเอง"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)

### เยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลและดำเนินการแก้ไข

ก่อนที่จะมีการประเมินตนเองนั้น ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้จัดให้มีการเตรียมทีมที่จะประเมินตนเอง ที่เรียกว่า Internal surveyor ซึ่งมีการจัดอบรมขึ้นในโรงพยาบาลจากการสอนโดยวิทยากรจากโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ มาสอนให้เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการแล้วมีการแบ่งทีมกัน ที่จะเข้าประเมินจริง โดยมีผู้ประสานงานคุณภาพเตรียมทีมการเยี่ยมสำรวจว่าจะต้องเตรียมยังไงทุกครั้งที่มีการเยี่ยมสำรวจซึ่งต้องเยี่ยมสำรวจก่อนเป็นเดือนหรือสองเดือนเพื่อมีระยะเวลาในการที่จะแก้ไขก่อนที่จะมีการเยี่ยมสำรวจจริงจากทีมจาก พรพ.

"มีการทำ Internal surveyor มันก็มีทีมก็ไม่พ้น FA หรือคณะก็ไปทั้งทีมของโรงพยาบาลก็จะมีเภสัช ทุ่ววิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับแต่ละบทไปคุยกันประมาณ 40 กว่าคนนะของโรงพยาบาลก็ประชุมกันก็ให้ Internal surveyor ที่เขาผ่านแล้วมาสอนก่อน โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ มาสอนให้ทีม Internal surveyor ก่อน พี่ (ชื่อผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล) เขาก็สอนก่อนว่าจะ survey ยังไง ก็ต้อง survey ทุกครั้งก่อนที่จะมา เขาจะมา 3 รอบ 4 รอบก็ต้องเป็น Internal surveyor ของโรงพยาบาลเข้าก่อนก่อนทุกครั้งทุกระบบที่เราทำขึ้น ระบบยา ระบบความเสี่ยง ระบบ IC ทุกอันจะต้องมี ในทีม surveyor ต้องครบทีมนี้เพื่อที่จะมาช่วยกันดูก่อน surveyor จะมา"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

"กระบวนการคนที่จะเป็น internal survey จะต้องรู้ เพราะว่าเชิญคนที่ผ่านการอบรม Internal survey เชิญวิทยากรข้างนอกมาสอนพวกนี้ก่อนสมัครเข้ามาทุกสาขาวิชาชีพแล้วก็มาประชุมเชิงปฏิบัติการ มาสอนแล้วก็ลงฝึกจากนั้นเราก็มีการประเมินตนเองแล้วก็ส่งข้อมูลไปที่ศูนย์ HA แล้ว internal surveyors ก็จะแบ่งทีมรอบแรกตั้ง 40-50 คนมั้ง 4-5 คนเข้าหนึ่งทีก็จะมิตารางว่าวันนี้เข้าที่นี้ๆแล้วก็ Exit"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“รู้สึกพีจะจะได้เป็น *Internal survey* 3 ครั้ง ทั้งหมดประมาณ 5 ครั้งแต่ละครั้ง ห่างกันรู้สึกจะเป็น 8 เดือน ต้นปีกับปลายปีเราก็ต้องบันทึกมาว่าตรงที่เราไปมีจุด แข็งอะไรบ้าง มีสิ่งที่ดีอะไรบ้างมีสิ่งที่เราเห็นว่าเป็นจุดที่เขาสามารถนำมาพัฒนา ต่อเนื่องคืออะไรบ้าง กรรมการก็จะ *Feed back* ไปที่หน่วยงานนั้นอีก ผู้ประสานงาน เขาก็จะเก็บข้อมูล”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 21)

“เขาก็จะมี วิดีโอมาถ่ายแล้วก็เชิญ *PCT* ขึ้นไปดูนะว่า *PCT* คุณทำยังไงมันถูก ใหม่ อย่างทิ้งขยะก็ถ่ายเข้าไปในถังขยะเลยว่าการทิ้งขยะมันถูกหรือเปล่า คือให้เขา คิดเองแล้วให้เขาแก้ปัญหาว่าเขาจะทำยังไง ก็มีทีม *IC* ที่เป็นทีมหลักที่จะช่วยแก้ก็ เห็นปัญหาแต่ละคนถ่ายขึ้นไปก็จัดทีม *IC* เพื่อที่จะแก้ปัญหาตรงนี้ ตรงไหนเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อมอย่างเช่น สายระโยงระยาง เข้าช่างก็ไปดู นี่ของคุณก็จะไปแก้ ช่างก็จะ ทำยังไงเขาก็ช่วยกัน เออ ถ้าเกี่ยวกับช่าง ท่อต่างๆ ก็ไปถ่ายให้เห็นเลย แล้วช่างมาดู แล้วก็พัฒนาต้องแก้เพราะฉะนั้นต้อง *Survey* ก่อนเป็นเดือน สองเดือนถึงจะแก้ทัน ต้องเข้าไป *survey* ก่อน ไม่ใช่อาทิตย์นี้เขาจะมาก็ไป *survey* ก็แก้ไม่ทัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

### รับการประเมินจาก พรพ. และดำเนินการแก้ไข

ก่อนเข้าสู่ระยะการเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินความพร้อมสำหรับโรงพยาบาลแห่งนี้ เมื่อสอบถามถึงความพร้อมในการที่จะรับการประเมินจาก พรพ. ส่วนใหญ่ก็จะบอกว่าไม่แน่ใจว่า พร้อมแต่ว่าได้ทำตามมาตรฐานทุกหัวข้อใหญ่ๆ แต่ไม่แน่ใจในประเด็นหัวข้อย่อยว่าทำได้ครบ หรือเปล่าแต่ก็มั่นใจระดับหนึ่งเพราะว่าผ่านการรับการเยี่ยมประเมินในแต่ละเรื่องที่ พรพ. มาทำ การตรวจสอบ (*Mock survey*) บ้างแล้ว นอกจากนี้ยังมีการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลกัน แล้ว โดยให้ทีมช่วยสะท้อนจุดอ่อนและหาโอกาสในการพัฒนาแก้ไข แต่ก็เชื่อว่าการเยี่ยมประเมิน จาก พรพ. ในครั้งนี้ก็ต้องมีการแก้ไขปรับปรุง

“ที่จริงเรายังไม่แน่ใจเรื่องความพร้อมแต่เราจะส่ง *Surveyor* ไปปรึกษา พรพ. อยู่เรื่อยๆแต่ที่นี้ที่ตัดสินใจว่าจะให้ พรพ. มาประเมินนี้เหมือนกับว่าเราก็เสี่ยง ว่าจริงๆเราพร้อมขนาดไหนแต่เราคิดว่าเราทำเยอะแล้วแต่ในขณะที่ทำเยอะก็ไม่ สบายใจเหมือนกันว่าเราได้ทำอะไรมาเยอะแต่เราคิดว่าเราทำครบทุกด้านแต่คงไม่ 100% ก็เสี่ยงเอาว่าในเมื่อเราทำมาไม่น้อยแล้วเราก็ไปดูว่าตามมาตรฐานที่มี หัวข้อใหญ่ๆ เช่น การพัฒนาบุคลากรมีตามหัวข้อนะประเด็นย่อยเราไม่ทราบว่ามัน

จะครอบคลุมใหม่แต่เรื่องโครงสร้างเราควรจะมีครบแล้วนะ คือแต่ละ GEN คือเราก็ดูนะ คือ GEN 18, 19, 20 การดูแลครอบครัวซึ่งเราก็มีแต่เราก็ไม่รู้ว่ามีตามมาตรฐาน พรพ. ใหม่ หัวข้อใหญ่ที่เราได้ รายละเอียดปลีกย่อยนี้ไม่รู้มันก็เสี่ยงเลยทำไปเพราะว่าเราก็ได้รับการทำ Mock survey มาแล้วทำ external survey มาแล้วจะมาครบกระบวนการแล้วแต่จะเป็นการตรวจสอบเพื่อ Accredit จริงๆ ได้ก็ได้ ไม่ได้ก็ไม่ได้ ทำใหม่ พี่ว่าคณะกรรมการเขาพยายามคิดอย่างนี้ แต่กระบวนการพัฒนามาแต่ประเด็นใหญ่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 31)

“ไม่รู้หรอกว่าเราพร้อมก็คิดแต่ว่าเขาวันนี้ วันไหนยังไงเขาก็ต้องมาอยู่แล้วถ้าเราบอกว่าเราไม่พร้อมทุกวันๆเราก็บอกว่าเราไม่พร้อมเราก็รอแล้วกันว่าเขา Recommend ในสิ่งที่เราสามารถแก้ไขได้ เพราะว่าเขามาประเมินเราก็ไม่ใช่ว่าจะถูกต้อง 100% อาจจะมีจุดด้อยทุกๆที่ก็เหมือนกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

การรับการประเมินจาก พรพ. ประกอบด้วย ขั้นตอน คือ การประสานงานกับ พรพ. การเตรียมการประเมิน การประเมิน และผลการประเมิน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### การประสานงานจาก พรพ.

ก่อนเข้าเยี่ยมสำรวจในโรงพยาบาล พรพ. จะต้องประสานงานกับทีมผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลก่อนว่าจะเข้าเยี่ยมสำรวจเมื่อไหร่และส่งตารางการเข้าเยี่ยมสำรวจในแต่ละหน่วยงาน แต่ละ PCT ทราบเวลาที่ตรงกันเพื่อเตรียมตัวที่จะตอบคำถาม

“หลังจากนั้นเขาก็จะบอกอยู่ว่าจะมาวันที่เท่าไรนะคะ เพราะฉะนั้นตารางก็ยังไม่บอกว่าจะมาอะไรยังไงเพราะฉะนั้นพอได้ตารางมาปั๊บทางโน้นเขาก็จะประสานมา Fax มาให้ว่าเข้าอะไรบ้างที่มโนน” ... “เขามีแผนอยู่แล้ว เขาส่งตารางมาปั๊บ เขาทำงานแบบมีแผนไง มาเวลาเท่านั้นเท่านี้ เขาฝึกเวลาให้ ตารางเหมือนตารางเรียนเราแหละว่า เวลานี้พบคนนี้ เวลานี้ เข้า PCT นี้ เพราะฉะนั้น ผู้รับการเยี่ยมสำรวจกับผู้สำรวจเวลาต้องตรงกัน เพราะเราเป็นงานบริการเนาะ ปล่อยทิ้งวันไม่ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

### การเตรียมการประเมิน

การเตรียมการเพื่อที่จะรับการเยี่ยมสำรวจจาก พรพ. นั้นมีการเตรียมเอกสาร เตรียมคน ซึ่งไม่ว่าจะเป็นคนที่รับการเยี่ยมสำรวจ เตรียมคนไปรับอาจารย์ เตรียมคนพาอาจารย์เยี่ยมสำรวจในหน่วยงานต่างๆ เตรียมห้องไว้ให้อาจารย์อ่านเอกสารเพิ่มเติม เตรียมหอผู้ป่วยที่จะให้อาจารย์เยี่ยมตรวจ รวมทั้งเตรียมผู้ป่วยและญาติ เตรียมให้ครบตามมาตรฐาน HA และในหน่วยงานที่พัฒนาคุณภาพโดดเด่นก็จะบอกว่าไม่ต้องเตรียมอะไรเพราะเตรียมตลอดเวลา ดังนี้

#### 1) เตรียมเอกสาร

การเตรียมเอกสารที่จะส่งไปให้อาจารย์ที่ พรพ.อ่านนั้น คือแบบประเมินตนเองของแต่ละหน่วยงานและข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล ซึ่งทางโรงพยาบาลจะต้องส่งไปให้ล่วงหน้าประมาณ 1 เดือนเพื่อที่จะให้อาจารย์อ่านข้อมูลเบื้องต้นก่อนที่จะวางแผนการเยี่ยมสำรวจ

“เราจะขอเอกสารไปก่อนเป็นเดือน เอกสารทั้งหมดที่เราต้องการให้เขาอ่านให้เขาดูส่งไปก่อนเลยเอาไปล่วงหน้าก่อนสักเดือนหนึ่งนี่เขาจะอ่านทั้งหมด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 21)

“เอกสารเตรียมใหม่ ตอนแรกๆเตรียมนะ แต่ตอนหลังๆท่านไม่ดูหะ เราก็ไม่เตรียม เราจะเตรียมทำให้ถูกต้องมากกว่าอยู่ที่ตัวคนนะเออแต่ละชั้นตอนต้องทำถูกต้องตามเทคนิคตามหลักวิชาการเนาะหลัก IC หะส่วนมากชักฟอกเขาเน้น IC เนาะเราก็จะทำตรงเนาะคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 17)

“คือช่วงแรกๆที่เริ่มทำตั้งแต่ปี 40 หะยังเป็น 9GEN อยู่ แต่ว่า GEN กับมาตรฐานมันก็คล้ายๆกันมันแหละอันเดียวกันมันแหละก็ต่อยอดมาเลย อย่างเช่นมาตรฐาน อะไรนะการบันทึก มันมีการบันทึก มีการวางแผนจำหน่ายอะไรประมาณนี้ เราทำตามนั้นหรือยังเราบันทึกได้ครอบคลุมก็ไปดูว่าบันทึกนะจะต้องบันทึกอะไรบ้าง อะไรยังงี้ การวางแผนการจำหน่ายถ้าเรายังไม่ทำ เราก็เริ่มทำ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

“ช่วงแรกๆในการเตรียมตัวเตรียมนี้คือดูตามเอกสารที่เขาถ้าอันไหนเรายังไม่มีหรือทางศูนย์HA แนะนำเรามาเราก็จะเตรียมเรื่องนั้น เราก็จะพยายามหาหรือพยายามทำให้มากที่สุดที่เราจะทำได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)

## 2) เตรียมคน

การคัดเลือกคนที่ จะได้รับการประเมินก็มีส่วนสำคัญ ซึ่งบุคคลคนนั้นจะต้องเก่ง กล้าพูดคุยต้องเข้าใจมาตรฐาน มีความรู้สามารถตอบปัญหาอาจารย์จาก พรพ. ได้เพราะฉะนั้นเกณฑ์การคัดเลือกคนจะต้องคัดเลือกคนเก่งมีความสามารถที่จะตอบคำถามได้ เข้าใจมาตรฐานมีความรู้ กล้าพูด กล้าที่จะคุยได้ และสำหรับคนที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ก็ให้พักก่อนไปก่อน

“เตรียมทีม เตรียมคน เตรียมคนในสำนักงาน ใน Ward สมมุติว่าอาจารย์เข้าวันที่ 20 ใครที่จะต้องเข้านะคะ เราอยากสอบได้หรืออยากสอบไม่ได้ เราอยากสอบได้ใช่ไหมเราก็เฟ้นคนเก่งๆขึ้นมาอ้อ กลยุทธ์หนึ่งคนไหนที่เด็ดๆค่าๆก็ให้พักก่อนไปก่อน ให้ Vacation ไปก่อน คือเขาจะเข้าใจเองหรือกนะเขาไม่น้อยออกน้อยใจหรืออกแต่ว่ามันยังไม่ดีไม่พร้อมนี้ไปเจอคนที่ตอบไม่ได้แล้วเราไม่ประกั้นนะ เพราะว่าคนเกือบตั้งสองพันตอบให้เหมือนกันหมดเหมือนระบบที่เราวางไว้มันก็ทำไม่ได้ ก็คนที่ทำงานประจำเขาจะตอบได้ คนที่ทำตลอดแล้วเข้าหาข้อมูลตอบได้ แต่คนส่วนใหญ่คนบางกลุ่มไม่สนใจเนาะมันก็จะมียู่ คนแบบไหนที่เขาจะพิจารณาตนเองเอาเขาไม่อยู่ คือเตรียมคน คนที่อยู่คือคนที่สามารถให้ข้อมูลอาจารย์ได้ตอบได้คนใช้เองก็”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“แต่เราก็จะเตรียมว่าคนไหนมีหน่วยก้านดีที่จะตอบไม่ใช่ไม่เตรียมเลยนะก็คัดเลือกน้องว่าเขาเก่ง คนนี้กล้าพูดกล้าที่จะคุย หัวหน้าดีก็สำคัญตรงนี้ ต้องรู้ ต้องเข้าใจมาตรฐาน เพราะฉะนั้นน้องๆเราอยู่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

“คนที่มีความรู้จริงๆจัดขึ้นมาในเวรเช้าของวันนั้นอาจจะม่ประสบการณ์จริงๆแล้วก็สามารถตอบปัญหาตรงนั้นได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 21)

### 3) การข้อมตอบคำถาม

ก่อนรับการประเมินมีการข้อมตอบคำถามโดยทีม Fa ที่ได้รับการอบรมการเป็นผู้เชี่ยวชาญในการข้อมทำความเข้าใจว่าถ้าหากว่ามีการถามแบบนี้จะตอบอย่างไร เช่น วิทยาลัยศัลยกรรมศาสตร์ คืออะไร กระบวนการทำงานเป็นภาพรวมในห้องประชุมใหญ่ นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยก็จะข้อมกับบุคลากรในหน่วยงานตนเอง แล้วก็เตรียมใน PCT ตนเองด้วย

“เสร็จแล้วสักอาทิตย์หนึ่ง ที่เขาจะมาซักข้อมตอบคำถาม ถ้าเขาถามอย่างนี้เราจะตอบยังไงดี ประมาณนั้นแหละค่ะ พวกที่จะเข้าคือทุกคนที่จะมาวันนั้นต้องเข้าไปฟัง เช่นเขาถามว่าคุณแน่ใจได้ไม่ว่าการให้ยาของคุณมีมาตรฐาน Right time Right drug, Right dose คุณต้องตอบอย่างนั้นะ ถ้าเขาถาม ก็จะบอกประมาณนี้แหละ ก็มีการติวกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“แล้วก็เตรียมข้อม คนที่ Expert ก็มาข้อมให้ ถ้าเขาถามอย่างนี้แล้วเราตอบยังไงก็เป็นพวก FA ที่ถูกอบรมเป็นแกนนำ FA รวมของโรงพยาบาลที่ได้ไปรับอบรมมาพอมีความรู้ความเข้าใจค่อนข้างมาก แล้วก็ไปช่วยส่งสะท้อนช่วยกันแลแล้วก็ข้อมทำความเข้าใจเตรียมทีมในห้องประชุมในภาพรวมก็ไปข้อมไปช่วยกันทำกันนั้นแหละ ติวให้ลูกน้อง วิทยาลัยศัลยกรรมศาสตร์ คืออะไร พันธกิจ คืออะไรเป็นในภาพรวมของโรงพยาบาลก็ช่วยกัน ส่วนหัวหน้าตึกก็ไปข้อมของตัวเองภายในไป”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

“ในการเตรียมก็คือเข้ากรรมการความเสี่ยง กรรมการความเสี่ยงก็ไปคุยกันว่าเราจะนำเสนออะไรเราจะถามอย่างนี้เราจะตอบอะไรเหมือนติวข้อสอบ PCT ทุก PCT ก็จะไปคุยกันเอ๊ะถ้าเขาถามมาอย่างนี้เราจะตอบอะไรเราไปติวข้อสอบกันเลยนะค่ะ กรรมการ IC ก็กลับมาดูระบบงานตัวเองว่าอาจารย์มาดูใครเตรียมทีมเตรียมคนในสำนักงาน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“หัวหน้าตึกจะมาติวน้องๆว่า อย่างได้แนวคำถามมา ถ้าสมมุติว่าเขาถามว่าทำเรื่องนี้ ทำไปทำไม ทำเพื่ออะไรยังงี้ ให้น้องรู้ว่าจะตอบไปในแนวทางไหน บางทีก็จะติวเรื่องกระบวนการการทำงานในตึกเราแล้วตัวชีวิตที่เราได้มาได้มาจากอะไรตีทั้งหมดในแบบประเมิน ก็อ่านแบบประเมินตนเองให้เขารู้ว่าจุดอ่อนของเราคืออะไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)



#### 4) เตรียมสถานที่สำหรับการตรวจเยี่ยม

โรงพยาบาลแห่งนี้ มีการเตรียมสถานที่สำหรับผู้ประเมินจาก พรพ. และเตรียมสถานที่สำหรับการตรวจเยี่ยม ซึ่งได้แก่ หอผู้ป่วยต่างๆ

“อาจารย์เขาก็ไป Document review ในห้องเราต้องเตรียมห้องให้อาจารย์ ด้วยนะ ห้องๆหนึ่งเลยนะ มีเอกสารทั้งหมดที่อาจารย์ต้องดูส่งเข้าไปในห้องนั้นเลยมี คนเตรียมให้ พวกที่จะขอข้อมูลจากตึกต่างๆ สมุดประชุมต่างๆ เป็นห้องสมุดเล็กๆ คือ Document review อาจารย์จะใช้เวลาในห้องนั้นทำงานกัน อ่านเอกสาร สมมุติว่าพี่เป็นคนรับผิดชอบงานสองงานที่ก็ไป review สองงานนั้นเพื่อเอาข้อมูลเพิ่มเติมที่เราส่งไป Self assess ข้อมูลบางส่วนเราส่งไปแล้วถ้าเขามีคำถามเขาก็จะมาดูว่า เอกสารที่จัดเพิ่มที่จะตอบคำถามเขาได้ คือเราต้องจัดห้องไว้ส่วนหนึ่ง อยู่ในส่วนหนึ่งอาจารย์เขาใช้เวลาสามวันนะอยู่ในห้อง แล้วเขาก็เขามาคุยด้วย ไปคุยด้วยดู เอกสาร ไปดูตามตึก บางอย่างไม่มีข้อมูลในนั้นอาจารย์เขาขอที่ตึกนี้ชุดนี้ขณะเราก็ ต้องเตรียมให้อาจารย์ทางผู้ตามก็ขอรวบรวมแล้วส่งให้อาจารย์ อาจารย์แต่ละท่านก็ รับผิดชอบงานของแต่ละบท”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ก็ทุกหน่วยงานนั้นแหละเตรียมแต่เราก็เตรียม Ward เจ๋งๆไว้ให้อาจารย์ไปดู จะมี Ward ที่เลือกด้วย ไม่ได้เลือกด้วย แต่มี Ward ภาคบังคับนะ OPD, ER ต้องไป อยู่แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

“Ward อาจารย์เลือกเองค่ะ แต่เราจะมีแผนหนึ่งแผนสอง ถ้าอาจารย์ไม่เลือก เราจะพาเข้า Ward นี้เข้าเราต้องมีเทคนิคนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

สำหรับหน่วยงานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ที่เป็นหอผู้ป่วยที่เป็นแกนนำในการ พัฒนา ก็จะมีการค้นหาปัญหาและทำการแก้ไขปัญหาลดเวลา โดยทำเป็นกิจวัตรประจำวันอยู่ แล้ว จึงไม่ต้องเตรียมอะไรมาก

“ในเรื่องของงาน HA เตรียมยังไงก็คือเราต้องเตรียมตัวตลอดเวลาทำงาน ประจํานี้แหละต้องวิเคราะห์ว่าเอตรงนั้นมีข้อบกพร่องต้องทำยังไงต้องป้องกัน

ความเสี่ยง ง่ายๆอย่างงานดูพื้นที่คนไข้จะสิ้นลัมนี้ Conference กันทุกวันทำยังไง มันเป็ยกใหม่แล้วจะทำยังไงคนไข้ไม่เดินหรือญาติมาแล้วเห็นว่าดูพื้นที่อยู่แล้วก็บอก ข้อกำหนดนโยบายที่ควรจะทำอะไรแล้วก็ติดตามอันนั้นนี่ก็คือเราไม่ต้องไปเตรียม ข้อมูลอะไร ตอนนั้นเพราะเราเตรียมตอนนั้นแล้วแม้กระทั่งเรื่องของเวชระเบียนอย่าง ที่บอกนะคะเรามีการตรวจสอบยังไงแล้วก็การพัฒนาแก้ไขอย่างต่อเนื่องนี้เราจะไม่ ไปคั่งตรงคอขวดอยู่ตรงนั้นเราทำไปเรื่อยๆมันก็จะดี สิ่งที่สำคัญคือต้องมีการ วิเคราะห์งานแล้วก็สรุปผลงานว่ามันเกิดอะไรขึ้นนะคะ ผลลัพธ์วิเคราะห์แล้ว ว่า หนึ่งเดือนที่ผ่านมาไปตรวจสอบว่าเจอสิ่งนี้แล้วแก้ไขยังไง อันนี้คือสิ่งสำคัญที่เราจะ ตอบได้ว่าความต่อเนื่องนี้ไม่ใช่ว่านั่งมองเฉยๆก็ไม่มีข้อสรุป ก็สรุปๆๆ ไว้ให้ เพราะฉะนั้นการประชุมทุกครั้งนี้ประชุมอันนี้แล้วได้หัวข้อไปพัฒนาอะไร ได้หัวข้อ นั้นแล้วไปทำอย่างไรแล้วผลลัพธ์เป็นอย่างไรอันนี้ก็ต้องสรุปให้เห็นก็จะไดงาน ออกมาซึ่งตรงนี้มันจะไปตอบคำถาม HA อันนี้คือข้อคำถามเราก็จะได้หมดเรื่อง ของการเตรียมตัวคือเตรียมทุกอย่างทุกบท"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

"ไม่ได้เตรียมเพราะว่าเราเตรียมตลอดเวลา เราเตรียมแต่บุคลากรเราต้อง เตรียมเวลาเข้าห้องประชุม"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

"การเตรียมตัวเพื่อหอรอมันก็ไม่ได้เตรียมเพิ่มมากนักเพราะเราทำตามหน้าที่ ทำ ตามของเรามันเป็นงาน Routine ทำเหมือนว่างานคุณภาพเป็นงาน Routine แล้ว เราก็ไม่ได้เตรียมอะไรเลย"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

### การประเมิน

เมื่อถึงวันตรวจเยี่ยมจากสำนักงาน พรพ. ผู้ตรวจเยี่ยมจะมีการสัมภาษณ์ ผู้บริหาร และการซักถามเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย

"วันแรกเขาจะเข้าก่อนหนึ่งวัน มาประมาณสักเที่ยงสักบ่ายนี้แหละเข้ามาพัก และขอเอกสารเพิ่มเติมที่เราจะให้พออ่านเอกสารเสร็จพอเข้าอีกวัน เขาจะแนะนำ ตัวว่าเขาเป็นใครมาจากไหนมาทำอะไรต้องการที่จะทำยังไงบ้าง พวกเราก็จะ Present ในเนื้อหาที่ไม่ลงลึกรู้แต่ว่ามันเป็นเรื่องที่ผู้บริหารของแต่ละแผนกเข้าแล้วก็ จะมีการซักถามแต่ละแผนกพอหลังจากนั้นเขาก็จะลงแต่ละ Ward (หอผู้ป่วย นี้เขา

จะบอกล่วงหน้าอยู่วันหนึ่งมั้งของลง อช. 2 อย่างนี้ เขาจะไม่บอกก่อนหนึ่งเดือนว่าขอ  
ลง อช. 2 นะล่วงหน้าหนึ่งวัน แต่เขาจะเดรไถลไป อช.1 ก็ได้เพราะเขามาแค่สอง  
สามวันแล้วเขาก็จะแยกสายที่จะลง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 28)

#### การซักถามทีมบริหาร

“เขาจะดูทุกบทเลยแต่เขาจะแบ่ง Part ว่าอย่างข้างบนนี้บท 1-4 นะ ผู้บริหาร  
เขาจะสัมภาษณ์ Fa ก็เข้าไปนั่งให้เขาสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ Fa เกี่ยวกับความเสี่ยงก็  
กรรมการความเสี่ยง เกี่ยวกับ IC ก็กรรมการ IC ที่หลักๆที่เกี่ยวกับโรงพยาบาล”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

#### การซักถามในหอผู้ป่วย

“พอมาถึงใน Ward ก็คือ PCT ทีมนำทางคลินิก PCT เสร็จต้องเข้าไปคุยใน  
ห้องก่อนนะเขาต้องรับข้อมูลก่อนว่าเราพัฒนาอะไรไปแล้วบ้าง ออกไปข้างนอกผู้  
ปฏิบัติเขาจะเชื่อมโยงว่าใน PCT พูดยังไงเกี่ยวข้องกันใหม่ อย่างเช่นใน PCT  
ยกตัวอย่างความภาคภูมิใจการส่งแลบเป็นมาตรฐาน เสนอน้ำเกลือลดยาหรืออะไร  
พอออกไปผู้ปฏิบัติจะถามว่าอันนี้คืออะไร เขาไม่ได้ถามนะว่าเสาน้ำเกลือลดยาทำ  
ยังไง เขาไม่ถามยงั้น อันนี้มันคืออะไร เขาจะถามไปเรื่อยๆของเขา เขาจะเก็บข้อมูล  
เช่น เราบอกว่าเรา Discharge plane คนไข้ตั้งแต่วันแรกที่เข้ามาเลยนะ เข้าไปหา  
คนไข้ เออวันนี้คนไข้รู้เรื่องอะไรไปแล้วบ้าง คนไข้เป็นโรคอะไร คุณตาเป็นโรคอะไร  
ถ้าบอกไม่รู้ก็คือไม่บอกแล้วใช้ไหม Surveyor ที่มาเขาคุยเองว่าเป็นโรคอะไร หมอ  
จะให้กลับวันไหนยังไง กินยาอะไรอยู่ ก็สื่อถึงยาแล้วใช้ไหม เกสซอสอนจะกินอันนี้ได้  
ไหม อันนี้กินได้ไหม สมมุติคนไข้โรคไต อย่างนี้ โชว์เลยนะ สมมุติมีอุปกรณ์ข้างเตียง  
คนไข้มีอาหารอะไรที่มันแสดงกับโรคเขา เราก็จะถาม บางครั้ง DM มีฮอดขนมปัง มี  
นมหวานยงี้ เขาจะถามยงี้เลย ว่าเราได้ให้ข้อมูลคนไข้จริงไหม PCTว่าเราทำอะไร  
ไปมั้งเขาจะมาถามข้างนอกปฏิบัติ อย่างเช่น เกี่ยวกับ IC เขาก็จะมาถามน้อง  
คนงานปฏิบัติว่าอบรมไปแล้วครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ตอนนี้เขาไม่ถามที่ผ่านมาก่อนอบรม  
อะไรตรงๆอย่างนั้นเอที่ผ่านมาได้อบรมเรื่องอะไรแล้วบ้างน้องได้ทำจริงก็ตอบได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

“ลองทุก Ward ใหม่ เป็นลงทุกกลุ่มงานก็แล้วกัน สมมุติว่าบางกลุ่มงานมีตั้งสี่  
ห้า Ward ก็ลงแค่ สองสาม Ward เขาจะถามอีกว่าตกลงจะให้ลง Ward ไหน จะมี  
คณะกรรมการแล้วก็เขา Set ระบบ ซึ่งตัวนี้ก็คือมีอนุกรรมการ ข้างในซึ่งพี่ก็เป็น

อนุกรรมการเรื่องของ Process ของการวิเคราะห์กระบวนการหลักเข้าไปดูสิว่า ในแต่ละหน่วยที่ไปดูกระบวนการหลักเขามีความเสี่ยงอะไรเกิดบ้างแล้วเขาทำยังไง ก็ตามดู ดู report แล้วเราก็ตามไปดู ซึ่งทีมพวกนี้จะมีพี่เหมี่ยวเป็นประธานแล้วมีพี่เป็นเลขา ซึ่งทีมแรกจะเป็นคล้ายๆทีมต็อกแตกก็คือไปดูตามหน่วยต่างๆ เออไปดูไปคุยกับเขาเออเนี่ยมีความเสี่ยงนี้เกิดขึ้นแล้วตอนนี้ทำยังไงบ้าง มีกระบวนการดำเนินการพัฒนาปรับปรุงยังไงบ้าง แล้วมีระบบมีการป้องกันความเสี่ยงยังไง มีมาตรการอย่างไรบ้าง พี่ก็จะตามดูตรงนี้ไป แต่เราก็ต้องสรุปงานแต่ละเดือนแต่ละขึ้นว่าเราทำอะไรได้บ้างนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“อ้อทุกคนเราต้องมีแนวทางแล้วว่าคนไข้เข้ามาคนหนึ่งมาเราจะทำอะไรให้คนไข้บ้าง คือกระบวนการหลักเลย ทุกคนต้องเข้าใจในกระบวนการหลักในการทำงาน 7 กระบวนการนี้จะเข้ามาตรงไหน ทุกคนต้องตอบได้ ถามว่าพยาบาลทำกระบวนการไหน เขาจะถามว่าคนไข้เข้ามาคนหนึ่งหนูทำอะไรให้เขาบ้าง ถ้าเกิดว่าน้องทำจริง น้องรู้กระบวนการคนไข้ ชั้นเตรียมไซ้ไหมคะ ER ไทรมาระสานเตียงก็เตรียมเตียง เตรียมออกซิเจนไว้ ชั้นอยู่รักษาทำยังไงเราก็รายงานแพทย์ ถ้าน้องรู้กระบวนการก็จะเล่าไปได้เรื่อยๆ แต่เขาไม่ได้ถามว่า หนูคนไข้เข้ามาหนูทำอะไรมั้ง คนไข้เข้ามาคนหนึ่งหนูทำอะไรมั้งหนูเล่าให้ฟังสิ แล้วเขาก็จะเล่าไป

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

### ผลการประเมิน

ส่วนผลการประเมิน ผู้เยี่ยมสำรวจจะให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่ผู้เยี่ยมสำรวจเห็นว่า มีความบกพร่องอยู่

“Recommend ภาพ PCT นะเวลาเขาจะออกจากแผนกเราเขาจะ Exit สุดท้ายนี้เราก็ต้องรู้แล้วว่าของเมตรวมเป็นยังไง พอไปสุดท้าย Exit ของโรงพยาบาลมันเชื่อมโยงกันใหม่ ถ้าใช่ ใช่แน่เลยมันเป็นเรื่องเดียวกัน ก็ต้องเริ่มตั้งแต่ข้างบนว่าที่เขา Recommend ไว้ เราจะทำยังไง Ward จะทำยังไงต้องแก้เป็นภาพรวม พอมานะ PCT ถ้ามันเกี่ยวเฉพาะ PCT เราต้องมาคุยแล้วว่าเรื่องนี้มันเกี่ยวกับใคร เกี่ยวกับมาตรฐานข้อไหน เราจะทำไปยังไงก็ต้องมีคนมีทีมแก้ใน Recommend เขานะคะถ้ามันเชื่อมเกี่ยวกับโรงพยาบาลทีมใหญ่ต้องช่วย แต่ถ้ามันเกี่ยวเฉพาะ PCT เราที่อื่นไม่บอกเราก็แก้เฉพาะของเรา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 30)

“ก็เอาข้อ Recommend มาดูว่าเป็นสิ่งที่ต้องนำมาพัฒนาแล้วมันเป็นส่วนของใคร แล้วมันน่าจะเป็นจุดไหนแล้วเราก็มานำมาหาปัญหาตรงส่วนที่เราควรจะทำแล้วก็ทำต่อ อย่างเรื่องสิ่งแวดล้อมอย่างการบริการเนาะ แล้วก็การเชื่อมโยง แล้วก็เรื่องความเสี่ยง การเชื่อมโยงวัตถุประสงค์ขององค์กรกับการปฏิบัติเอามาดูแล้วก็เอามาปรับใหม่เยอะเลยอย่างเช่นเรื่อง Balance Scorecard แล้วก็การที่จะเอา Strategic plan มาเป็น Action plan เรามองตรงนี้มากขึ้นเป็นกระบวนการบริหารงานแนวใหม่เราแล้วแหละว่าต่างจากเดิมผู้บริหารไม่รู้ประเด็นที่จะพัฒนาเท่ากับ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 31)

“จากข้างนอกที่เขามาประเมินเราไว้ Recommendations จาก พรพ.ว่า ตอนนี้นำเข้าศัลยกรรมหญิงนะจะเป็นการบันทึกเวชระเบียนเรายังไม่เรียบร้อย Discharge plan เรายังไม่เห็นรูปแบบที่ชัดเจนก็เอาตรงนี้มาพัฒนาทำยังไงบ้างให้เห็นรูปแบบที่ชัดเจน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

“จะต้องมีการปรับเช่น ตัวชี้วัดไม่ตรง เออไม่ตรงกับงานที่ทำ แล้วการทำงานเป็นที่มนี่ขาดการพัฒนาบุคลากรในส่วนไหนเพราะว่ากลุ่มงานเราไม่ได้ดูเฉพาะ คนไข้ ENT Marcelo facial เรามีคนไข้ Med มาฝาก คนไข้ศัลยกรรมเด็กมาฝาก คนไข้ตา ที่นี้จะมาปัญหาว่าเตียงมันว่างเราก็จะแชร้อัตรากำลังโดยการโยกคนไข้บางส่วน มาให้เราดู เพราะฉะนั้นตรงนี้เราขาดความรู้ทาง พรพ. เขาก็บอกว่าต้องพัฒนาตรงนี้ด้วย นี่เขาก็ชี้เป็น Point ไปโอเคเราก็เอากลับมาพัฒนาต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 23)

“ไฟเขาก็ดู เครื่องมือทุกอย่างให้เตรียมพร้อมตลอดเวลา บางครั้งเราก็พลาดเหมือนกันขนาดไอ้ที่ดับเพลิงเข้มตกละเลยเขายังรู้เลย เขาก็ชี้ให้ดูมันก็ใช่ โซลิฟต์ หย่อนยายเขาก็รู้เหมือนกันต้องให้ช่างมาแก้เลยเหมือนตาที่พทย์จริงๆ OR สำหรับย้ายข้างๆขึ้นเขาก็ดูมันต้องสะอาด สายไฟตรงไหนเดินเอาท่อปิดไว้ไม่ให้มันระโยงระยางค์ พันต้นไม้ 3-4 ครั้งที่เขามางวดหลังจึงต้องผ่านไม่ใช่ง่าย ๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

### ผู้บริหารประกาศรับนโยบาย HA ชัดเจน

การประกาศรับนโยบาย HA ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนผู้อำนวยการใหม่ พร้อมทั้งหัวหน้าพยาบาลเกษียณราชการ ประมาณปี 2543 รองแพทย์ที่ดำรงตำแหน่งรักษาการแทนผู้อำนวยการจึงเป็นช่วงที่มีการเริ่มพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด HA อย่างจริงจัง

“ทาง พรพ.ว่า(ชื่อบุคคล) สะกิดว่า พี่ ๆ มันหลายโรงพยาบาลนะ ถ้าแพทย์เป็นมันจะไปได้เร็ว พี่เป็นก็ติดอยู่แต่กลัวว่ามันจะไปไม่ตลอดรอดฝั่ง เขาหวังดีนะแต่ว่าก็ไม่เป็นไร คุณแม่ก็เลยบอกผู้อำนวยการเพื่อเราจะได้ HA ได้เร็วนะขอให้รองแพทย์ คือ (ชื่อรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์) เป็นชะ ตัวดิฉันไม่เป็นหรอก ตัวดิฉันเป็นทีมแกนนำร่วมกับท่านก็ได้ ก็ปรับมาเป็นรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คือ หมอ(ชื่อหมอ) พอเป็นบ๊อบผู้อำนวยการมอบอำนาจให้ โอท่านจะมีทุกวันเลย ทุกวันจันทร์เช้าจะเป็นเขาเรียกอะไรจะมีแบบเร่งด่วนการเรียกอะไรนะ เขาเรียกหน่วยที่ work นะท่านจะมี 6-7 คนว่า อาทิตย์นี้เราเอาเรื่อง PCT วันต่อไปเอาเรื่องนี้ เรื่องนี้จากที่ท่านทุ่มเทมาก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

รองผู้อำนวยการพาพัฒนาคุณภาพโดยแสดงความมุ่งมั่นด้วยการพูดทุกเวทีชี้แจงนโยบายเด่นชัดว่าจะนำพาโรงพยาบาลผ่าน HA ภายในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งเรียกช่วงนี้ว่าเป็นช่วงใหม่โรง

“คุณหมอ (ชื่อหมอ) รองแพทย์ที่ขึ้นรักษาการณ์แทนผู้อำนวยการเขาถือธงวิ่ง เขาบอกเอาละเขาพาทำเขาจะพูดทุกเวที เวทีไหนที่มีการดำเนินการอันนี้ก็แสดงว่านี่เอาล่ะ ทุกคนผู้บริหารลุกขึ้นมาหมดเลย ช่วงนี้เป็นช่วงที่ใหม่โรง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

### ส่งรายงานให้ พรพ.

การส่งรายงานให้ พรพ. นั้นเอกสารที่จะต้องส่งไป คือ การประเมินตนเองที่ทุกหน่วยต้องส่งไปให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอ่านก่อนแล้วหากเกิดข้อสงสัยก็จะถามหน่วยงานนั้นแล้วดำเนินการแก้ไขก่อนที่จะส่งไป พรพ. แล้วหลังจากนั้น พรพ. เองก็จะดำเนินการส่งตารางการเยี่ยมสำรวจมาให้โรงพยาบาลเพื่อการเตรียมทีมในการตอบคำถามเพราะว่าจะมีเวลาจำกัดในเรื่องเวลา

“คือตั้งแต่เรื่องเอกสารจะต้องส่งหน่วยงานต่างๆทำไป การประเมินตนเอง ทุกหน่วยต้องส่งไปที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลก็จะเป็นคนรวบรวมแล้วเกลา ข้อมูลทั้งหมด มี Question กลับไป ถามกลับ แก้ไขๆก่อนที่จะส่งจนกระทั่งวันสุดท้ายที่จะส่ง คือแพคใส่กล่องตีห้า ฟ้ายาว ส่งไปให้เขา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“โฮ ตอนมา Accredited สุดท้ายใช้ใหม่คราวนี้ก็จากที่เราเขียนตอบไปเสร็จแล้ว คราวนี้มาก็บอกอยู่ว่าแต่ละวันจะลงตรงไหน เขาไม่ปิดบังหรอกนะ เขาจะบอกเลยว่าวันที่เท่านี้เวลาเท่านี้พบ Hospital lead team พบทีม Risk แล้วก็ลงไปดูเมตชาย ดู Ortho พอวันที่สองพบนั้นพบนี้เราก็ต้องคอยว่าจะเข้ากรรมการไหน ตรงเวลาเลยนะ เช่น 10 โมง ถึง 11 โมง ถ้าไม่เข้าก็คือไม่เข้าเพราะว่าเวลาเขาจำกัด เราก็ตัดบดเลย เขาไปแบบเข้าห้องนั้นห้องนี้ อย่างนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

#### กำหนดวันเพื่อการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

“อาจารย์อนุวัฒน์ก็บอกว่ามาเดือนไหนใหม่ ถ้าสามเดือนจะมา Accredited สิงหา พฤศจิกายน ธันวาคม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

#### ประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การประเมินเพื่อรับรองคุณภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ พรพ. ได้เยี่ยมประเมินแล้ว ประกาศผลว่าผ่านการรับรองหรือไม่ โดยโรงพยาบาลแห่งนี้มีการเยี่ยมเพื่อรับการรับรอง 3 วัน และลักษณะการเยี่ยมสำรวจจาก พรพ. เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าโรงพยาบาลได้มีครบตามมาตรฐานที่ พรพ. กำหนดหรือไม่ ได้แก่ มาตรฐาน 6 หมวด 20 บทในขณะนั้น และประกาศผลอีก 3 เดือนจึงให้ไปรับรางวัล

“survey จริงๆ จำได้ว่าวันที่ 28 – 30 พ.ย. 2544 นี้แหละ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“การมาประเมินรอบที่จะ Accredited นี้ Surveyor เขาจะถามอย่างเดียว การเตรียมตัวเหมือนเดิม ทุกหน่วยงานก็ซ้อมเพื่อบอกว่าตัวเองทำอะไรเป็นการเตรียมตัวตามมาตรฐานนะ คือแต่ละหน่วยงานจะเตรียมตัวตามมาตรฐาน หมวดที่ 1 ถึงหมวดที่ 20 แต่ละองค์กรก็จะดูว่าแต่ละมาตรฐานอะไรที่ยังขาด

ต้องเติมเต็มอะไรใหม่ เตรียมข้อมูลเพื่อให้เกิดความสอดคล้องตามมาตรฐาน นี้คือ Accredit นี่คือการประเมินตามมาตรฐานเลขนะ 6 หมวด 20 บท นี้เป็นอย่างไร ทำแล้วผลเป็นอย่างไรเป็นการเตรียมตัวเองตามมาตรฐานคุณภาพ ไม่ได้เป็นการข้อมตอบคำถามเขาแต่เราทบทวนหรือเตรียมข้อมูลตามมาตรฐานนะค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20)

“การลงเยี่ยมเขาจะลงเยี่ยมหน่วยงานเหมือนเดิมพบทีมนำ พบทีมผู้บริหารลงเยี่ยมหน่วยงานใช้คำเพื่อที่จะประเมินว่าได้มีการทำอะไรที่สอดคล้องตามมาตรฐานหรือเปล่าแล้วก็ไปเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ ตามบุคลากรตามเจ้าหน้าที่ ดูโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ตาม Indicator ตอนเย็นเขาจะประชุมกันก่อนแล้ว Exit conference เราแต่เขาไม่บอกเราว่าผ่านไม่ผ่านตอนนั้นแล้วส่งผลบอกเราอีกทีหนึ่งแล้วอีก 3 เดือนจึงไปรับรางวัล”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

#### ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

“survey จริงแล้วก็ผ่านการรับรองก็เป็นบรรยากาศที่เราชื่นชมมากเลย แล้วก็ประกาศอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2545 ซึ่งช่วงนั้นเป็นช่วงเปลี่ยนผู้อำนวยการพอดี คือ จาก (ชื่อผู้อำนวยการเดิม) ก็เป็น (ชื่อผู้อำนวยการท่านใหม่) คนปัจจุบันก็ไปรับรางวัลพร้อมกับคุณแม่ (ชื่อหัวหน้าพยาบาล)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ผู้ให้“พอถูก Accredit ปลายเดือนพฤศจิกายนก็ผ่าน ผ่านแบบ happy เลขนะ เพราะว่าทุกคนอันมานาน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดการศึกษาทฤษฎีขั้นพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded Theory) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในช่วงที่โรงพยาบาลเข้าโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งได้เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2540 จนกระทั่งผ่านการรับรองระยะเวลาที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ 5 ปี สำหรับการเลือกผู้ให้ข้อมูลตามหลักการเลือกข้อมูลเชิงทฤษฎี (Theoretical sampling) มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 32 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ เจาะลึก รวมถึงการบันทึกเทปโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2546 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2548 โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Strauss & Corbin (1990) ผลการวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) นั้นแบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพและระยะดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

**ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ** เริ่มตั้งแต่การเข้าร่วมโครงการ 1 ใน 35 โรงพยาบาลนำร่อง HA โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่โรงพยาบาลเข้าโครงการ คือ กระแสข่าวลือว่าโรงพยาบาลเตรียมออกนอกระบบและเพื่อการตอบสนองนโยบายของกระทรวงที่ให้โรงพยาบาลเข้าโครงการดังกล่าว ดังนั้นโรงพยาบาลได้ส่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ 1 คน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา 1 คน แพทย์ 1 คนและพยาบาลหัวหน้าตึก 1 คน รวมจำนวน 5 คน เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลไปอบรมแนวคิดเกี่ยวกับ HA เพื่อนำมาถ่ายทอดให้กับหัวหน้างานต่างๆ รวมถึงหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งหลังจากที่ถ่ายทอดแนวคิด HA แล้วเกิดความคิดแตกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ยอมรับแนวคิด HA เพราะเห็นว่า HA เป็นสิ่งที่ดี เป็นสิ่งที่ชอบและโดยส่วนตัวมีความสนใจการพัฒนาเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ๆ จึงรู้สึกตื่นเต้น มีการเรียนรู้แนวคิด HA เพื่อสร้างความเข้าใจก่อนการนำไปปฏิบัติ ส่วนกลุ่มที่ปฏิเสธแนวคิด HA เนื่องจากส่วนใหญ่จะแสดงความรู้สึกกลัวการเปลี่ยนแปลง เพราะไม่รู้ว่าหลังการเปลี่ยนแปลงจะมีอะไรเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังรับรู้ว่าการพัฒนาคุณภาพด้วย

แนวคิด HA เป็นการเพิ่มภาระงานจึงเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในโรงพยาบาล กลุ่มนี้จึงไม่ยอมเปลี่ยนแปลง แต่ต้องการพัฒนาคุณภาพจึงใช้แนวคิด QA แทน

ระยะที่ 2 เป็นระยะการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ในระยะนี้กลุ่มที่ยอมรับแนวคิด HA มีการค้นหาโอกาสในการพัฒนาคุณภาพของตนซึ่งได้จากปัญหาในการปฏิบัติงาน การไปศึกษาดูงานและจากความคิดเห็นของผู้รับบริการและเรียนรู้งานและเริ่มที่จะเข้าใจแนวคิด HA เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพและมีการขยายผลการพัฒนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหน่วยงาน เช่นเดียวกับกลุ่มที่พัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด QA เมื่อเข้าใจการพัฒนาระบบคุณภาพมากขึ้น จึงนำแนวคิดของ QA มาบูรณาการกับแนวคิดของ HA และเริ่มกระบวนการพัฒนาเช่นเดียวกัน

ระยะที่ 3 เริ่มจากการดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยเริ่มจากการไปศึกษาดูงานในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงเกิดการเปรียบเทียบการพัฒนาคุณภาพ ทำให้มีความมั่นใจและทำการประเมินตนเองเพื่อประเมินระดับคุณภาพ หลังจากนั้นจึงมีการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลและดำเนินการแก้ไขและสมัครเข้ารับการรับรองคุณภาพจากโรงพยาบาลจาก พรพ. หลังจากนั้นพรพ. จึงมาเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินความพร้อมและให้ข้อเสนอแนะ 9 ข้อ เพื่อการพัฒนาแต่หนึ่งในนั้นคือโรงพยาบาลขาดผู้นำในการพัฒนา ซึ่งช่วงนั้นมีการเปลี่ยนผู้อำนวยการ ดังนั้นรองผู้อำนวยการในสมัยนั้นจึงประกาศนโยบายว่าต้องพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด HA เนื่องจากนโยบายของรัฐบาลประกาศชัดเจน ส่งผลให้ทุกคนในโรงพยาบาลรวมทั้งกลุ่มการพยาบาลที่พัฒนาด้วยแนวคิด QA ก็พัฒนาพร้อมกันโดยมีการบูรณาการแนวคิด QA และ HA ด้วยกันและมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพและมีการเตรียมการรับการประเมินจากพรพ. และผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

## 5.2 อภิปรายผลการวิจัย

**ระยะเตรียมการ** จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่ากระบวนการพัฒนาโรงพยาบาลจะเริ่มจากระยะเตรียมการ ซึ่ง ในระยะเตรียมการนี้เหตุผลที่โรงพยาบาลแห่งนี้เข้าร่วมโครงการ 1 ใน 35 โรงพยาบาลนำร่องจากปัจจัยเงื่อนไข ได้แก่ กระแสข่าวลือและการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2540 นั้น จะมีโรงพยาบาลที่สามารถออกนอกระบบได้ คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ทำให้หลายๆ โรงพยาบาลตื่นตัวที่จะมีการพัฒนาคุณภาพเพื่อที่จะต้องการออกนอกระบบสังกัดรัฐบาล และเพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายของกระทรวงที่เชิญโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลได้ โรงพยาบาลได้ส่งตัวแทนไปอบรมแนวคิดเกี่ยวกับ HA แต่สืบเนื่องจากวิทยากรที่มาถ่ายแนวคิด HA ในครั้งนั้นเป็นผู้เชี่ยวชาญจากประเทศแคนาดา และ

ถ่ายทอดแนวคิด HA เป็นภาษาอังกฤษ ส่งผลให้ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลตัวแทนที่ไปรับนโยบายเกิดความไม่เข้าใจในการนำแนวคิด HA มาพัฒนา ซึ่งในขณะนั้นยังไม่มีในประเทศไทยจึงเป็นช่วงที่เริ่มดำเนินการพัฒนาด้วยแนวคิด HA ทำให้ตัวแทนที่ไปรับนโยบายถ่ายทอดแนวคิด HA ด้วยความไม่เข้าใจ และถ่ายทอดแนวคิด HA ให้กลุ่มการพยาบาลเกิดการแตกแยกออกเป็นสองฝ่ายคือ กลุ่มยอมรับแนวคิด HA และกลุ่มคนส่วนใหญ่ปฏิเสธแนวคิด HA ซึ่งเป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลปฏิเสธในการนำแนวคิด HA ไปพัฒนางาน ดังนั้น อุปสรรคที่มีในกาถ่ายทอดแนวคิด HA คือ การสื่อสาร ซึ่งจากการศึกษาของสร้อยตระกูล อรรถมานะ (2542, 350) สิ่งที่มีผลต่อสื่อสาร ได้แก่ ปัจจัย สภาพเกี่ยวกับบุคคลและปัญหาในเรื่องของซึ่งสอดคล้องกับ วรรณารถ แสงมณี (2544) กล่าวว่า ความสามารถในการสื่อสารถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสำเร็จในการบริหารงานในองค์การเป็นอย่างยิ่ง การสื่อสารที่ดีจะก่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และยังมีผลเชื่อมโยงไปถึงการจูงใจให้พนักงานเกิดความรู้สึที่ดี และเกิดความจงรักภักดี ยึดมั่นผูกพันกับองค์การร่วมกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการสื่อสารเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการมีส่วนร่วมในการทำงานของพนักงาน หรือผู้บังคับบัญชาอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้นการที่โรงพยาบาลแห่งนี้เข้าร่วมโครงการ 35 โรงพยาบาลเป็นการเปลี่ยนแปลงองค์การ ดังนั้น กลุ่มคนที่ไม่ยอมรับแนวคิด HA จากเหตุผลที่ว่ายังไม่ทราบผลดีของการเปลี่ยนแปลงสอดคล้องกับไชแสง โภธิโกสุม (2543: 184) ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงมักมีปัญหาอุปสรรคต่างๆและบุคคลเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกันจึงทำให้เกิดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงได้โดยมาสาเหตุ ดังนี้ 1) ภาวะทางอารมณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ต้องการก็จะแสดงออกในคำถามต่างๆ เช่น “การเปลี่ยนแปลงจะมีผลกระทบต่อตนเองอย่างไร” หรือถามเรื่องภาวะทางการเงิน ความสัมพันธ์ การเพิ่มงานที่มากขึ้นหรือไม่ 2) ทศนคติ ของบุคคลที่ไม่ต้องการนำสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิม จะแสดงออกทางคำพูดที่ชัดเจนว่า “การเปลี่ยนแปลงนั้นทำไม่ได้ หรือฉันไม่มีเวลา” 3) อุปนิสัยของบุคคลที่อยู่กับสิ่งสบายไม่ชอบการคิดวิเคราะห์ 4) ความพอใจในความเป็น อยู่ของบุคคล โดยบุคคลไม่สามารถมองไม่เห็นสิ่งที่ต้องพัฒนามักจะพูดเสมอว่า “ทุกอย่างดีอยู่แล้ว” “ไม่มีปัญหา” เช่น ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีแล้ว 5) ความไม่เชื่อใจในผู้นำการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปกติการเปลี่ยนแปลงตามปกติจะกระทำโดยผู้บริหารจึงเกิดการต่อต้านได้ และ 6) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับไชแสง โภธิโกสุม (2543) จากการถ่ายทอดแนวคิด HA ของผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล เกิดการรับรู้จากบุคลากรจากกลุ่มต่างๆ ว่า กลัวการเปลี่ยนแปลง ไม่มีเวลาในการพัฒนาคุณภาพและบอกว่ามันคงเป็นไปได้ การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลแห่งนี้ก็ดีขึ้นแล้วทำไมต้องมีการพัฒนาอีก และความไม่มั่นใจในการถ่ายทอดแนวคิด

ของผู้ประสานงานคุณภาพแล้วถูกหรือเปล่า ที่ปัญหาของผู้ประสานงานคุณภาพคือ การไม่ยอมรับผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาล และรูปแบบของการพัฒนาด้วยแนวคิด HA ไม่ชัดเจนจึงทำให้การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลแห่งนี้ดำเนินการไปอย่างช้าๆ

การจัดการเงื่อนไขของผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลได้ดำเนินการเพื่อการสร้างความเข้าใจและถ่ายทอดแนวคิด HA โดยการนำการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานที่สนใจและยอมรับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลด้วยแนวคิด HA โดยนำปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานมีดำเนินการแก้ปัญหาในรูปแบบของการจัดการแบบมีส่วนร่วมของสมาชิกในทีมทำให้เกิดการยอมรับ มีการสื่อสารให้ผู้ประสานงานทราบแล้วกระจายให้หน่วยงานอื่นทราบทำให้หน่วยงานอื่นให้ความสนใจแนวคิด HA เพิ่มมากขึ้น และขณะเดียวกันก็มีการเรียนรู้แนวคิด HA จึงเกิดความเข้าใจมากขึ้น

**ระยะดำเนินการพัฒนา** การดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ในระยะนี้กลุ่มบุคลากรที่ยอมรับแนวคิด HA มาพัฒนาในหน่วยงานตนเองมีการค้นหาโอกาสในการพัฒนาคุณภาพงานของตนซึ่งได้จาก นโยบายของโรงพยาบาล ปัญหาจากการปฏิบัติงาน การไปศึกษาดูงาน และจากการสอบถามความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ ทำให้เกิดการเรียนรู้ และเริ่มที่จะเข้าใจแนวคิด HA เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพโดยใช้วงจร PDCA ในการพัฒนาคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการร่วมกันแก้ปัญหาโดยหัวหน้าหรือผู้ช่วยทำให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงซึ่งสอดคล้องกับ Yolder & Patricia (1995) กล่าวว่า การให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นกลยุทธ์หนึ่งของการใช้ภาวะผู้นำที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการระดมสมอง กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็น ซึ่งเป็นสิ่งแรกที่จะก่อให้เกิดการพัฒนา ผู้การร่วมทำร่วมแก้ไขและการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาคุณภาพยังรวมไปถึงการสร้างคนคุณภาพเพื่อให้คนไปสร้างระบบงานที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับอนวัณณ์ ศุภชุตินกุล (2543: 28 - 29) กล่าวว่า การสร้างคนทำให้เกิดความรักในองค์กรไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ในขณะที่การทำงานร่วมกันนั้นจะได้ทั้งการพัฒนาคนและพัฒนาระบบงานไปพร้อมกันโดยการพัฒนาคนเกิดความร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมเรียนรู้และการพัฒนาระบบงานเกิดจากการใช้วงจร Plan-Do-Check-Act ร่วมกับการคิดวิพากษ์และการใช้ความคิดสร้างสรรค์และมีการขยายผลการพัฒนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหน่วยงานเช่นเดียวกับกลุ่มที่พัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด QA เมื่อเข้าใจการพัฒนาระบบคุณภาพมากขึ้นจึงนำแนวคิดของ QA มาบูรณาการกับแนวคิดของ HA และเริ่มกระบวนการพัฒนาเช่นเดียวกัน

**ระยะดำเนินการเพื่อการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล** การดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยเริ่มจากการไปศึกษาดูงานในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลจึงเกิดการเปรียบเทียบระดับของการพัฒนาคุณภาพว่าโรงพยาบาลแห่งนี้มีการดำเนินการพัฒนามากทำให้มีความมั่นใจ และกลับมาทำการประเมินตนเองเพื่อประเมินระดับคุณภาพ หลังจากนั้นจึงมีการเยี่ยมสำรวจภายในโรงพยาบาลและดำเนินการแก้ไขและสมัครเข้าร่วมการรับรองคุณภาพจากโรงพยาบาลจาก พรพ. หลังจากนั้น พรพ.จึงมาเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินความพร้อมและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโรงพยาบาลต้องมีผู้นำในการพัฒนา ดังนั้นรองผู้อำนวยการในสมัยนั้นจึงประกาศนโยบายว่าต้องพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด HA เนื่องจากช่วงนั้นรัฐบาลประกาศชัดเจนโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขต้องผ่านการรับรองคุณภาพทำการเตรียมโรงพยาบาลเพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพโดยใช้ระยะเวลา ประมาณ 4 เดือน ส่งผลให้ทุกคนในโรงพยาบาลรวมทั้งกลุ่มการพยาบาลที่พัฒนาด้วยแนวคิด QA ก็ร่วมพัฒนาโดยมีการบูรณาการแนวคิด QA และ HA ด้วยกันและมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งช่วงนั้นมีการเปลี่ยนผู้อำนวยการ ซึ่งอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2534) กล่าวว่า ผู้นำถือเป็นหัวใจขององค์กร และผู้บังคับบัญชาทุกระดับถือเป็นผู้นำของหน่วยงานทั้งสิ้น หากองค์กรใดขาดผู้นำหรือมีผู้นำที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้องค์กรนั้นไม่เจริญก้าวหน้าเท่าที่ควร (ผู้นำจึงมีความสำคัญยิ่งต่อองค์กร ละเอียดการบริหารงานเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลขององค์กรนั้นๆ และมีการเตรียมการรับการประเมินจาก พรพ. และผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542) กำหนดว่าการประเมินคุณภาพและรับรองคุณภาพนั้นโรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ

สรุปแล้วผลการวิจัยนี้พบว่าแนวคิด PDCA ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพเฉพาะในขั้นตอนดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ส่วนในขั้นตอนอื่นๆจะมีวิธีการใช้ที่แตกต่างจาก PDCA ซึ่งสามารถอ่านรายละเอียดได้จากบทที่ 4

### 5.3 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอแนะกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้บริหารควรมีความมุ่งมั่นตั้งใจเป็นผู้นำในการพัฒนาและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านงบประมาณ อัตรากำลัง การพัฒนาองค์กร การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

2. จากผลการวิจัยพบว่าควรมีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ ประสพการณ์ และวิทยาการใหม่ๆที่ทันสมัยในการปฏิบัติงานบริการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

3. จากผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลแห่งนี้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยยึดหลักคือ ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ความร่วมมือที่ดีที่ทั่วทั้งองค์กรจะทำให้การพัฒนาดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและการเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขร่วมกันสิ่งสำคัญต้องดูความพร้อมของผู้ใช้บริการด้วยการพัฒนาจึงจะทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. จากผลการวิจัยพบว่าการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกหน่วยงานโดยใช้กระบวนการ PDCA พัฒนาระบบหน่วยงานของตนโดยการใช้กระบวนการวางแผนงานหาแนวทางแก้ไขปัญหา ลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหานั้น มีการตรวจสอบ หากมีปัญหาเกิดขึ้นก็มีการแก้ไขต่อไปเป็นกระบวนการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง

#### 5.4 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ กล่าว คือ กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลอื่น ๆ ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิต่อไป

2. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้นำองค์กรเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้องค์กรพัฒนาคุณภาพไปสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อไป

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศกุล. 2541. เกล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก. **วารสารวิจัยทางการพยาบาล**. 1 (2) (กรกฎาคม-ธันวาคม): 297-311.
- กนกนุช ชื่นเลิศกุล. 2543. ประสบการณ์ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานในการทำวิจัย. **วารสารวิจัยทางการพยาบาล**. 4 (1) (มกราคม- เมษายน): 107-118.
- กรองแก้ว อยู่สุข. 2537. **พฤติกรรมองค์กร**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษฎี อุทัยรัตน์. 2542. **ถกคุณภาพ (Quality story) ภาค 2**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี(ไทย-ญี่ปุ่น) กรุงเทพมหานคร: ส. เอเชียเพรส.
- กฤษฎี อุทัยรัตน์. 2543. **ถกคุณภาพ (Quality story) ภาค 2**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)
- กองการพยาบาล. 2537. **การควบคุมคุณภาพการพยาบาล เล่ม1** พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2538. **บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ขวัญราตรี ไชยแสง. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและแรงจูงใจกับการดำเนินงานของวิชาชีพในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไชยแสง โปธิโกสุม และ ทศนีย์ นะแสง. 2545. แนวความคิดและการปฏิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาตน คน และระบบงาน เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 22, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม) : 18 -38.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. 2540. **แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 -2544)**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- จิรัฐมร์ ศรีรัตน์บัลล์ และคณะ. 2543. **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.
- ชมรมแพทย์ชนบท. 2546. **ถึงเวลาแล้วหรือยัง ? ที่พวกเราชาวชนบทจะลุกขึ้นมาฟ้องศาลรัฐธรรมนูญ**. โรงพยาบาลชุมชนปีที่ 4 ฉบับที่ 5 (มีนาคม- เมษายน 2546): 18-20

- ชำนาญ ภู่อเยี่ยม. 2537. **การสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ.**  
กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ฐิติพร พูลสุข. 2545. **การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้ได้มาซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการศึกษาระดับปริญญาโทและเอก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณชนันท์ บุญด่านกลาง. 2543. **การศึกษาการดำเนินงานกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2540). **องค์การและการจัดการ ทันสมัยในยุคโลกาภิวัตน์.**  
กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ปราณีดี บุษปวรวรรณะ. 2541. **การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรางทิพย์ อุจรัตน์. 2540. **การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.**
- พรนพ พุกกะพันธ์. 2542. **การบริหารความขัดแย้ง.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เม็ดทราย พรินติ้ง.
- พิรุณ รัตนวณิช. 2545. **คุณภาพบริการด้านสาธารณสุขสำหรับพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 1.  
นนทบุรี: มายด์ พับลิชชิ่ง.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. 2548. **การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- พาริดา อิบราฮิม. 2539. **สาระการบริหารการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- พาริดา อิบราฮิม. 2542. **สาระการบริหารการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- มณี ภาณุวัฒน์สุข. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย การสนับสนุนจากองค์กร กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ อัครมาศย์. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารการพยาบาลกับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- รัชนี สิงห์บุญตา. 2541. **การทดลองกิจกรรม 5ส. ในการพัฒนาการทำงานเป็นทีมและ การมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรณู สอนเครือ. 2540. **แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม 1 .** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- วรรณดี ศุภวงศานนท์. 2543. **กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาล ทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา ออประเสริฐ. 2540. **ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการการรักษาพยาบาลในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป. วารสารพยาบาลรามธิบดี 1(3): 11.**
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2545. **การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภาดา คุณวาทิตกุล. 2542. **จากการประกันคุณภาพสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. พยาบาลสาร ปีที่ 26 ฉบับที่3 (กรกฎาคม-กันยายน): 9-17.**
- วิศิณี พรหมพันธุ์. 2544. **การนำระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาโรงพยาบาล: กรณีศึกษา โรงพยาบาล ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2548. **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2540. **มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกแนวทาง การพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งสู่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง.** กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ด์ .
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2542. **คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ด์.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2543 . **มาตรฐานHA และเกณฑ์พิจารณา: บุรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์ด์.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2545. **บันได 3 สู่ HA (ปรับปรุงจาก Roadmap to HA และเส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพแบบเรียบง่ายใน Simplicity in Complex System):** <http://www.ha.or.th>. [กุมภาพันธ์ 2545]

- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2546. **โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ (Hospital Accreditation).** [online]:[http://www.ha.or.th/m\\_07\\_02.asp](http://www.ha.or.th/m_07_02.asp). วันที่ 1 เมษายน, 2549) [1 เมษายน 2549]
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2549. **นวัตกรรมตามรอยและวัดผลคุณภาพ.** นนทบุรี: ดีไซน์.
- สมจิตร หงษ์เจริญกุล. 2543. **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: วีพรีนติ้ง.
- สัจจา อัมพันพงษ์. 2546. **การศึกษาภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยรัตนนคร.
- สายสวาท เผ่าพงษ์. 2542. **พัฒนาการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง
- สิริพร สุขโข. 2546. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตากสิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สิทธิศักดิ์ พุกษิบัติกุล. 2543. **เส้นทางสู่ Hospital Accreditation.** กรุงเทพมหานคร: ส. เอเชียเพรส.
- สิทธิศักดิ์ พุกษิบัติกุล และอนุวัฒน์ ศุภชุตikul. 2543. **เส้นทางสู่ Hospital Accreditation.** พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพมหานคร:ส. เอเชียเพรส.
- สิทธิศักดิ์ พุกษิบัติกุล. 2544. **ก้าวสู่ Hospital Accreditation Step by Step.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ที เอส บี โปรดักส์.
- สิริพร สุขโข. 2546. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตากสิน.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สิริภัทร์ วงศ์ธีรุตม์. 2546. **การเปลี่ยนแปลงสู่คุณภาพเป็นเลิศ.** นครปฐม: สายสีการพิมพ์.
- สุจิตรา ศรีนุต. 2546. **PDCA วงจรควบคุมคุณภาพ. ฝ่ายคำสาร.** ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน): 23-28.
- สุลัดดา พงศ์รัตนมาน. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับการปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ. 2541. รายงานการศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่อง  
การพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐ ด้วย TQM เสนอต่อสถาบัน  
ระบบสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2540. Hospital Accreditation บทเรียนจากแคนาดา. พิมพ์ครั้งที่ 1  
กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2541. ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล: รายงานการศึกษา  
โครงการวิจัยการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. 2543. “การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล”. ประชาคมวิจัย. ฉบับการ  
ประเมินคุณภาพ (กุมภาพันธ์): 28 -30.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุลและคณะ. 2544. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิง  
ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- อรุณ รักรธรรม. 2525. ทฤษฎีองค์การสมัยใหม่: การบริหารองค์กร. กรุงเทพมหานคร: ไทย  
วัฒนาพานิช.
- อารีย์ วิจารณ์นท์. 2537. การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการที่แผนก  
ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 3 ฉบับที่ 2:  
159-164.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2545. Grounded Theory. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาวิจัย  
คุณภาพ. (25 ธันวาคม 2545). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ดวงอุไร. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอ  
ผู้ป่วย การรับรู้ความชัดเจนในนโยบายขององค์กร กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรม  
พัฒนาคุณภาพของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัปสร ตริเทวี. 2545. ผลของการฝึกอบรมการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารสำหรับพยาบาล  
ประจำการต่อคุณภาพบริการด้านการสื่อสารแผนกผู้ป่วยนอกสูติกรรม.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาล  
ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. 2534. กระบวนการบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่:  
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

## ภาษาอังกฤษ

- Besterfield, et al., 1995. **Total quality management**. New Jersey: Prentice-Hall International.
- Burns, N., and Grove, S. K. 1999. **Understanding nursing research**. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Charmaz, K. 2003. **Grounded Theory: Objectivist and constructivist methods**. In Denzin, N. K., and Lincoln, Y. S., *Strategies of Qualitative Inquiry*, pp. 249-291. Thousand Oaks: Sage.
- Creswell, J. W. 1998. **Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions**. Thousand Oaks: Sage.
- Deming, W. E. 1986. **Out of crisis**. Boston: The Massachusetts Institute of Technology Center for Advance Engineering Study.
- Denscombe, M. 2003. **Grounded theory**. In *The good research guide for small-scale social research projects*. : pp109-128. Maidenhead: Open University Press.
- Filly, A.C., House, R.J., and Kerr, S. 1976. **Managerial process and Organization behavior**. New York: Scott, Foresman and company.
- Gelinas, L.S. and Mantbey, M. 1997. The impact of organizational redesign on nurse executive leadership. *Journal of Nursing Administration* 27(10) (October):35-42.
- Gillies, D. 1989. **Nursing management: A systems approach**. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphi: Saunders.
- Gillies, D. A. 1994. **Nursing Management: A system approach**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Glaser, B. 1998. Keynote address from the fourth annual qualitative health research conference: The Future of Grounded Theory. *Qualitative Health Research*. 9(6) (November): 836-845
- Glaser, B., and Strauss, A. 1967. **The Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research**. New York: Aldine.
- Goetsch, D. L. and Davis, S. 1995. **Implementing total quality**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Holloway, I. and Wheeler, S. 2002. **Qualitative research in nursing** 2<sup>nd</sup> Oxford, Blackwell Science .

- Judith, L. 1996. **Quality management.** Community health nursing: Promotion health of aggregates. Families and individuals 4<sup>th</sup> ed. St Louise: Mosby.
- Juran, J. M. 1992. **Juran on quality by design.** New York: The Free .
- Maykut, P. and Morehouse, R. 1994. **Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide.** 1<sup>st</sup> Great Britain: Biddles
- Minichiello, V., et al. 1990. In **-depth interviewing Researching People.** Melbourne: Logman Chesshire .
- Moran, J. W. 1999. **Leading the organization to perfection through daily management.** Philadelphia: The Dryden .
- Morse, J. M. 1991. **Strategies for sampling.** In **Qualitative nursing research: A contemporary dialogue.** Newbury Park.: Sage.
- Morse, J. M. 2000. Determining Sample Size. **Qualitative Health Research** 10 (1) (January): 3-5.
- Kotler, P. 2000. **Marketing management.** New Jersey: Prentice-Hall.
- Lincoln, Y. S., and Guba, E. B. 1985. **Naturalistic inquiry.** Newbury Park CA: Sage.
- Pedersen, A. 1993. Qualities of the Excellent Head nurse. **Nursing Administration Quarterly** 18 (Fall, 1993): 40-50.
- Rubin, H. J., and Rubin, I. S. 1995. **Qualitative Interviewing: The art of hearing data.** United States of America: Sage.
- Sales, S.M. 1996. Supervisory style and productivity: Review and theory. **Personnel Psychology** 19 (3): 275 – 294.
- Strauss A., and Corbin J. 1990. **Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques.** Newbury Park: Sage.
- Strauss A., and Corbin J. 1994. **Handbook of qualitative research.** pp.273-285. Thousand Oaks: Sage.
- Strauss A., and Corbin J. 1990. **Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques.** Newbury Park: Sage Publications.
- Strauss A., and Corbin J. 1998. **Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory.** 2<sup>nd</sup> ed. Oaks: Sage .

- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. 1999. **Grounded theory as method**. In **Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative**. Philadelphia: Lippincott.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. 2003. **Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Supachai Kunaratanapruk, et. al. 1997. **Model development for hospital accreditation in Thailand**. Bangkok: Sampraya.
- Yolder, W. & Patricia, S. (1995). **Leading and managing in nursing**. St. Louis: Mosby-Yearbook.
- Yulk, G. A. 1994. **Leadership in Organization**. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก  
 รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ตรวจสอบแนวคำถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณภา ศรีธัญรัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. นางสาวกิตติยา เตชะไพโรจน์ พยาบาลวิชาชีพ 7 งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลอุดรธานี
3. นางสาววัชรา ภูมิพระบุ พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้ประสานงานคุณภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น
4. นางสาวจงกลณี จันทศิริ พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น
5. นางสาวประภัสศรี ชวราช พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหน่วยงาน โรงพยาบาลขอนแก่น

ตรวจสอบรูปแบบ (Model)

1. นางสาววัชรา ภูมิพระบุ พยาบาลวิชาชีพ 7 ผู้ประสานงานคุณภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น
2. นางสาวจงกลณี จันทศิริ พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น
3. นางสาวนันท์ นาควิเชียร พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บข้อมูลการวิจัย และขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

เนื่องด้วย นางสาวจิตกิตมณี อัครชาติศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ ช่อมตानी เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยใช้เครื่องมือการวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลหัวหน้างาน พยาบาลเทคนิค และพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และ สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง และใคร่ขอความอนุเคราะห์บุคลากรหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ดังนี้

- |                    |           |                 |
|--------------------|-----------|-----------------|
| 1. นางสาววัชรา     | ภุมิพระบุ | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2. นางสาวจงกลณี    | จันทศิริ  | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 3. นางสาวประภัสศรี | ชาวงษ์    | พยาบาลวิชาชีพ 7 |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้นางสาวจิตกิตมณี อัครชาติศรี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน 1. นางสาววัชรา ภุมิพระบุ 2. นางสาวจงกลณี จันทศิริ 3. นางสาวประภัสศรี ชาวงษ์

งานบริการการศึกษา

โทร 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. อารีย์วรรณ ช่อมตानी โทร 02-2189810

ที่นินสิต

นางสาวจิตกิตมณี อัครชาติศรี โทร. 01-8306194

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เนื่องด้วย นางสาวจิตกิตมณี อัคราศาสตร์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาลเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรรณภา ศรีธัญรัตน์

งานบริการการศึกษา

โทร 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี โทร 02-2189810

ชื่อนิสิต

นางสาวจิตกิตมณี อัคราศาสตร์ โทร. 01-8306194

**แนวคำถามข้อมูลส่วนบุคคล**  
**เรื่องกระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ**

ลำดับ/ตำแหน่ง...../.....

วันที่/เดือน/ปี...../...../.....

สถานที่.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....น.

**ขั้นเริ่มการสนทนา**

ผู้วิจัยแนะนำตนเองแล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและประโยชน์จากการทำวิจัยในครั้งนี้ อธิบายถึงการเข้าร่วมในการทำวิจัยแล้วให้ consent ยินยอมเพื่อการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพว่ามีการดำเนินการอย่างไร แล้วซักถามข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

1.1 อายุ.....ปี(จำนวนปีเต็ม)

1.2 ระดับการศึกษา

 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น) ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์เทียบเท่าปริญญาตรี/ปริญญาตรี ปริญญาโท สาขา ..... ปริญญาเอก สาขา .....

1.3 สถานภาพสมรส

 โสด                       คู่                       ม่าย/หย่า/แยก

1.4 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน.....ปี (จำนวนปีเต็ม)

1.5 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน.....ปี (จำนวนปีเต็ม)

1.6 นอกเหนือจากหน้าที่ที่ทำงานในงานประจำแล้วท่านมีหน้าที่พิเศษที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพอย่างไรบ้าง

ท่านมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอะไรบ้าง

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

### แนวคำถาม

**เรื่อง** การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล  
วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ

### คำถามหลัก

อยากให้คุณเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อได้รับการรับรองคุณภาพ  
ว่าเริ่มต้นทำอะไรบ้าง และทำอย่างไร

### ประเด็นเจาะลึก

1. โรงพยาบาลเข้าสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อการรองรับมาตรฐานโรงพยาบาลได้อย่างไร
2. ท่านรู้สึกอย่างไรที่โรงพยาบาลเข้าสู่การโครงการเพื่อการรองรับมาตรฐานโรงพยาบาล HA
3. โรงพยาบาลเริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างไร
4. ท่านรู้สึกอย่างไรในการพัฒนาคุณภาพด้วยแนวคิด HA
7. สิ่งที่ท่านนำมาพัฒนางานได้มาจากอะไร
8. เงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ทำให้เกิด .....(ปรากฏการณ์)และท่านได้ดำเนินการอย่างไร
9. การเตรียมการเพื่อการรับตรวจเยี่ยมจาก พรพ. ต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง
10. สิ่งที่ทำให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลคืออะไร
11. อะไรที่ทำให้ท่านมุ่งมั่นที่จะพัฒนางานการพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐาน  
โรงพยาบาล
14. ท่านอยากจะมีเพิ่มเติมข้อมูลอะไรที่จะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพ  
โรงพยาบาลเพื่อการรับรอง HA อีกหรือไม่

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ด้วยดิฉัน นางสาวจิตกิตมณี อัครฮาดศรี เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำการวิจัยเรื่อง "กระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล" ท่านเป็นบุคคลที่ดิฉันคิดว่าสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ที่ท่านมีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลได้เพื่อเป็นประโยชน์ในงานวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีความยินดีให้ความร่วมมือที่จะเข้าร่วมในงานวิจัย ดิฉันจะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของท่านเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระหว่างทำการสัมภาษณ์ดิฉันขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกย่อในประเด็นที่สำคัญทั้งนี้เพื่อความสมบูรณ์ของเนื้อหา สำหรับข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์และเสนอผลในภาพรวม จะไม่ทำให้เกิดความเสียหายใดๆทั้งต่อตัวท่านและโรงพยาบาล เทปที่บันทึกการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเมื่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ดิฉันมีความยินดีที่จะตอบข้อสงสัย ท่านจะมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และแม้ว่าท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็ตาม ท่านก็ยังมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมในวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามความต้องการของท่านโดยไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด

ด้วยความเคารพอย่างสูง

.....  
(นางสาวจิตกิตมณี อัครฮาดศรี)

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามลายระเอียดข้างต้นมีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ลายเซ็น.....

(.....)

วัน...../...../.....

ตารางที่ 3 แสดง Preliminary Themes

ลำดับที่	Themes	ลำดับที่	Themes
1	การพัฒนาบุคลากร	30	การป้องกันความเสี่ยง
2	นิยามคุณภาพ	31	เกณฑ์การเลือกเรื่องที่น่าสนใจ
3	การแก้ปัญหา	32	การส่งต่อข้อมูลให้ผู้บริหาร
4	แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพ	33	การกระจายอำนาจ
5	ตัวชี้วัด	34	การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ
6	แนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่ใช้ใน ร.พ.	35	ภาษา HA เข้าใจยาก
7	Pre- Survey	36	การสร้างความเข้าใจ
8	การช่วยหน่วยงานที่ไม่เข้าใจแนวคิด HA	37	การมีส่วนร่วมในทีมสหสาขา
9	เรียนรู้ HA จากอินเทอร์เน็ต	38	การกระตุ้นแนวคิดให้พัฒนางาน
10	การแลกเปลี่ยนประสบการณ์	39	เทคนิคการให้บุคลากรมีส่วนร่วม
11	ความรู้สึกที่โรงพยาบาลผ่าน HA	40	การประชุม
12	การมอบหมายงานเป็นขั้นตอน	41	คุณลักษณะของ Internal survey
13	ยุทธศาสตร์ปาล้อมเมือง	42	ลักษณะบุคลากรใน ร.พ.
14	การเขียนนโยบายของโรงพยาบาล	43	ความรู้สึกต่อแนวคิด HA ในระยะแรก
15	การประเมินตนเอง	44	คนหนุ่มมากพาท่า
16	การประสานงาน	45	ลักษณะการประชุม PCT
17	การพัฒนาตนเอง	46	การรับทราบชมเชยจากอาจารย์ จาก พรพ.
18	การทำวิจัยทัศน์ พันธกิจ ของ ร.พ.	47	รูปแบบการพัฒนา
19	การจัดตั้งคณะกรรมการคุณภาพ	48	การส่งต่อศูนย์ดูแลต่อเนื่อง
20	การพัฒนาแบบใหม่โรง	49	การเตรียมตัวเพื่อรับการประเมิน
21	ระดับของปัญหา	50	เหตุผลที่พัฒนาคุณภาพเพื่อให้ผ่าน HA
22	การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	51	ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนา
23	การทำ Quality round	52	ประโยชน์ของนโยบายและวิธีปฏิบัติ
24	การทำ Dead case conference	53	ประโยชน์ที่โรงพยาบาลผ่าน HA
25	การนำเสนอผลงานคุณภาพ	54	สิทธิผู้ป่วย
26	บทบาท Facilitator	55	การบริหารความเสี่ยง
27	การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์	56	การบริหารยา
28	การบูรณาการแนวความคิด QA กับ HA	57	การเรียนรู้ด้วยตนเอง
29	ขาดงบประมาณสนับสนุน	58	การประเมินความพร้อม

ตารางที่ 3 แสดง Preliminary Themes (ต่อ)

ลำดับที่	Themes	ลำดับที่	Themes
59	ตัวอย่างคำถามจาก พรพ.	86	การตรวจเยี่ยมเพื่อการรับรอง
59	การนำเสนอในการประชุม Fa	87	การเสียดสี
60	การนำเสนอในมหกรรม HA	88	การนำเสนอผลงานใน National Forum
61	นิสัยส่วนตัว	89	รูปแบบการบริหารของหัวหน้าหน่วยงาน
62	พื้นฐานความสามารถส่วนบุคคล	90	การแก้ไขข้อเสนอนะ
63	ครอบครัวสนับสนุน	91	การส่งรายงานให้ พรพ.
64	การศึกษามาตรฐาน HA	92	การเตรียมในวันประเมิน
65	ความรู้สึกที่ได้แก้ปัญหาแบบสหสาขาทีม	93	การแก้ปัญหาของผู้ประสานคุณภาพ
66	การทำเหมือง	94	การติดตาม
67	การพัฒนาระบบบันทึกทางการแพทย์	95	เหตุผลที่ไม่เข้าร่วมในการพัฒนาในระยะแรก
68	การจัดทำคู่มือ	96	การหมกเม็ดเสียงสะท้อน
69	จัดตั้งศูนย์ประสานงานงานของแผนก	97	เหตุผลที่ไม่พัฒนาต่อเนื่อง
70	การทำ วิจัย	98	การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
71	การทำ Dead case conference	99	การสื่อสาร
72	พัฒนาระบบสารสนเทศ	100	ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพ
73	กิจกรรม CQI	101	การยอมรับ
74	การเลียนแบบ	102	ข้อร้องเรียนผ่านหัวหน้าพยาบาล
75	ใจรัก	103	ข้อร้องเรียนผ่านโทรศัพท์
76	การบริการเชิงรุก	104	ข้อร้องเรียนผ่านทางเว็บไซต์โรงพยาบาล
77	IP voice	105	ข้อร้องเรียนผ่านเวรตรวจการ
78	ข้อร้องเรียนจากเวรตรวจการ	106	ข้อร้องเรียนผ่านผู้รับฟังความคิดเห็น
79	การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ	107	เหตุผลที่เข้าร่วมในการพัฒนา
80	การสัมภาษณ์ญาติคนไข้และญาติ	108	การรักษาเครื่องมือ
81	แบบประเมินความพึงพอใจ	109	การวางแผนจำหน่าย
82	การเอาใจเขามาใส่ใจเรา	110	ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ทุกคน
83	การได้ใจบุคลากร	111	การบริการเหนือความคาดหมาย
84	ภาคภูมิใจ	112	การกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันระหว่าง PCT
85	นโยบายบังคับให้ผ่านการรับรอง	113	การเคียงบาเคียงไหล่

ตารางที่ 3 แสดง Preliminary Themes (ต่อ)

ลำดับที่	Themes	ลำดับที่	Themes
114	การนำเสนอในที่ประชุมกลุ่มการพยาบาล	142	การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
115	การนำเสนอในการประชุม PCT	143	ความรู้สึกที่เป็น Facilitator
116	การศึกษาดูงานในหน่วยงานที่พัฒนา	144	การทำ Peer review
117	การนำเสนอผลงานของกระทรวง	145	การออกสารรายวัน
118	ระดับการศึกษา	146	การประเมินความพึงพอใจจากผู้รับบริการ
119	ความรู้สึกขณะเสนอผลงานในมหกรรม HA	147	การถ่ายทอดแนวคิด HA
120	การทำ Care map	148	การเตรียมเอกสาร
121	บทบาทหัวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ	149	การประชุม PCT
122	การประเมินบุคลากร	150	ความรู้สึกที่ รพ. ผ่านการรับรองคุณภาพ
123	การทำ Nursing round	151	ข้อเสนอแนะจาก Internal survey
124	การปรับตัวชีวิต	152	การทำงานเป็นทีม
125	ข้อเสนอแนะจาก พรพ.	153	การยอมรับแนวคิด HA
126	การวิเคราะห์กระบวนการหลัก	154	การแต่งตั้งผู้ประสานงานคุณภาพ ร.พ.
127	การทำความเข้าใจในแนวคิด QA กับ HA	155	ความหมายของการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรอง HA
128	การมองถ่ายความเสี่ยง	156	เรียนรู้จากการทดลองปฏิบัติ
129	การรายงานความเสี่ยง	157	เรียนรู้จากการอ่านหนังสือ
130	การจัดการกับความเสี่ยง	158	การเรียนรู้แนวคิด HA
131	รู้สึกเครียด	159	การประเมินตามมาตรฐาน HA
132	รู้สึกต่อต้าน	160	หัวหน้าสนับสนุน
133	รู้สึกสองฝักสองฝ่าย	161	การดูแลผู้ป่วย
134	กระแสการออกนอกระบบ	162	เรียนรู้จากทีม
135	ลูกค้าประกันสังคม	163	การป้องกันการติดเชื้อ
136	คติประจำใจในการทำงาน	164	การพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด QA
137	ชอบทำงาน	165	อุดมคติส่วนตัว
138	ข้อดีของการแก้ปัญหาแบบ PCT	166	การทำครบตามมาตรฐาน
139	ความรู้สึกที่ได้ทำงานกับ PCT	167	ทีมให้กำลังใจ
140	การสร้างเข้าใจแนวคิด HA	168	การได้รับการยอมรับ
141	ภาระงานเยอะ	169	การสะท้อนผลลัพธ์



ตารางที่ 3 แสดง Preliminary Themes (ต่อ)

ลำดับที่	Themes	ลำดับที่	Themes
170	รู้สึกชื่นชม	186	เป็นหน้าที่
171	ความสามัคคี	187	ชอบลองของใหม่
172	ความขี้งาน	188	ความมุ่งมั่น
173	เหมือนมงกุฎหนาม	189	ทีมดี
174	การให้กำลังใจ	190	ติดชื่อบุคลากรที่ถูกชื่นชมมาก
175	การให้เงินรางวัลในการพัฒนา	191	การได้รับรางวัลจากการนำเสนอผลงาน
176	การปรบมือแสดงความชื่นชม	192	การได้ไปประชุมวิชาการ
177	ร่วมทำกิจกรรมในวันสำคัญ	193	การพัฒนาแบบหิวหิวจะไม่ยั่งยืน
178	ทุกคนพัฒนาในหน่วยงานตนเอง	194	การบูรณาการแนวคิด HA กับ QA
179	Case management	195	Grand round
180	Quality round	196	การประเมินผล
181	การประกันคุณภาพ	197	รู้สึกเหนื่อย
182	มีความสุข	198	รู้สึกเบื่อน่าย
183	รู้สึกดีใจ	199	Happy
184	ใจเกินร้อย	200	เกิดการรวมหัว
185	การเปรียบเทียบ TQM กับธรรมะ	201	การแก้ปัญหาของผู้ประสานงานคุณภาพ

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิตกิตมณี อัครชาติศรี เกิดวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2515 ที่จังหวัดสกลนคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลศาสตร์สาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2538 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 ประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 และปฏิบัติงานในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร เมื่อปี พ.ศ. 2538 - 2544 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2545 ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2, 3 , ฝ่ายการพยาบาล และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการโรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร เลขที่ 1041 หมู่ 10 ถ.เจริญเมือง ตำบลธาตุเชิงชุม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 ที่อยู่ปัจจุบัน 83 หมู่ 5 บ้านทามไธ ตำบลดงชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร 47000 เป็นวิทยากรเรื่องการกระตุ้นพัฒนาการในเด็กและปฏิบัติงาน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย