

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยดังนี้ คือ

1. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล
3. แนวคิดการมีส่วนร่วมในงานของบุคลากร
4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

1.1 ความหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อนุวัฒน์ ศุภชุติกกุล (2542) กล่าวว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการประเมินคุณภาพระบบบริการของสถานพยาบาลในทุกด้าน เปรียบเทียบกับมาตรฐานระดับชาติ เป็นระบบที่ทำด้วยความสมัครใจ ประกอบด้วย การประเมิน การปรับปรุงตนเองของสถานพยาบาล และการทบทวนโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันอื่น ๆ เป็นกลไกที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลที่ได้ผลดีที่สุดในหนึ่ง โดยมุ่งเน้นหาวิธีที่จะปรับปรุงการให้บริการ และการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) ได้ให้ความหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ว่าเป็นกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์การอย่างเป็นระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ เป็นการตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย คุณภาพในการบริการสุขภาพ จะมีลักษณะ 4 ประการคือ

- 1) ไม่มีปัญหา (Zero defect, Do right thing right, From first time)

- 2) ลูกค้าพอใจ คือ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของลูกค้า
- 3) ได้มาตรฐาน โดยมีมาตรฐานในกระบวนการทำงานทุกขั้นตอน และมีมาตรฐานตามกฎหมาย หรือกฎระเบียบต่าง ๆ ที่มีอยู่
- 4) สานคุณภาพชีวิต สานสู่ความเป็นเลิศ คือ พัฒนาสู่เป้าหมาย บริการคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างไม่หยุดยั้ง

สิทธิศักดิ์ พุทธานิติกุล (2544) กล่าวว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เป็นการพัฒนาคุณภาพตามปรัชญา TQM (Total Quality Management) นั้นเอง แต่เป็น TQM ที่มีการแปลความให้สอดคล้องกับกิจกรรมของโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้วในรูปแบบของมาตรฐานโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรทำความเข้าใจปรัชญาของ TQM ให้ดี และทราบองค์ประกอบที่จำเป็นเพื่อสามารถก่อตั้งระบบคุณภาพได้สอดคล้อง เหมาะสมและยั่งยืนสมตามเจตนารมณ์ของมาตรฐานโรงพยาบาลต่อไป

กล่าวโดยสรุปความหมายของ การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ว่า เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานที่กำหนด โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งกระบวนการนั้นประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การประเมินตนเอง การประเมินและรับรองคุณภาพโดยองค์การภายนอก และผู้ดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย บุคลากรทั่วทั้งองค์การ เน้นการทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ

1.2 ความเป็นมาของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีต้นกำเนิดในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อ 70 ปีก่อน โดยมีเป้าหมายเริ่มต้นเพื่อเลือกสรรโรงพยาบาลสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ต่อมาถูกนำมาใช้เป็นเงื่อนไขในการจ่ายเงินสำหรับระบบประกันสุขภาพ ในช่วงต้นระบบนี้ได้ขยายตัวต่อไปในประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อังกฤษ สวีเดน มีการนำการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้กับประเทศกำลังพัฒนาเมื่อไม่นานมานี้ โดยองค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

ในประเทศไทย หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อสนับสนุนและสร้างกลไกกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการรวบรวมมาตรฐานโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจสอบและพัฒนาตนเอง ผนวกกับมาตรฐานเชิงวิชาชีพ

ขององค์การวิชาชีพ และหน่วยต่าง ๆ ให้เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ในชื่อ "โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล" โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง คือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระของรัฐ ภายใต้สังกัดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เดิมมีรูปแบบการดำเนินงานเป็นโครงการ ต่อมามีการตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจนในที่ประชุม National Forum on Hospital Accreditation เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2541 จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานจากโครงการมาเป็นสถาบันเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของทุกโรงพยาบาลและเน้นการเผยแพร่ให้ความรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ ทำหน้าที่ส่งเสริมการสร้างและการใช้องค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) โดยมีภารกิจดังต่อไปนี้

- 1) รับทราบข้อมูลและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลจากผู้ที่เกี่ยวข้องและกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ
- 2) รวบรวมองค์ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและดำเนินการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- 3) ดำเนินการฝึกอบรม เผยแพร่แนวคิดและองค์ความรู้ให้ผู้อื่นเกี่ยวข้อง สร้างวิทยากร สร้างเครื่องช่วยการฝึกอบรม และจัดทำสื่อการเรียนรู้รูปแบบต่าง ๆ
- 4) ร่วมมือกับองค์การวิชาชีพ สร้างแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย จัดให้มีเครือข่ายและเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในภูมิภาคและกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ
- 5) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วยการให้ข่าวสาร คู่มือ แนวทางการพัฒนา ให้คำแนะนำ สร้างโปรแกรมทดสอบความพร้อม
- 6) ประเมินและรับรองโรงพยาบาล เฝ้าระวังหลักการประเมินและกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุปได้ว่า โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีต้นกำเนิดในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยช่วงแรกใช้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ต่อมาได้ขยายมายังประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย ซึ่งได้มีการรวบรวมมาตรฐานโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศแล้วปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย โดยใช้ชื่อว่า โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระของรัฐ

1.3 วิวัฒนาการของระบบคุณภาพ

ระบบคุณภาพมีวิวัฒนาการเป็นลำดับ ในแต่ละยุคมีจุดเน้นที่แตกต่างกันดังนี้ (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยติกุล, 2544)

1) ยุคของการตรวจสอบ

ยุคแรก ๆ ของการพัฒนาคุณภาพ เริ่มต้นประมาณสงครามโลกครั้งที่สองมีการพยายามหาวิธีการตรวจสอบและทดสอบดูว่ากระสุนปืนที่ผลิตได้มีคุณภาพหรือไม่ ต่อมาได้มีการพัฒนาจนกระทั่งเกิดเป็นมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบ และทดสอบที่เรียกว่า Military Standard จำนวนมากมายหลายฉบับ เป็นที่นิยมใช้กันจนกระทั่งปัจจุบัน วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบ เพื่อค้นหาว่าสินค้าหรือบริการที่ได้ตรงตามมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ หากไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หรือไม่ผ่านการตรวจสอบ แสดงว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีปัญหาห้ามนำไปใช้ในการผลิตหรือให้บริการในขั้นต่อไป

2) ยุคของการควบคุมคุณภาพ

การควบคุมคุณภาพ หมายถึง กิจกรรมคุณภาพเชิงเทคนิคที่ใช้เฝ้าระวังกระบวนการและมุ่งขจัดสาเหตุของสิ่งที่ไม่พึงประสงค์เพื่อป้องกันข้อบกพร่อง นั้นหมายความว่า จะต้องมีการเฝ้าระวังกระบวนการให้บริการ และเมื่อพบข้อบกพร่องใด ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการก็พยายามหาสาเหตุ แก้ไขปัญหา และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก ตัวอย่างกิจกรรมการควบคุมคุณภาพที่มีในโรงพยาบาล อาทิเช่น

2.1) การกำหนดดัชนีชี้วัดคุณภาพของกระบวนการให้บริการต่าง ๆ และทำการเฝ้าระวังดัชนีชี้วัดดังกล่าวด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม เช่น Control Chart หากผลการให้บริการไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ก็จัดให้มีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา หาทางแก้ไขปัญหา และปรับปรุงกระบวนการเสียใหม่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก

2.2) การทดสอบสมรรถนะของเครื่องมือตรวจในห้องปฏิบัติการโดยใช้สิ่งส่งตรวจควบคุมทราบค่าแน่นอนแล้ว (Control Specimen)

2.3) เมื่อมีข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ มีการจัดระบบเพื่อค้นหาสาเหตุ หาทางขจัดปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

2.4) เมื่อพบมีข้อผิดพลาดในการให้บริการ มีการประชุมหรือจัดตั้งทีมเพื่อค้นหาสาเหตุ หาทางแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เป็นต้น

กิจกรรมควบคุมคุณภาพดังกล่าวข้างต้น จัดเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับโรงพยาบาล เพื่อพยายามธำรงไว้ซึ่งระดับคุณภาพที่ต้องการ ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรจัดให้มีกิจกรรมเหล่านี้

อย่างเป็นระบบ

3) ยุคของการประกันคุณภาพ

การประกันคุณภาพเป็นการปฏิบัติที่ได้รับรองการวางแผนและจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มั่นใจว่า บริการสามารถตอบสนองตามคุณภาพที่กำหนด ซึ่งระบบประกันคุณภาพจะมุ่งเน้น การวางแผนล่วงหน้าและป้องกันปัญหาเป็นสำคัญ โดยคำนึงทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งบุคลากร เครื่องมือ กระบวนการ ให้บริการ และการป้องกันความเสี่ยงทั้งระบบ ตัวอย่างกิจกรรมคุณภาพที่แสดง การประกันคุณภาพ อาทิเช่น

3.1) การค้นหาความต้องการของลูกค้า และจัดตั้งเป้าหมายคุณภาพ

3.2) วางแผนคุณภาพ หรือวางแผนการให้บริการ

3.3) จัดทำแผนระเบียบวิธีปฏิบัติ Clinical Practice Guideline ตลอดจนคู่มือการปฏิบัติต่าง ๆ

3.4) การวางแผนเรื่องทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการ

3.5) การควบคุมกระบวนการให้บริการให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่วางไว้

3.6) การตรวจสอบหรือประเมินคุณภาพภายใน

3.7) การควบคุมดัชนีวัดให้ได้ตามที่กำหนด เป็นต้น

4) ยุคของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การ

การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การ (Total Quality Management) ถือว่าเป็นแนวทางการบริหารแบบหนึ่งซึ่งพยายามทำให้องค์การเกิดศักยภาพในการแข่งขันสูงสุดโดยผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพของทั้งผลผลิต บริการ กระบวนการและสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จัดเป็นกิจกรรมที่อยู่ในยุคของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การเนื่องจากอาศัยแนวทางและกระบวนการดำเนินงานโดยใช้หลัก TQM (Total Quality Management)

กล่าวได้ว่า ระบบคุณภาพมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องมา 4 ยุคคือ 1) ยุคของการตรวจสอบ ซึ่งเป็นยุคที่ค้นคว้าหาว่าสินค้าหรือบริการที่ได้ ตรงตามมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ 2) ยุคการควบคุมคุณภาพ เป็นการเฝ้าระวังกระบวนการให้บริการและแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก 3) ยุคของการประกันคุณภาพ ที่มุ่งเน้นการวางแผนล่วงหน้าเพื่อป้องกันปัญหา และ 4) ยุคการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การ เป็นการนำการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การมาใช้ในการบริหารเพื่อให้องค์การเกิดศักยภาพในการแข่งขันสูงสุด

1.4 วิวัฒนาการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในประเทศไทย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

ในช่วงก่อน พ.ศ. 2500 คุณภาพคือบริการที่ปลอดภัย

พ.ศ. 2514 – 2516 การวัดคุณภาพเป็นเรื่องของการศึกษาและฝึกอบรม

พ.ศ. 2527 – 2528 นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ริเริ่มให้มีโครงการติดตามโรงพยาบาลโดยใช้แนวคิดของ Hospital Accreditation จากอเมริกาจัดให้มีระบบการประเมินโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป การประเมินครอบคลุมทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

พ.ศ. 2528 – 2529 นายแพทย์อุทัย สุดสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นได้ริเริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ขึ้น โดยมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนของประเทศ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน มีการกำหนดมาตรฐานขึ้นมา 9 ส่วน สำหรับเป็นแนวทางประเมินตนเองและให้มีการจัดเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกัน จุดเน้นของการประเมินคือ ความสามารถในการให้บริการของสถานบริการ แต่ละระดับ

พ.ศ. 2536 ทีมงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการนำของศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประพนธ์ ปิยะรัตน์ เดินทางไปดูงานเรื่องระบบบริการสาธารณสุขในประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ การพัฒนาคุณภาพโดยแนวคิดของ TQM (Total Quality Management) และการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ACHS (Australian Council for Hospital Standards)

พ.ศ. 2536 – 2539 สำนักงานประกันสุขภาพ กองโรงพยาบาลภูมิภาค องค์การอนามัยโลกและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนากำหนด TQM/ CQI (Total Quality Management/ Continuous Quality Improvement) เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ โดยผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการและการพัฒนาองค์การที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในโรงพยาบาล ในปลายปี 2536 ได้มีผู้บริหารจำนวนหนึ่งไปดูงานบริการสาธารณสุขในประเทศอเมริกา และที่ส่งผลให้มีความกระตือรือร้นในการดำเนินงานมากขึ้นคือ จากการประเมินโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 8 แห่ง โดยทีมของรองศาสตราจารย์นายแพทย์ องอาจ วิพุธศิริ

พ.ศ. 2536 - 2537 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้นเพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยใช้เนื้อหาของมาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวทางในการยกวาง

ปลายปีพ.ศ. 2538 นำผลของการทำ TQM/ CQI (Total Quality Management/ Continuous Quality Improvement) มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น โดยมุ่งเป้าหมายให้โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิดนี้ภายในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8

พ.ศ. 2538 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคม ตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้ กระบวนการจัดทำก่อให้เกิดเครือข่ายบุคคลที่สนใจเรื่อง การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น และได้เชิญวิทยากรจากต่างประเทศมาบรรยาย เรื่อง Hospital Accreditation ให้แก่ผู้สนใจ

พ.ศ. 2538 - 2539 มีการจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานในโรงพยาบาล โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จนเกิดมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชกขึ้น และมีการนำมาทดลองใช้

พ.ศ. 2539 กองโรงพยาบาลภูมิภาคได้นำผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขไปดูงานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศแคนาดา ซึ่งเกิดการยอมรับแนวคิด CQI (Continuous Quality Improvement) ว่าเป็นสิ่งจำเป็นในโรงพยาบาลและนำมาปรับเปลี่ยนมาตรฐานโรงพยาบาลให้ดีขึ้น

พ.ศ. 2540 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกองโรงพยาบาล ได้เชิญโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อทดลองทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชกไปทดลองใช้ มีโรงพยาบาล 35 แห่งเข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนจนถึงโรงเรียนแพทย์ ในขณะที่เดียวกันโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการก็เกิดขึ้นตัวและนำมาตรฐานโรงพยาบาลไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง

กล่าวโดยสรุปได้ว่า คุณภาพบริการของโรงพยาบาลในประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยแนวคิด Hospital Accreditation ของอเมริกา เริ่มเข้ามาในประเทศไทยเมื่อพ.ศ. 2527-2528 โดยนายแพทย์ บรรลุ ศิริพานิช ซึ่งนำแนวคิด Hospital Accreditation มาใช้ในโครงการติดตามโรงพยาบาลหลังจากนั้นมีการนำแนวคิด TQM และ CQI (Total Quality Management และ Continuous Quality Improvement) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ และจากการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลประกันสังคม ทำให้เกิดการตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากขึ้น มีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชกขึ้นและ

นำมาทดลองใช้ โดยมีโรงพยาบาลนำร่อง 35 แห่งด้วยกัน ส่วนโรงพยาบาลอื่น ๆ ก็เกิดการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ

1.5 จุดมุ่งหมายในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีจุดมุ่งหมาย 6 ประการ คือ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

- 1) เพื่อรับรองว่าโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคคล ซึ่งแสดงออกให้เห็นด้วยการมีแผนงานที่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตน กิจกรรมและผลลัพธ์ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน
- 2) เพื่อรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่จำเป็นและเชื่อมโยงกัน ได้แก่ การบริหารคุณภาพ การประกันคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจากการตรวจสอบตนเอง โดยกิจกรรมเหล่านี้เน้นผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง
- 3) เพื่อรับรองว่าโรงพยาบาลมีการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างเหมาะสม ผู้บริหารทำหน้าที่เป็นผู้นำที่คอยช่วยเหลือและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ
- 4) เพื่อรับรองว่าโรงพยาบาลมีการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ รวมทั้งมีการนำองค์กรอย่างเหมาะสม ผู้บริหารทำหน้าที่เป็นผู้นำที่คอยช่วยเหลือและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ
- 5) เพื่อรับรองว่าโรงพยาบาลมีทรัพยากรเพียงพอกับภาระงานที่กำหนดไว้ มีการจัดระบบให้พร้อมที่จะใช้งานตลอดเวลา
- 6) เพื่อรับรองว่าโรงพยาบาลมีกระบวนการทำงานที่เป็นมาตรฐานสากลโดยจะต้องมีหลักประกันว่าจะไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นกับคนไข้

สรุปได้ว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีจุดมุ่งหมาย 6 ประการ คือ เพื่อเป็นการรับรองว่า โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ มีการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่จำเป็นและเชื่อมโยงกัน มีการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างเหมาะสม มีการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ มีทรัพยากรที่เพียงพอกับภาระงาน และมีกระบวนการที่เป็นมาตรฐานสากล

1.6 ประโยชน์ที่ได้จากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะส่งผลดังต่อไปนี้

- 1) การกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 2) การสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อให้สังคมมีความมั่นใจต่อระบบบริการของโรงพยาบาลด้วยการยินยอมให้องค์การภายนอกซึ่งมีความรู้ ความเข้าใจ ตรวจสอบระบบการดูแลผู้ป่วย
- 3) การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค
- 4) การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน

1.7 ผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผู้ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประกอบด้วย 7 กลุ่มดังนี้

- 1) สังคม เชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลมีระบบการทำงานที่ไว้ใจได้
- 2) ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษา พัทักษสิทธิผู้ป่วย
- 3) ผู้บริหาร สบายใจในการบริหาร มีเวลาคิดพัฒนา
- 4) ผู้จ่ายเงิน มีข้อมูลในการเลือกโรงพยาบาล
- 5) ผู้ปฏิบัติงาน ทำงานง่ายขึ้น ความเสี่ยงลดลง บรรยากาศในการทำงานดี ได้ทำในสิ่งที่ฝัน ภูมิใจ ได้เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเอง
- 6) องค์การวิชาชีพ ได้มาตรฐาน ข้อกำหนดต่าง ๆ ได้รับการนำไปปฏิบัติ
- 7) โรงพยาบาล มีโอกาสเป็นองค์การในการเรียนรู้สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ ทำให้องค์การอยู่รอดและยั่งยืน

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ก่อให้เกิดประโยชน์กับทุก ๆ คน ทั้งผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ทำให้สังคมเกิดความมั่นใจต่อระบบบริการของโรงพยาบาล ดังนั้น โรงพยาบาลต่าง ๆ จึงมุ่งมั่นที่จะพัฒนาเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพ

1.8 ปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

ปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพมีด้วยกัน 5 ประการคือ คือ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

- 1) การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นการเรียนรู้มากกว่าเป็นการตรวจสอบ การตรวจสอบทำให้โรงพยาบาลปิดบังจุดอ่อนหรือข้อบกพร่องของตนเอง การเรียนรู้ช่วยให้ทุกคนช่วยกัน

ค้นหาจุดอ่อนเหล่านั้นขึ้นมา เพื่อหาวิธีการป้องกันและเกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การเรียนรู้จะเกิดขึ้นทั้งในช่วงของการประเมินและพัฒนาตนเอง และในช่วงที่มีผู้ประเมินภายนอกมาให้ ข้อคิดเห็นแก่ทีมงานของโรงพยาบาล การเรียนรู้ที่ได้ผลดีที่สุดคือ การเรียนรู้จากของจริงซึ่งได้จากการทำงานร่วมกันเป็นที่ระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ และระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ กล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าการพัฒนาคุณภาพคือการสร้างคนเพื่อไปพัฒนาระบบงาน

2) การขอรับรองการประเมินต้องเกิดจากความสมัครใจของโรงพยาบาล การบังคับจะทำให้ต้องลดระดับของมาตรฐานลงเพื่อให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านได้ ไม่เกิดแรงกระตุ้นเพียงพอที่จะทำให้เกิดการพัฒนาไปให้ไกลที่สุด แม้ว่าจะต้องดำเนินการได้เร็วกว่า แต่จะไม่ได้รับความร่วมมือ เกิดความขัดแย้ง ไม่ยั่งยืน ไม่มีความสุข ไม่สามารถนำแนวทางปฏิบัติงานนั้นมาใช้ ทำให้สูญเสียเวลาดังนั้น การขอรับรองการประเมินต้องเกิดจากความสมัครใจของโรงพยาบาล

3) เน้นการรับรองความมุ่งมั่นในการพัฒนาและระบบงานที่ดีควบคู่กับผลลัพธ์มากกว่าที่จะรับรองคุณภาพในเชิงผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว โดยคิดว่าการวัดผลลัพธ์เพื่อใช้ในการตัดสินใจก่อนให้เกิดปัญหามากกว่าผลดี และระบบงานที่ดีได้จากการใช้แนวคิดของการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย ร่วมกับต้องมีระบบตรวจสอบตนเอง

4) ใช้กรอบแนวทางพัฒนาคุณภาพร่วมกันสำหรับการประเมินตนเอง และการประเมินจากภายนอก อาจจะใช้กรอบนี้ว่าข้อกำหนด หรือมาตรฐานเชิงระบบ กรอบนี้อยู่พื้นฐานปรัชญา TQM / CQI (Total Quality Management / Continuous Quality Improvement) ได้แก่ การเน้นผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง เน้นการปรับปรุงกระบวนการโดยการทำงานเป็นทีม

5) ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย

5.1) เน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

(Awareness to Customer Requirement)

5.2) เน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงาน / ระบบงาน อย่างไม่สิ้นสุด

(Continuous process Improvement)

5.3) เน้นการเสริมพลังเจ้าหน้าที่ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม

(Employee Empowerment and Teamwork)

5.4) เน้นการนำด้วยอุดมการณ์ (Value – Based Leadership)

5.5) มาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลรักษา

(Professional Standards and Practice Guidelines)

สรุปได้ว่า ปรัชญาการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมี 5 ประการคือ เป็นการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ การขอรับการประเมินต้องเกิดจากความสมัครใจของโรงพยาบาล เน้นการรับรองความมุ่งมั่นในการพัฒนาและระบบงานที่ดี ใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพร่วมกันสำหรับการประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอก และการใช้แนวคิดการพัฒนาร่วมสมัย

1.9 มาตรฐานโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานที่กล่าวถึงระบบงานของโรงพยาบาลในภาพรวม การประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลจะมุ่งเน้นที่การประเมินระบบงาน ในสหรัฐอเมริกาใช้มาตรฐานของ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ซึ่งมาตรฐานนี้มีกรอบในการประเมินโรงพยาบาล แบ่งเป็น 3 ส่วน 15 บท ดังนี้ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

ส่วนที่ 1 Patient – Focused Function ได้แก่ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์การ การประเมิน ผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้และการดูแลต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 Organization – Focused Function ได้แก่ การปรับปรุงสมรรถนะขององค์การ (การพัฒนาคุณภาพ) การนำการบริหารสิ่งแวดล้อม การบริหารทรัพยากรบุคคล การบริหารงานสารสนเทศ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ส่วนที่ 3 Structures with function ได้แก่ ธรรมาภิบาล (Governance) การบริหารคณะแพทย์และพยาบาล

สำหรับประเทศไทย กรอบมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลคือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนภิเศก แนวคิดการพัฒนาคุณภาพยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวง กำหนดไว้ครอบคลุมทั้งด้านทรัพยากร กระบวนการทำงานและกิจกรรมคุณภาพ

1.10 มาตรฐานโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาล (GEN) 9 ข้อ ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ (2541) มีดังนี้

GEN 1 กำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมาย วัตถุประสงค์ลายลักษณ์อักษรชัดเจน

1.1 พันธกิจ ปรัชญาและขอบเขตการจัดบริการ/ หน่วยงานสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

1.2 เป้าหมายและวัตถุประสงค์เป็นไปได้และวัดได้

1.3 มีการสื่อสารข้อความพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมายวัตถุประสงค์ไปยังบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.4 บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจเป้าหมายการจัดบริการและทราบบทบาทของตนเอง

GEN 2 การจัดการองค์การและการบริหารเอื้อต่อการบริการตามพันธกิจอย่างมีคุณภาพ

2.1 มีโครงสร้างขององค์การชัดเจนและเหมาะสม

2.2 ผู้บริหารมีคุณสมบัติเหมาะสม รับผิดชอบหน้าที่ที่เหมาะสม มีความสามารถบริหารได้บรรลุตามพันธกิจ

2.3 กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

2.4 มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การติดต่อสื่อสาร และการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 มีกลไกเอื้อให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลในภาพรวม

GEN 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อบริการผู้ป่วยตามพันธกิจอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 การจัดอัตรากำลังอย่างเพียงพอและเหมาะสมเมื่อเทียบกับปริมาณงาน

3.2 การประเมินผลงานอย่างสม่ำเสมอและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.3 บุคลากรมีคุณสมบัติครบถ้วน และนักศึกษาฝึกงานต้องปฏิบัติภายใต้การควบคุม

GEN 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล เป็นการเตรียมความพร้อม เพิ่มความรู้ ทักษะให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1 มีการประเมินปัญหาและความต้องการบุคลากร เพื่อเป็นข้อกำหนดในการพัฒนาบุคลากร (Training Need, Training Year Plan)

4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งประเมินผลการปฏิบัติงาน

4.3 บุคลากรใหม่ทุกคนได้รับการปฐมนิเทศ เพื่อเตรียมพร้อมในการปฏิบัติงาน

4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาบุคลากร ในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรมและผลกระทบต่อ การดูแล/ บริการแก่ผู้ป่วย

GEN 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ เป็นลายลักษณ์อักษร สะท้อนความรู้ และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางที่บุคลากรสามารถยึดถือ เพื่อเป็น แนวทางในการปฏิบัติ

5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติมีการรับรองและเผยแพร่ให้รับทราบทั่วกัน

5.2 นโยบาย วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล

5.3 บุคลากรรับรู้เข้าใจและปฏิบัติตาม

5.4 ประเมินและปรับปรุงนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ให้สมบูรณสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมการทำงาน

GEN 6 สิ่งแวดล้อมและอาคารสถานที่ ที่เอื้อต่อการบริหารอย่างสะดวก ปลอดภัยและมีคุณภาพ

6.1 พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และจัดแบ่งโครงสร้างภายในหน่วยงานเหมาะสมกับการบริการ และการเก็บอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้

6.2 สภาพทั่วไปในหน่วยงาน ปลอดภัย การระบายอากาศดี แสงสว่าง อุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน และเป็นระเบียบ

6.3 สถานที่ตรวจรักษาให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วนมิดชิดพ้นจากสายตาและการได้ยิน

6.4 สถานที่อำนวยความสะดวกแก่บุคลากร

GEN 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และให้บริการอย่างมีคุณภาพ

7.1 ประเมินเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการบริหาร

7.2 เครื่องมือ อุปกรณ์ เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

7.3 การอบรมเฉพาะและรู้วิธีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

7.4 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา

7.5 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะให้บริการได้ตลอดเวลา

7.6 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

GEN 8 ระบบงาน/ กระบวนการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

8.1 มีการทำงานร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ

8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมก่อนดูแลรักษา

8.3 แลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วย, ครอบครัวและทีมบริการ

8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมิน และวางแผนดูแลรักษาเป็นระยะ ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านปัญหาสุขภาพ

8.5 กระบวนการให้การดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ

8.6 มีการบันทึกข้อมูล ปัญหาการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีม มีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

8.7 กระบวนการช่วยผู้เจ็บป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวโดยเร็วที่สุด

GEN 9 กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ มีกิจกรรมติดตามประเมิน และพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยทำเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9.1 ทุกหน่วยงานมีกิจกรรม CQI โดยผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงานให้ความร่วมมือในกิจกรรมนี้

9.2 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

9.3 นำมาตรฐานวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มารวมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ กิจกรรมการทบทวนดูแลรักษาผู้ป่วยสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

สรุปได้ว่า มาตรฐานโรงพยาบาลในประเทศไทยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมี 9 ข้อด้วยกันเช่น มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมาย วัตถุประสงค์ เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน มีการจัดทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริหาร มีเครื่องมือและอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เป็นต้น

1.11 ขั้นตอนการดำเนินการสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ในการพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ควรมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ก. ชั้นเตรียมการ

- 1) สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร / ผู้นำ
- 2) ค้นหาผู้ประสานงานคุณภาพ
- 3) สร้างทีมแกนนำ (หรือทีม Facilitator ชุดแรก)
- 4) วิเคราะห์บรรยากาศในการทำงานและดำเนินการปรับปรุง
- 5) รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและชุมชน
- 6) กำหนดทีมเพื่อประเมินตนเอง
- 7) ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและกำหนดแนวทางพัฒนากว้าง ๆ

ข. **ขั้นพัฒนาและเรียนรู้**

- 1) ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนำร่อง
- 2) สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ / ได้ใจ / สร้างทีม
- 3) ร่วมกันจัดทำพันธกิจ (เป้าหมายร่วม / ทิศทางนโยบาย) ของโรงพยาบาล
- 4) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อให้เห็นแนวทางที่จะบรรลุพันธกิจ
- 5) สื่อสารแผนยุทธศาสตร์ให้ทุกคนรับทราบ
- 6) จัดทำ / ทบทวน แผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ
- 7) ทำแผนฝึกอบรมบุคลากร
- 8) ดำเนินการฝึกอบรม
- 9) สรรหาและเพิ่มพูนทักษะของผู้ช่วยเหลือทีม (Facilitator)

ค. **ขั้นดำเนินการ**

- 1) **พัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วย (Unit Optimization)**
 - 1.1) ฝึกฝนทักษะของทีม/ ทักษะในการตรวจสอบตนเองให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานทุกคน
 - 1.2) แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ตนเอง
 - 1.3) แต่ละหน่วยรับฟังเสียงจากผู้ป่วยและผู้รับผลงานตอบสนองในเบื้องต้น
 - 1.4) สมาชิกในหน่วยงานกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมและนำไปปฏิบัติ
 - 1.5) กำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในจุดต่าง ๆ และนำไปปฏิบัติ
 - 1.6) ฝึกทักษะความคิดสร้างสรรค์และจัดระบบข้อเสนอแนะเพื่อทำให้งานง่ายขึ้น
 - 1.7) แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเองและวางมาตรฐานป้องกัน
 - 1.8) จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่จำเป็นของหน่วยงาน
 - 1.9) ติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน
 - 1.10) นำกิจกรรม CQI (Continuous Quality Improvement) ให้มากที่สุด
 - 1.11) จัดทำกิจกรรมทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- 2) **การประสานในแนวนอน (Horizontal Integration)**
 - 2.1) ทบทวนความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันและตอบสนอง
 - 2.2) สร้างระบบการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
 - 2.3) ทีมคร่อมสายงานทำหน้าที่ที่พ้องในระดับกลาง
 - 2.4) พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล
 - 2.5) จัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ต้องใช้งานร่วมกัน

- 2.6) จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline)
- 2.7) จัดตั้งองค์การแพทย์และคณะกรรมการต่าง ๆ ดำเนินการตามหน้าที่ที่กำหนดไว้
- 3) เชื่อมโยงทิศทางการองค์การ (Vertical Alignment)
 - 3.1) จัดทำเข็มมุ่งของโรงพยาบาล
 - 3.2) ถ่ายทอดเข็มมุ่งไปเป็นแผนปฏิบัติการในแต่ละหน่วยงาน
 - 3.3) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ
 - 3.4) กำหนดเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาล และติดตามความก้าวหน้า

ง. ชั้นเตรียมพร้อมเพื่อการเยี่ยมสำรวจ

- 1) ปรับโครงสร้างองค์การเพิ่มเติม
- 2) ปรับระบบแรงจูงใจ
- 3) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและการยกย่องผลงานของกันและกัน
- 4) ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ
- 5) ซ้อมเยี่ยมสำรวจ
- 6) ประเมินตนเองและส่งแบบประเมินให้ พรพ.
- 7) รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีขั้นตอนในการดำเนินการ 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการ เป็นขั้นตอนสร้างความตระหนักแก่ผู้บริหาร และสร้างทีมที่เป็นแกนนำ ขั้นพัฒนาและเรียนรู้ เป็นการสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ สื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับทราบ มีการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจ จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ ขั้นดำเนินการ เป็นขั้นตอนที่แต่ละหน่วยงานพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงานของตน และชั้นเตรียมพร้อมเพื่อการเยี่ยมสำรวจ โดยมีการปรับปรุงการดำเนินการตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพ

2. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล

2.1 การพัฒนาคุณภาพบริการ

การพัฒนาคุณภาพ คือการจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่การทำงานเป็นทีม การตรวจสอบความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตรวจสอบเพื่อแก้ไข

ปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรม การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) เข้าด้วยกัน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542)

วิวัฒนาการของการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ค.ศ. 1913 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นยุคของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) เป็นการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งประสบความสำเร็จจากวงการอุตสาหกรรมมาใช้กับระบบบริการสุขภาพ เริ่มจากโครงการนำร่องสาธิตและขยายตัวออกไป จนกระทั่งองค์การที่ทาหน้าที่รับรองคุณภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดาได้กลับมาทบทวนแนวคิดและวิธีการรับรองคุณภาพของตน และในที่สุดรับเอาแนวคิด TQM/ CQI เข้ามาเป็นแกนหลักในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2542)

2.2 การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล

การนำระบบการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ (TQM) มาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ โดยมุ่งหวังให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมทุกขั้นตอน โดยหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลต้องเห็นความสำคัญ และสนับสนุนกิจกรรม ให้ทุกคนในหน่วยงานมีความมุ่งมั่น และมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้กระบวนการของการทำงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยเริ่มตั้งแต่การทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก ป้องกันการทำงานซ้ำซ้อนและความผิดพลาด มีการพัฒนาระบบใหม่ให้ได้มาตรฐาน ทำให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลโดยรวมลดลง แต่คงคุณภาพและประสิทธิภาพไว้ โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ Deming (1986 cited in Swansburg, 1995) ได้กล่าวว่า ความผิดพลาดทั้งหลายมีสาเหตุจากกระบวนการทำงานถึงร้อยละ 80-85 การนำแนวคิดและหลักการบริหารคุณภาพทั้งองค์การมาใช้กำหนดเป็นกิจกรรมการบริหารเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ รวมถึงการกำหนดระบบพัฒนาคุณภาพเป็นนโยบายคุณภาพ กิจกรรมและเทคนิคในการปฏิบัติต่าง ๆ ของระบบคุณภาพ เน้นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และประสานกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้ดีที่สุด ซึ่งหัวหน้าหน่วยงานเป็นแกนนำที่สำคัญสู่การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย (Pedersen, 1993) โดยการนำวงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของกระบวนการทำงาน ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541)

1. Plan คือ การวางแผนหรือวางระบบ เพื่อกำหนดวิธีการดำเนินงานให้เหมาะสม
2. Do คือ การนำแผนไปปฏิบัติหรือทำตามระบบที่กำหนดไว้ หากความรู้เกี่ยวกับวิธี

ดำเนินการนั้นด้วยการฝึกอบรม หรือศึกษาด้วยตนเอง และดำเนินการตามวิธีที่กำหนด และเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์

3. Check คือ การวัด ทบทวนตรวจสอบผลปฏิบัติงานว่า บริการที่ให้มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่ และตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการหรือไม่

4. Act คือ การแก้ไขปรับปรุงระบบ ถ้าผลการปฏิบัติงานนั้นไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ จะมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นและดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น

หน่วยงานพยาบาลจะต้องดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลในการพัฒนาคุณภาพบริการสู่ผู้ใช้บริการ โดยถือเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ซึ่งกิจกรรมพัฒนาที่กระทำจากการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในองค์กร และส่งผลต่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยกระบวนการพัฒนา (ณชนันท์ บุญปานกลาง, 2543) ดังนี้

1. เทคนิค AIC (Appreciation - Influence – Control)

การนำเทคนิค AIC มาใช้ปฏิบัติในการดำเนินงาน โดยให้บุคลากรทุกคนที่จะทำงานร่วมกันทั้งหมดในระบบหรือหน่วยงาน ตั้งแต่หัวหน้าหรือผู้ป่วย พยาบาลประจำการ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด หรือลูกจ้างอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกัน โดยไม่แบ่งชั้นหัวหน้า ลูกน้อง ไม่แบ่งวัยวุฒิ คุณวุฒิ หรือระดับซี ซึ่งการประชุมดำเนินการใน 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 A : Appreciation ในขั้นตอนนี้ ทุกคนมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกัน เกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของหน่วยงาน และความเห็นเกี่ยวกับภาพฝันในอนาคต ซึ่งจะทำให้ทุกคนได้มีโอกาสใช้ข้อเท็จจริง เหตุผล และความรู้สึก ตลอดจนการแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ตามที่เป็นจริง โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์สิ่งที่คนอื่นให้ความเห็น แต่ละคนเคารพและเห็นคุณค่าในความคิดของคนอื่น ซึ่งการได้รับการยอมรับจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทุกคนมีความรู้สึกดี มีความสุข มีความอบอุ่นและเกิดพลังร่วม เกิดจินตนาการที่ช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมของหน่วยงาน โดยยึดถือความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ร่วมของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของโรงพยาบาล

ขั้นที่ 2 I: Influence บุคลากรทุกคนร่วมเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการที่จะทำให้อบรมวิสัยทัศน์ร่วมที่กำหนดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพของโรงพยาบาล โดยเสนอวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ ในขั้นตอนนี้มีการแบ่งกลุ่มย่อยตามงานหรือความถนัดมากขึ้น เมื่อทุกคนได้แสดงความคิดเห็นแล้วนำวิธีที่เสนอแนะทั้งหมดจัดหมวดหมู่ และพิจารณาร่วมกันจนได้วิธีการสำคัญที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการ สมาชิกกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์กัน

รวมถึงการถกเถียงกันด้วย แต่กลุ่มก็ยังมีแนวโน้มที่จะรักษาความรักสามัคคีไว้

ขั้นที่ 3 C: Control บุคลากรทุกคนร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action plan) ถึงหลักการและเหตุผล เป้าหมาย วิธีการหรือขั้นตอนการปฏิบัติอย่างละเอียด มีการกำหนดระยะเวลา กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก และร่วมรับผิดชอบ จำนวนและแหล่งงบประมาณ และอื่น ๆ ในขั้นตอนนี้สมาชิกแต่ละคนมีโอกาสเลือกเป็นผู้รับผิดชอบด้วยความสมัครใจ เป็นการกำหนดข้อผูกพันให้กับตนเองเพื่อควบคุมให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย หรืออุดมการณ์ร่วมกันของกลุ่มในที่สุด

จะเห็นได้ว่าเทคนิค AIC เป็นแนวทางหนึ่งที่จะก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของบุคลากรอย่างสร้างสรรค์ และยังเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถหรือเป็นการดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตัวบุคลากรแต่ละคนมาใช้ในการทำงานร่วมกันอย่างมีระบบ อันจะส่งผลดีในการพัฒนางานร่วมกันต่อไป

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

กิจกรรมกลุ่มคุณภาพหรือการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) เป็นเครื่องมือในการบริหารงาน (Management tools) โดยมีปรัชญาการบริหารงานแบบล่างขึ้นบน (Bottom-up approach) คือเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม และในขณะเดียวกันผู้บริหารต้องยอมรับแนวคิดหรือแนวทางแก้ไขปัญหาของระดับล่างอย่างเป็นเหตุเป็นผล (พิชัยสิทธิ์พัฒน์ไพบุลย์, 2536) ซึ่งการยอมรับจะทำให้เกิดบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน

ปรัชญาของ QC เป็นการพยายามสร้างจิตสำนึกให้บุคลากรแก้ไขและวางระบบการทำงานด้วยตนเอง ซึ่งปราศจากการชี้แนะจากผู้บริหาร โดยการผสมผสาน (Integration) หลักวิชาการต่าง ๆ อย่างเหมาะสม จนเกิดพลังในการปฏิบัติงานได้แก่ ทฤษฎีองค์การและการจัดการ นโยบายและการวางแผน หลักพฤติกรรมศาสตร์ หลักสถิติ และวิชาเศรษฐศาสตร์ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า QC เป็นการปลูกฝังค่านิยม (Values) และทัศนคติที่ดีในการทำงาน ทำให้เกิดการเกื้อหนุนและลดการนิทาว่าร้าย QCเป็นกระบวนการวางแผนอีกรูปแบบหนึ่ง กล่าวคือจะใช้วงจร PDCA (Plan - Do - Check - Action) โดยก่อนจะวางแผนกลุ่มจะต้องค้นหาว่าปัญหาอะไรบ้างที่กลุ่มสามารถทำได้ ทำเป็นกลุ่ม ทำต่อเนื่อง และไม่ขัดต่อนโยบายของหน่วยงาน จากนั้นจึงพิจารณาความสำคัญของปัญหา โดยเก็บข้อมูลของปัญหาแต่ละปัญหา อาจใช้ใบตรวจสอบ (Check Sheet) แล้วนำเสนอเป็นกราฟ เพื่อให้กลุ่มสามารถอ่านและวิเคราะห์ได้ทันที เมื่อได้ปัญหาสำคัญแล้ว กลุ่มตั้งหัวข้อเรื่อง กำหนดเป้าหมาย ปรับปรุงเป็นตัวเลขที่สามารถวัดได้ จากนั้นกลุ่มจึงวิเคราะห์สาเหตุ (Cause and Effect Diagram) อาจใช้แผนภูมิแกว่งปลาหรือแผนภูมิความสัมพันธ์ (Relation Diagram) หรือแผนภูมิต้นไม้ (Tree Diagram) จนได้เป็นตัวแบบเหตุผล (Causal Models) จากนั้นกลุ่มก็จะระดมสมอง (Brainstorming Method) เพื่อหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไข ก่อนตัดสินใจ

เลือกแนวทางใดต้องทำการวิเคราะห์แนวทางโดยใช้หลักต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost Benefit) และเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ แล้วจึงตั้งเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานในเรื่องนั้น ๆ

3. กิจกรรม 5 ส

5 ส เป็นตัวย่อของ ส จำนวน 5 ตัว คือ สะสาง (Seiri) สะดวก (Seiton) สะอาด (Seiso) สุขลักษณะ (Seikets) และสร้างนิสัย (Shisuke) (สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2542)

ส ตัวแรก สะสาง เป็นการแยกของที่จำเป็นออกจากของที่ไม่จำเป็น และจัดของที่จำเป็นออกไป โดยของที่จำเป็นและใช้บ่อยควรเก็บไว้ใกล้ตัว ของที่จำเป็นและใช้เป็นบางครั้งควรเก็บไว้ใกล้กระบวนการที่ใช้ของที่จำเป็นเท่านั้น ๆ ใช้ ควรเก็บไว้นอกบริเวณที่ทำงาน ส่วนของที่ไม่จำเป็นและไม่ใช้แล้วควรขจัดออกจากหน่วยงาน

ส ตัวที่ 2 สะดวก เป็นการจัดวางหรือจัดเก็บสิ่งของต่าง ๆ ในที่ทำงานให้เป็นระเบียบเพื่อความสะดวกและปลอดภัยและคงไว้ซึ่งคุณภาพ ประสิทธิภาพในการทำงาน เมื่อสถานที่ทำงานเหลือแต่สิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานหลังจากสะสางแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การจัดสิ่งของให้เป็นหมวดหมู่ มีป้ายชัดเจน และเหมาะสมต่อสภาพการใช้งานที่ทุกคนสามารถเข้าใจได้ง่าย การทำเช่นนี้จะช่วยลดการสูญเสยเวลาในการค้นหา การหยิบและการจัดเก็บไม่ผิดพลาด ซึ่งมีผลทำให้ได้การบริการรวดเร็วและถูกต้อง

ส ตัวที่ 3 สะอาด เป็นการทำความสะอาดวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมทั้งบริเวณพื้นที่ที่ทำงาน ควรเริ่มขั้นตอนการทำความสะอาดโดย 1) กำหนดแบ่งเขต บริเวณ สิ่งของ เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และมอบหมายความรับผิดชอบให้บุคลากรแต่ละคน 2) ศึกษาวิธีการใช้งาน การทำความสะอาดที่ถูกต้องของเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ 3) กำหนดเวลาการทำความสะอาด เช่น ก่อนและหลังการใช้งาน กำหนดวัน 5 ส ประจำสัปดาห์ วันทำความสะอาดใหญ่ประจำปี (Big Clearing Day) เป็นต้น 4) กำหนดเวลาการทำความสะอาดและรายละเอียดของการทำความสะอาดแต่ละจุด เช่น 5 นาที 5 ส แต่ละคนต้องทำอะไรบ้าง 5) ทำความสะอาดสถานที่ทำงานทุก ๆ วันจนติดเป็นนิสัย

ส ตัวที่ 4 สุขลักษณะ เป็นการรักษามาตรฐานการปฏิบัติ 3 ส แรกที่ได้ไว้ ค้นหาสาเหตุต่าง ๆ เพื่อยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น สุขลักษณะเป็นการทำ 3 ส แรกอย่างต่อเนื่องทุกวันเพื่อรักษามาตรฐานของความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสถานที่ทำงานให้อยู่ในสภาพที่ดีตลอดเวลา รวมทั้งต้องพยายามหาทางปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น ประเด็นสำคัญของสุขลักษณะคือ การรักษามาตรฐานและปรับปรุงให้ดีขึ้น

๓ ตัวที่ 5 สร้างนิสัย เป็นการสร้างนิสัยและฝึกวินัยในตนเอง ให้ปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์ของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ จนกลายเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นเอง โดยอัตโนมัติ หรือโดยธรรมชาติ เช่น การเก็บของที่นำไปใช้เข้าที่เดิมทุกครั้งไม่ต้องมีใครบอก การจัดการแยกขยะและทิ้งให้ถูกที่เป็นต้น

การปฏิบัติกิจกรรม 5 ส นอกจากจะมีผลดีคือทำให้สถานทำงานสะอาด สวยงาม ช่วยบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน ยังส่งผลต่อผลผลิต คุณภาพ ต้นทุน การส่งมอบ และขวัญกำลังใจ หากสิ่งต่างๆ ดังกล่าวลดลงจะส่งผลให้กำไรลดลง และส่งผลกระทบต่อองค์กร คือ โอกาสการแข่งขันลดลง ความอยู่รอดลดลง การขยายกิจการลดลง และไม่สามารถเป็นเลิศในธุรกิจได้ ส่วนผลที่กระทบต่อบุคลากรคือ เงินเดือนและโบนัส สวัสดิการและตำแหน่งของบุคลากรลดลง เมื่อบุคลากรช่วยกันทำกิจกรรม 5 ส จะมีส่วนช่วยให้ผลเสียต่าง ๆ ลดลง (ประวิทย์ จงวิศาล และวิจิตรา จงวิศาล, 2539) กิจกรรม 5 ส เป็นพื้นฐานของการบริหารและช่วยส่งเสริมกิจกรรมอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น กิจกรรมข้อเสนอแนะ กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ TQM/CQI ISO9000 และการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) เป็นต้น (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540)

4. กิจกรรมข้อเสนอแนะ (Suggestion System)

กิจกรรมข้อเสนอแนะ คือระบบหรือกลไกที่กระตุ้นและเชิญผู้ปฏิบัติงานให้มีส่วนร่วมโดยการเสนอความคิดเห็นที่มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน กิจกรรมข้อเสนอแนะนี้เป็นระบบที่คาดหวังว่าบุคลากรทุกคนทั้งระดับล่างและผู้บริหารทุกระดับ จะมีความรู้เกี่ยวกับงานในหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบอย่างดีที่สุด การทำงานหากมีปัญหาย่อมจะเป็นผู้ที่รู้วิธีแก้ไขด้วย ขณะเดียวกันก็มีการคาดหวังว่าเมื่อบุคลากรและผู้บริหารได้ฝึกฝนเอง สนใจงานของตนเอง คิดปรับปรุงงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ย่อมจะทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ เกิดพลังสมอง ซึ่งความคิดริเริ่มในบางเรื่องจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานได้เป็นอย่างมาก (สมคิด บางโม, 2541)

ในหน่วยงานการพยาบาล จะมีการชักชวนให้บุคลากรทุกคนช่วยกันคิด ช่วยกันเสนอวิธีแก้ไขการทำงาน วิธีทำงาน วิธีปรับปรุงคุณภาพของงาน วิธีประหยัดทรัพยากรต่าง ๆ ถ้าความคิดเป็นของผู้ปฏิบัติงานได้รับการยอมรับจากหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานผู้นั้นจะได้รับการยกย่อง ชมเชย หรือได้รับรางวัลเป็นการตอบแทน (ประวิทย์ จงวิศาล และวิจิตรา จงวิศาล, 2539)

วัตถุประสงค์ของกิจกรรมข้อเสนอแนะ คือเปิดโอกาสและพัฒนามากมีส่วนร่วมของบุคลากร พัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สื่อข้อความจากผู้ปฏิบัติสู่ผู้บริหาร เพิ่มคุณค่าในตัวผู้ปฏิบัติงาน และปรับปรุงโรงพยาบาลให้ดีขึ้น

ประโยชน์ของกิจกรรมข้อเสนอแนะมีดังนี้คือ

- 1) ผู้ปฏิบัติงานได้รับขวัญ กำลังใจและความภาคภูมิใจมากขึ้นจากการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณค่าให้แก่ตนเอง ทำให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น
- 2) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น
- 3) เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 4) เพิ่มคุณภาพของงาน
- 5) ลดค่าใช้จ่าย
- 6) เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

5. การพัฒนาองค์การ (Organization Development)

การพัฒนาองค์การ (Organization Development) หรือ O.D. เป็นการฝึกอบรมโดยมุ่งที่จะปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในทางที่ดี ให้มีความรัก ความสามัคคี ให้มองโลกในแง่ดี ให้เข้าใจธรรมชาติของคน ให้เห็นคุณค่าของทุกคนและให้ทำงานเป็นทีม โดยการอาศัยกิจกรรมและสถานการณ์เป็นเครื่องมือในการฝึกอบรม (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2541) การนำแผนการพัฒนาองค์การมาใช้จะต้องเป็นความเห็นชอบของผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นที่ใกล้ชิดผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด จึงต้องดูแลและดำเนินการตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล หากพบว่าหน่วยงานมีปัญหา เช่น ขาดความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงาน บรรยากาศในการทำงานเต็มไปด้วยการแข่งขัน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ต้องการเปลี่ยนทัศนคติของคนในหน่วยงาน การพัฒนาองค์การทำเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ในหน่วยงาน และเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ เนื้อหาในการอบรม O.D. ประกอบไปด้วย กิจกรรม Buddy และกิจกรรมละลายพฤติกรรม กิจกรรมหน้าต่างใจฮารี กิจกรรมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Stroke) เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมการใช้ Stroke กับผู้ร่วมงานถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญและทรงคุณค่าที่สุดของกิจกรรม O.D. หลังจากทำโครงการการพัฒนาองค์การ (O.D) แล้ว ผู้บริหารจะรู้สึกเบาใจขึ้น เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายมีความรับผิดชอบมากขึ้น ทุกคนให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน มองโลกในแง่ดี มีการยิ้มแย้มแจ่มใส ทักทายกัน ที่สำคัญที่สุดทุกคนยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้บังคับบัญชาได้รับการยอมรับจากผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชายอมรับและเห็นความสำคัญของผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนยอมรับเพื่อน (สันทัต สิ้นธุพันธุ์ประทุม, 2541) นอกจากนี้ประโยชน์จากโครงการ O.D คือ ประชาชนผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาล ได้รับการต้อนรับและเอาใจใส่ดูแลจากเจ้าหน้าที่มากยิ่งขึ้น

6. พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ (Excellence Service Behavior = ESB)

พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศเป็นการอบรม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการหรือรูปแบบของมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การฝึกอบรมมุ่งเน้นที่จะอบรมให้กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกคน และได้จัดให้กับผู้บริหารทุกระดับโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้บริหารเป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุลและคณะ, 2541) แนวทางในการอบรมส่วนใหญ่จะเป็นการบรรยายกึ่งสนทนา มีการปลูกเร้าจิตสำนึก มีกิจกรรมเพื่อให้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง

เนื้อหาในการอบรม แบ่งออกเป็น 2 หลักสูตร คือ หลักสูตรการบริหารงานบุคคล เพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ เป็นหลักสูตรสำหรับผู้บริหาร ส่วนหลักสูตรสู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพเป็นหลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงาน เนื้อหาในการอบรมจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล จิตวิทยาบริการ มนุษยสัมพันธ์ การประสานความร่วมมือ กิจกรรมกลุ่มและวิดีโอพฤติกรรมบริการ จิตสำนึกในงานบริการ วจีกรรมบริการและการใช้โทรศัพท์ นอกจากนี้กิจกรรมเหล่านี้แล้วในหลักสูตรสำหรับผู้บริหารจะเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการบริหารความขัดแย้ง ทักษะการบริหารงานบุคคล เทคนิคการจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชา การตัดสินใจปัญหาและการวินิจฉัยสั่งการ เป็นต้น ภายหลังการฝึกอบรมบุคลากรจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน มีการทักทายอย่างอ่อนน้อม มีความอยากที่จะทำงานเพื่อให้องค์การดีขึ้น

พฤติกรรมดี ๆ เหล่านี้ หากผู้บริหารเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริหารผลที่เกิดขึ้นจะส่งเสริมให้เป็นพฤติกรรมแบบยั่งยืน (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุลและคณะ, 2542) ข้อเสนอแนะของโรงพยาบาลที่อบรมพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ คือ การฝึกอบรมควรเน้นที่การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเป็นเบื้องต้น เพราะบุคคลเหล่านี้คือคนสำคัญที่จะทำให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน การอบรมพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ นอกจากอบรมหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการให้ดีขึ้นแล้ว ยังต้องดูแลบุคลากรผู้ใต้บังคับบัญชาในหน่วยงานให้ได้รับการอบรมเช่นเดียวกัน

7. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guidelines = CPGs)

การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guidelines = CPGs) เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับขั้นตอนอื่น ๆ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การนำ CPGs ไปปฏิบัติ การทบทวนวิธีการดูแลรักษาและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย และการปรับปรุงวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น และนำไปสู่การปรับปรุง CPGs อย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรัตรม ศรีรัตนบัลล์, 2543) CPGs มีเป้าหมายคือ เพื่อให้ผลการรักษาดี มีคุณภาพ ใน CPGs จะบ่งถึงขั้นตอนการรักษาโรคต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้

ความสำคัญกับบุคลากรหลายวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วย (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543) ทีมงาน CPGs จึงประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสุขศึกษา โภชนาการ เป็นต้น ทีมงานกลุ่มนี้จะทำหน้าที่ตั้งแต่ ยกร่าง CPGs ติดตามผลและรับผิดชอบในการปรับ จนสามารถนำไปใช้ได้จริง การนำ CPGs ไปใช้ในหน่วยงานจะส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมได้ดียิ่งขึ้น

ประโยชน์ของการทำ CPGs คือ ด้านผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เป็นระบบ และมีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าพร้อมกันจากทีมให้การรักษา ด้านผู้ประกอบการวิชาชีพ จะทำให้เกิดความร่วมมือปรึกษาหารือและทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน ด้านองค์การวิชาชีพเอง ทำให้มั่นใจว่ามีการดำเนินการตาม CPGs ที่กำหนดไว้ ด้านสังคม ทำให้รับรู้แผนการดูแลรักษาที่มีต่อผู้ป่วยและเชื่อมั่นในมาตรฐานการรับรองของโรงพยาบาล ด้านโรงพยาบาลทำให้ผู้บริหารมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543)

การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการต่าง ๆ นั้น ควรดำเนินการปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยใช้วงจร PDCA (Plan- Do- Check- Action) (Deming, 1986) ประกอบในทุก ๆ กิจกรรมและการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการพัฒนาคุณภาพทั้งสิ้น แต่อาจจะมีจุดเน้นในเรื่องของคุณภาพที่แตกต่างกัน เช่น การปฏิบัติกิจกรรม 5 ส จุดเน้นเพื่อให้มีความสะอาด มีประสิทธิภาพในการทำงาน การประกันคุณภาพจุดเน้นเพื่อให้การปฏิบัติงานได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ เป็นต้น แต่สามารถเชื่อมโยงและประสานงานกันไปสู่เป้าหมายเดียวกัน คือ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วเป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถเตรียมตัวให้พร้อมที่จะเข้าสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สรุปได้ว่า การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยในการพัฒนาคุณภาพบริการนั้นมีกระบวนการในการพัฒนา 7 ขั้นตอนคือ การใช้เทคนิค AIC กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ กิจกรรม 5 ส. กิจกรรมข้อเสนอแนะ การพัฒนาองค์การ พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศและแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการจะสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ และในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ควรนำระบบการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การ และวงจรพัฒนาคุณภาพ PDCA มาใช้ในกระบวนการปฏิบัติงาน

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมในงานของบุคลากร

3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

Co'ien & uphoff (1980) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

Newstrom (1993) ให้นิยามของ การมีส่วนร่วมว่า เป็นภาวะของการเกี่ยวข้องทางจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้เกิดการกระทำ เพื่อบรรลุจุดหมายของกลุ่มนั้นกับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกับกลุ่ม

Cotton (1997) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากร หมายถึง กระบวนการที่มีการร่วมงานโดยให้อำนาจการตัดสินใจแก่บุคลากร การใช้ความสามารถของบุคลากร ก่อให้เกิดความยึดมั่นผูกพันซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จขององค์การ

Cummings & Worley (2001) กล่าวว่า เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบงาน การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาในด้านการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิต

Foot and Hook (2002) มีความเห็นว่า การมีส่วนร่วมในงาน เป็นกระบวนการที่กว้างที่สร้างให้เกิดการสนับสนุนส่งเสริม สร้างความเข้าใจที่เหมาะสมและสร้างความยึดมั่นผูกพันในการทำงานแก่พนักงานในองค์การ

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527) ให้นิยามของการมีส่วนร่วมว่าหมายถึง การเกี่ยวข้องกันทางด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ผลของการเกี่ยวข้องกันดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่ม

อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง (2542) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า เป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลง และความเห็นพ้องต้องกันจะต้องมีมากจนเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการมีส่วนร่วมจะต้องมีการตระหนักว่า การปฏิบัติทั้งหมดที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้นกระทำผ่านองค์การ ดังนั้นองค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวทำให้บรรลุการเปลี่ยนแปลงได้

สัมฤทธิ์ ต่อบัติ (2542) ได้ให้ความหมายของ การมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง กระบวนการกระทำที่ทำให้ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อประชาชน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ปรารถนาหรือที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ต้องมีใ้การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในงาน หมายถึง การที่บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องหรือช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและมีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลง โดยดำเนินการตามวิธีการและวัตถุประสงค์ของกิจกรรม เพื่อให้วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

3.2 องค์ประกอบและลักษณะของการมีส่วนร่วมในงานของบุคลากร

องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมประกอบด้วย (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2527)

1. การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการเกี่ยวข้องทั้งตัวตน ไม่ใช่เฉพาะเพียงแต่เกี่ยวข้องด้านกำลังกายหรือทักษะ กล่าวคือ ผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีส่วนเกี่ยวข้องทางจิตใจไม่เพียงแต่เฉพาะด้านการทำงาน

2. การกระทำทำให้ เมื่อผู้มีส่วนร่วมได้บังเกิดความเกี่ยวข้องด้านจิตใจและอารมณ์แล้วก็เท่ากับเปิดโอกาสให้แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ กระทำการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม โดยเหตุนี้ การมีส่วนร่วมจึงเป็นมากกว่าการยินยอมที่จะกระทำตามคำสั่ง ซึ่งเป็นการกระทำโดยปราศจากการยินยอม การมีส่วนร่วมจึงเป็นความสัมพันธ์ทางอารมณ์และจิตใจที่มีการติดต่อสื่อสารทั้งไปและกลับระหว่างบุคคลนั้นและกลุ่ม

3. การร่วมรับผิดชอบ เมื่อเกิดการเกี่ยวข้องด้านจิตใจ อารมณ์และได้กระทำการให้แก่สถานการณ์กลุ่มนั้นแล้ว ผู้มีส่วนร่วมจะเกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มนั้น เพราะการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคมที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับกลุ่ม และต้องการเห็นผลสำเร็จของการทำงานนั้นด้วย จึงเกิดความรู้สึกรับผิดชอบกับกลุ่ม โดยสรุปได้ดังนี้

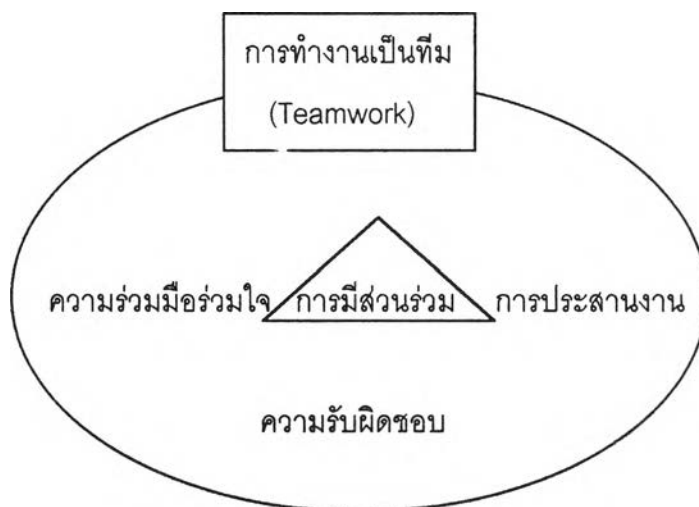
การมีส่วนร่วม = ความร่วมมือร่วมใจ + การประสานงาน + ความรับผิดชอบ

(Participation = Cooperation + Coordination + Responsibility)

ความร่วมมือร่วมใจ หมายถึง ความตั้งใจของบุคคลที่จะมาทำงานร่วมกัน เพื่อวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

การประสานงาน หมายถึง ห่วงเวลาและลำดับเหตุการณ์ที่มีประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมหรือการทำงาน

ความรับผิดชอบ หมายถึง ความรู้สึกผูกพันในการทำงานและในการทำให้เชื่อถือไว้วางใจ ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นหัวใจของการเสริมสร้างหลักการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม (Teamwork) (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 องค์ประกอบของการมีส่วนร่วม

แหล่งที่มา จาก"รายงานการประชุมเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน: นโยบายและกลวิธี" 10-12 กุมภาพันธ์ ณ โรงแรมสามพราน นครปฐม. โดยนิรันดร์ จงวุฒิวาศย์(2527) ในทิวทอง หงษ์วิวัฒน์(บรรณานุกรม). การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท (หน้า 182-195) กรุงเทพฯ : ศูนย์นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

องค์การสหประชาชาติ (2539 อ้างใน รณชัย ตั้งมั่นอนันตกุล, 2542) ได้รวบรวมรูปแบบการมีส่วนร่วมไว้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง (Spontaneous) เป็นการร่วมโดยอาสาสมัครหรือรวมตัวกันเองขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง เป็นการกระทำที่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอกซึ่งเป็นรูปแบบที่มีเป้าหมาย
2. การมีส่วนร่วมแบบชักนำ (Induced) เป็นการร่วมโดยความต้องการเห็นชอบหรือสนับสนุนโดยรัฐบาล รูปแบบนี้เป็นลักษณะทั่วไปของประเทศกำลังพัฒนา
3. การมีส่วนร่วมแบบบังคับ (Coercive) เป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาลภายใต้การจัดการของเจ้าหน้าที่รัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลทันที แต่จะไม่ได้ผลในระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด เหตุว่ากิจกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวต่อตนเองและประชาชน

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้แบ่ง ลักษณะการมีส่วนร่วมในงานออกเป็น 4 ลักษณะคือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in Decision-making) เป็นการแสดงออกด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการระบบ หรือกำหนดระบบของโครงการ เป็นการประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่สามารถจะนำไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา ซึ่งในขั้นตอนนี้ได้แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น (Initial Decisions) เป็นการค้นหาความต้องการที่แท้จริง และวิธีการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมของโครงการ

1.2 การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (Ongoing Decisions) เป็นการหาโอกาสหรือช่องทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งลำดับความสำคัญของโครงการที่จะต้องดำเนินการ

1.3 การตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (Operational Decisions) เป็นการหาบุคลากรเข้ามาปฏิบัติการ เพื่อจะมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยการเป็นสมาชิกร่วมดำเนินการ

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ เป็นการดำเนินงานตามโครงการและแผนงาน เป็นการก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

2.1 การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร (Resource Contribution) ได้แก่ การใช้ร่างกาย การบริจาคเงิน วัสดุอุปกรณ์และการให้คำแนะนำ ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้จะช่วยให้ด้วยความเต็มใจ

2.2 การมีส่วนร่วมในการบริหารและการประสานงาน (Project Administration and Co-ordination) หรือให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ

2.3 การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าปฏิบัติในโครงการ (Enlistment) พบว่ามีลักษณะเป็นการบังคับให้เข้าปฏิบัติในโครงการมากที่สุด การมีส่วนร่วมโดยการบังคับให้ปฏิบัติต่างจากการให้ความร่วมมือ เพราะการบังคับให้ทำนั้นผลประโยชน์จะไม่ใช่อะไรที่สำคัญ แต่ถ้าเป็นการมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจนั้นจะมีการคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเกิดการมีส่วนร่วมด้วย

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจซึ่งไม่ควรมองข้าม การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

3.1 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ (Material Benefits) เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลทำให้เพิ่มการบริโภค เพิ่มรายได้หรือทรัพย์สิน

3.2 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ทางด้านสังคม (Social Benefits) เป็นความต้องการพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่ ได้รับบริการที่พึงพอใจจากสาธารณูปโภค ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

3.3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ทางด้านบุคคล (Personal Benefits) ได้แก่ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (Political Power) และความรู้สึกว่าตนมีประสิทธิภาพ (Sense of Efficacy)

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นการค้นหาข้อดีและข้อบกพร่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป และเป็นการประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นระยะทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน

Lawler, Mohrman and Ledford, Jr (1998) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมในงานในทางปฏิบัติ ว่ามีองค์ประกอบดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Sharing Information) หมายถึง การให้รายละเอียดในการปฏิบัติงานแก่พนักงานในเรื่องเกี่ยวกับองค์การ ผลผลิตและการบริการ รวมทั้งกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเพิ่มพูนและการพัฒนาทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการ และการนิเทศแบบไม่เป็นทางการ ในทุก ๆ ระดับของสายการบังคับบัญชา

3. การให้รางวัล (Reward) หมายถึง การใช้ระบบรางวัลกับการปฏิบัติงานพิเศษบางอย่างเพื่อเป็นการตอบแทน ส่งเสริมและแสดงการยอมรับต่อบุคคล ต่อกลุ่มและผลงานขององค์การ

4. การให้อำนาจ (Power) หมายถึง ให้อำนาจตัดสินใจจากระดับบนสู่ระดับล่าง โดยเสริมให้พนักงานมีสิทธิในการตัดสินใจปฏิบัติงาน ในระดับต่าง ๆ มากขึ้น

Cummings and Worley (2001) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในงานจะพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานและการเพิ่มผลผลิต องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมในงาน ประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านอำนาจหน้าที่ (Power) หมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านอำนาจหน้าที่ ในประเด็นต่าง ๆ เช่น วิธีการทำงาน การมอบหมายงานและผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานรวมถึงการบริหารและการคัดเลือกบุคลากร

2. การมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลที่จำเป็น (Information) หมายถึง การที่บุคคลมีส่วนรับรู้ข้อมูลทุกเรื่องที่จำเป็น ไม่ว่าจะเกี่ยวกับการวางแผนงาน การปรับปรุงงาน ผลการปฏิบัติงาน สภาพการแข่งขัน และเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อให้ประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน

3. การมีส่วนร่วมในการได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็น (Skill and Knowledge) หมายถึง การที่บุคคลมีส่วนร่วมในการได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานทำให้เกิดการเรียนรู้ และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดี

4. การมีส่วนร่วมใน ส่วนแบ่งรางวัล (Reward) หมายถึง การที่บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้าน ส่วนแบ่งรางวัลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน โดยมีแรงจูงใจเป็นส่วนแบ่งรางวัล ประกอบด้วยรางวัลภายใน เป็นความรู้สึกมีคุณค่า ความภาคภูมิใจในความสำเร็จของงานและรางวัลภายนอก เป็นเงินเดือน การสนับสนุนจากองค์กรในรูปแบบต่าง ๆ และการเลื่อนขั้น

Foot and Hook (2002) จำแนกการมีส่วนร่วมในงานโดยมีองค์ประกอบ 6 ด้านดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Sharing Information) หมายถึง การอธิบายรายละเอียดในการเตรียมการทำงาน ทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารแบบตัวต่อตัว แบบกลุ่ม การสรุปรายงานการประชุมทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นภาพ หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงหนังสือพิมพ์และวารสารของบริษัท โดยการทำที่จะเลือกใช้สื่อใดต้องให้เหมาะสมกับข้อมูลข่าวสารนั้น ๆ

2. การให้คำปรึกษา (Consultation) เป็นการสื่อสารสองทางโดยเปิดโอกาสให้พนักงานแสดงความคิดเห็นสะท้อนกลับในเรื่องการปฏิบัติงาน

3. การมีส่วนร่วมทางการเงิน (Financial Participation) หมายถึง การให้พนักงานมีส่วนร่วมในผลประโยชน์รายได้ของบุคคล ของกลุ่มในงานพิเศษบางอย่าง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการวางแผนงบประมาณขององค์กร

4. การยึดมั่นคุณภาพ (Commitment to Quality) ได้แก่ การปฏิบัติในงานคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับปรุงงานแบบต่อเนื่อง การทำงานเป็นทีม การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร วงจรคุณภาพ กลุ่มบริหารโครงการ และการจัดการระบบรางวัล

5. การพัฒนาบุคคล (Developing the Individual) เช่น การประเมินผลการปฏิบัติงาน การประเมินผลพนักงานเป็นต้น

6. การคำนึงถึงส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ทำงาน (Beyond the Workplace) หมายถึง ในการทำงานไม่ใช่มุ่งแต่เฉพาะสถานที่ทำงานควรขยายเขตไปในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมและชุมชน

Marchington and Wilkinson (2002) ได้จำแนก การมีส่วนร่วมในงานเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้คือ

1. การติดต่อสื่อสารจากระดับบนสู่ระดับล่าง (Downward Communication) หมายถึง การส่งข่าวสารจากผู้บังคับบัญชาเป็นการติดต่อสื่อสารตามสายบังคับบัญชา เป็นการติดต่อสื่อสารตามสายบังคับบัญชา อยู่บนพื้นฐานการติดต่อสื่อสารตามลำดับชั้น มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการเช่น คำสั่ง ตารางการปฏิบัติงาน การมอบหมายงาน การเขียนรายงาน วารสาร หนังสือพิมพ์ รวมทั้งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์และรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ การพูดคุย การให้ข้อเสนอแนะ การเผชิญหน้า

การติดต่อสื่อสารจากระดับบนสู่ระดับล่าง จะช่วยสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มความยืดหยุ่นผูกพัน ลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

2. การแก้ไขปัญหาจากระดับปฏิบัติการ (Upward Problem – Solving) เป็นการติดต่อสื่อสารแบบ 2 ทาง ที่ต้องการให้ผู้รับข่าวสารได้มีโอกาสให้ข้อมูลย้อนกลับ ช่วยเพิ่มความหลากหลายของความคิด ทำให้ทัศนคติส่วนบุคคลดีขึ้น เพิ่มการประสานงาน สามารถตรวจสอบความเข้าใจได้ ตรงกันและถูกต้อง ทำให้บรรยากาศและสัมพันธภาพของผู้ปฏิบัติงานดีขึ้น

3. การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับงานและการทำงานเป็นทีม (Task Participation and Teamworking) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมในงานโดยที่บุคคลมีความรับผิดชอบในงานมากขึ้น รู้สึกว่างานมีความสำคัญและร่วมมือในการวางแผนงานใหม่ ๆ องค์ประกอบนี้จะช่วยทำให้บุคคลมีความสนใจในงาน เพิ่มความยืดหยุ่นผูกพันและเกิดการแข่งขันในการปฏิบัติงานมากขึ้น

4. การมีส่วนร่วมทางการเงิน (Financial Involvement) เป็นการมีส่วนร่วมในเรื่อง ส่วนแบ่งรางวัล ผลประโยชน์ต่าง ๆ การร่วมวางแผนในเรื่องงบประมาณและวางแผนด้านการเงิน องค์ประกอบนี้จะส่งเสริมความร่วมมือ ประสานงาน ปรับปรุงการปฏิบัติงานและทำให้ผู้ปฏิบัติงาน ตระหนักในคุณค่าของงาน

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการมีส่วนร่วมในงานมีหลายด้านด้วยกันเช่น การมีส่วนร่วมรับรู้ ข้อมูลที่จำเป็น การได้รับความรู้หรือทักษะที่จะเป็น การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา เป็นต้น และการเข้ามามีส่วนร่วมนั้นอาจเข้ามาด้วยความสมัครใจ มีการชักนำหรือโดยการบังคับ ซึ่งในการ ดำเนินการต่าง ๆ นั้น แต่ละคนจะมีส่วนร่วมในงานในลักษณะที่แตกต่างกันไปหลายด้าน เช่น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ มีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล เป็นต้น

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

Alvin Benard (1958 อ้างใน เสาวภา สรานพคุณ, 2545) กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ซึ่งได้แก่ลักษณะส่วนบุคคลต่าง ๆ คือ อายุ เพศ สภาพทางสังคม อาชีพ การศึกษา ถิ่นที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่น และ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การอาศัยในเมืองหรือ ชานเมือง จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว และลักษณะครอบครัว ค่านิยม ทัศนคติ

โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohem & Uphoff, 1980) กล่าวว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา ระดับสังคม อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ลักษณะการจ้างงาน ระยะเวลา และระยะทางจากโครงการ

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ความสลับซับซ้อนทางเทคโนโลยี ความต้องการทรัพยากร ผลประโยชน์ที่จับต้องได้ ความเป็นไปได้ของผลประโยชน์ ความรวดเร็วของผลประโยชน์ที่ได้รับ ผลประโยชน์ที่จัดสรรได้ การเชื่อมต่อโครงการ ความยืดหยุ่นของโครงการ ความสะดวกในการเข้าไปบริหารจัดการ ความครอบคลุมของการบริหารจัดการ ปัจจัยทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม และวิวัฒนาการต่าง ๆ

Reeder (1935 อ้างใน มานิตย์ จันทร์เจริญ, 2535) ได้สรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 11 ประการ คือ

1. การปฏิบัติตนให้คล้ายตามความเชื่อพื้นฐาน กล่าวคือ บุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะเลือกวิธีปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับความเชื่อพื้นฐานของตนเอง

2. มาตรฐานคุณค่า ซึ่งบุคคลและกลุ่มบุคคล ดูเหมือนจะปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตนเอง

3. เป้าหมายบุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะส่งเสริมปกป้องและรักษาเป้าหมายของตนเอง

4. ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา โดยที่พฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลบางครั้งมีรากฐานมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา

5. ความคาดหวัง บุคคลและกลุ่มบุคคลจะประพฤติตามแบบที่ตนคาดหวังว่าจะต้องประพฤติในสถานการณ์เช่นนั้น ทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่นในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน

6. การมองแต่ตัวเอง บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งคิดว่าตัวเองควรต้องกระทำเช่นนั้น

7. การบีบบังคับ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกว่าตนถูกบังคับให้ทำ

8. นิสัยและประเพณี บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีนิสัยชอบกระทำเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ

9. โอกาส บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคม โดยเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและชนิดของโอกาสโครงสร้างทางสังคม

10. การสนับสนุน บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติงานเมื่อรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุน

11. ความสามารถ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนมีความสามารถ

กล่าวสรุปได้ว่า ปัจจัยทางวัฒนธรรม สถานภาพทางเศรษฐกิจ และทางสังคม ไม่ว่าจะ เป็นระดับการศึกษา ความเชื่อ ค่านิยม นิสัย ประเพณี ตลอดจนความรู้สึกรู้สึกนึกคิด รวมทั้งการได้รับการยอมรับหรือการสนับสนุนจากผู้อื่น เป็นปัจจัยซึ่งเป็นคุณลักษณะภายในและภายนอกของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมทั้งสิ้น

3.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ภายในองค์กร จะเป็นการเข้าร่วมโดยตรงด้วยตนเองหรือ โดยการเลือกตัวแทนเข้าไปร่วม อาจประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวก็ได้ ซึ่งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพมีดังนี้คือ (Reilly, 1979)

1. สร้างบรรยากาศการทำงานให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้บริหารและบุคลากร มีความโปร่งใส เปิดเผย และให้ข้อมูลแก่บุคลากรมากที่สุด
2. ผู้บริหารเป็นฝ่ายเข้าหาบุคลากร และมีความจริงใจ
3. ใช้เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ มากกว่าเกณฑ์ของแต่ละบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ไม่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของบุคลากร
5. ผู้บริหารควรเข้าใจ และตระหนักถึงข้อจำกัดของบุคลากรแต่ละคน เพื่อให้ความช่วยเหลือเหลือ
6. ควรมีนโยบายการพัฒนากุศลกร ให้การฝึกอบรม
7. ปรับระบบงานให้เหมาะสมกับบุคลากรมากกว่าการบังคับให้บุคลากรปรับตัวให้เหมาะสมกับงาน
8. ควรมีการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้บุคลากรมีส่วนร่วมมากที่สุด

Davis & Newstrom (1985) กล่าวถึง สภาพพื้นฐานที่จะทำให้การมีส่วนร่วมประสบความสำเร็จคือ

1. มีเวลาเพียงพอกับการมีส่วนร่วมก่อนมีการลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เร่งรีบ ซึ่งหากบุคลากรไม่สามารถ ให้เวลากับการมีส่วนร่วมก็จะทำให้ละเลยต่องาน
2. ผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นควรมีค่ายิ่งใหญ่กว่าค่าใช้จ่าย
3. วัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมจะต้องมีความสำคัญและเป็นที่น่าสนใจของบุคลากร

ไม่เช่นนั้นจะมองเห็นว่าเป็นการเพิ่มงาน

4. ผู้มีส่วนร่วมควรมีความสามารถ เช่น ความฉลาด ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นที่ยากแก่การแนะนำ
5. ผู้มีส่วนร่วมจะต้องสามารถสื่อสารซึ่งกันและกันได้ ใช้ภาษาที่มีความเข้าใจสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันได้
6. ในการประชุมไม่ควรให้เกิดความรู้สึกถูกคุกคาม หากบุคลากรรู้สึกเช่นนี้รุนแรงมาก ทำให้ไม่เกิดการมีส่วนร่วม เกิดการปฏิเสธหรือต่อต้าน
7. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในองค์กร สามารถทำได้ในองค์กรที่ให้อิสระในการทำงาน แต่บางครั้งความเข้มงวดก็ยังจำเป็น ยังต้องการเพื่อรักษาความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้ประสบความสำเร็จได้แก่ ปัจจัยด้านบรรยากาศการทำงาน การบริหารงานของผู้นำ เช่น การกระจายอำนาจการตัดสินใจให้บุคลากร การตระหนักถึงความแตกต่างของบุคคล และลักษณะส่วนบุคคลของผู้มีส่วนร่วมเอง เช่น ความรู้ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ความสำคัญของงาน เป็นต้น

3.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการมีส่วนร่วมในงานของบุคลากร

ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงการพัฒนาจะต้องคำนึงการมีส่วนร่วมด้วยเสมอ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะทำให้บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์หรือการดำเนินงานได้รับสวัสดิการที่ดีขึ้น (Cohen & Uphoff, 1980) และการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการทำงาน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกเกี่ยวข้องกับผูกพันกับงานหรือองค์กร ในหลาย ๆ สถานการณ์การมีส่วนร่วมทำให้เกิดความคิดได้มากกว่า เนื่องจากเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระดมความคิดและร่วมอภิปรายกัน เปิดโอกาสให้มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทำให้การต่อต้านลดลง ในขณะที่เดียวกันเกิดการยอมรับกันมากขึ้น ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในต่องานมากขึ้น (เอกชัย กี่สุขพันธ์, 2538) ดังที่คาฮิลล์ (Cahill, 1996) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากร ซึ่งการมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีความเกี่ยวข้อง การแบ่งปันและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งไม่สามารถแยกจากกันได้ (Hill 1971, McEwen et al. 1983, Brownlea 1987, Sinclair 1993 อ้างใน Cahill, 1996)

William (1990) ได้ทำการศึกษางานวิจัยพื้นฐานเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและรวบรวมประโยชน์ที่ได้รับจากการมีส่วนร่วมของบุคคลภายในองค์การไว้ดังนี้

1. เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของงาน การมีส่วนร่วมของบุคลากรภายในองค์การ จะทำให้การบริหารงานขององค์การมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยองค์การสามารถเพิ่มผลผลิตได้มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันค่าใช้จ่ายหรือการใช้ทรัพยากรมีน้อยลง

2. เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสในการแก้ไขปัญหาปัญหาด้วยกันและทำให้บุคลากรภายในองค์การยอมรับแนวทางปฏิบัติในการแก้ปัญหามากขึ้น จึงทำให้เกิดแรงจูงใจที่พร้อมใจที่จะดำเนินตามแผนที่วางไว้ได้

3. เป็นการกระจายอำนาจ การที่บุคลากรในองค์การได้เข้ามามีส่วนร่วมจะเป็นเหมือนการกระจายอำนาจทำให้เกิดความเท่าเทียมในการแบ่งปันทรัพยากรและเกิดความเท่าเทียมในการควบคุมขบวนการของการเปลี่ยนแปลงได้

4. เป็นการเพิ่มสัมพันธภาพในหน่วยงานระหว่างฝ่ายบริหารและพนักงาน การมีส่วนร่วมจะทำให้บุคลากรภายในองค์การมีความเต็มใจและความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองได้กระทำ และตั้งใจในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายขององค์การ อีกทั้งยังทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย โดยประโยชน์ที่ได้รับจากการมีส่วนร่วมได้แสดงไว้ดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงประโยชน์ที่ได้รับจากการมีส่วนร่วม

ผู้ที่ได้รับประโยชน์	ผลที่ได้รับ
ฝ่ายบริหาร	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มประสิทธิภาพให้กับองค์การ (Efficiency) - เป็นการเพิ่มแรงจูงใจให้บุคลากร (Motivation) - เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Facilitation Change)
ฝ่ายพนักงาน	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดการกระจายอำนาจ (Power Balance) - ลดแรงต้านจากการเปลี่ยนแปลง ทำให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น (Control Impact)
ฝ่ายบริหาร/พนักงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ความผูกพันในองค์การ (Commitment) - เพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร (Communication) - เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างฝ่ายบริหารและพนักงาน (Good Industrial Relations)

ที่มา : Participating change โดย Robin William, 1990

ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2521 อ่างในวินัย นุชชา, 2543) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของประชาชน ถ้ามองในแง่ของการบริหารการพัฒนาดังนี้

1. ช่วยให้ประชาชนยอมรับโครงการมากขึ้น เนื่องจากเป็นโครงการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น
2. มีความรู้สึกผูกพัน รู้สึกเป็นเจ้าของโครงการมากขึ้น
3. การดำเนินโครงการจะราบรื่น ได้รับความร่วมมือจากประชาชนมากขึ้น
4. โครงการจะให้ประโยชน์แก่ประชาชนมากขึ้นและมีการระดมทรัพยากรเพื่อการพัฒนาชนบทมากขึ้น
5. ช่วยพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนมากขึ้น

สมยศ นาวิการ (2525) กล่าวว่าไว้ว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมจะเกิดผลที่เป็นประโยชน์ ดังนี้

1. การยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าบุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจะทำให้มีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น แต่หากการเปลี่ยนแปลงถูกมองว่าเป็นสิ่งที่บังคับโดยบุคคลแล้ว ก็จะมีความไม่เต็มใจที่จะต่อต้าน ในทางกลับกันเมื่อเข้ามีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริง จะผูกพันกับการเปลี่ยนแปลงมากเพราะมีผลได้ผลเสียกับความสำเร็จของการปฏิบัติตามการเปลี่ยนแปลง
2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาดีขึ้นมากขึ้น การมีส่วนร่วมจะทำให้ความไม่พอใจถูกเปิดเผย ซึ่งสามารถยุติได้โดยการอภิปรายอย่างตรงไปตรงมา ความไม่พอใจที่ไม่ได้รับการแก้ไขหรือซ่อนเร้น อาจทำให้เกิดการนัดหยุดงาน ทำงานช้า ความสูญเสียและการขาดงานได้ การมีส่วนร่วมจะทำให้อัตราการร้องทุกข์ลดลง ปกติการร้องทุกข์เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายกับองค์กรส่วนใหญ่ การมีส่วนร่วมจะช่วยประหยัดเงินให้กับฝ่ายบริหารได้
3. ความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กรสูง เมื่อบุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการสำคัญเช่น การตัดสินใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองหรือข้อเสนอแนะมีคุณค่าต่อองค์กร เกิดความรักและผูกพันต่อองค์กร
4. บุคลากรที่มีส่วนร่วมจะรู้สึกไว้วางใจฝ่ายบริหารมากขึ้น -การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สำคัญ ทำให้บุคลากรรู้แรงจูงใจและความต้องการของฝ่ายบริหาร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งของการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
5. การที่บุคลากรรู้สึกผูกพันยอมรับการเปลี่ยนแปลงและไว้วางใจฝ่ายบริหาร ทำให้การบริหารผู้ใต้บังคับบัญชาง่ายขึ้น จำนวนผู้บริหารที่ต้องการลดลง เนื่องจากการควบคุมอย่างใกล้ชิด

ลดลง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อตนเองทำให้ความรู้สึกรับผิดชอบมากขึ้น ดังนั้น จึงยอมรับอำนาจหน้าที่ของผู้บังคับบัญชา

6. การมีส่วนร่วมทำให้มีการรวมความรู้และความสามารถของบุคคลหลายคนเข้าด้วยกัน ในการแก้ปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีกว่าการตัดสินใจของผู้บริหารเพียงฝ่ายเดียว และทำให้มีการติดต่อสื่อสารจากเบื้องล่างสู่เบื้องบน ทำให้ได้รับข้อมูลย้อนกลับ

7. การมีส่วนร่วมช่วยปรับปรุงทีมงานให้ดีขึ้น ทีมงานมีความจำเป็นต่อการแก้ปัญหา ชับซ้อนที่องค์กรเผชิญ องค์กรจะขาดประสิทธิภาพหากพนักงานมีเป้าหมายขัดแย้งกัน การมีส่วนร่วมช่วยสร้างกลุ่มงานที่มีประสิทธิภาพ และประสานงานระหว่างกันได้

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่องค์กรและตัวบุคลากร โดยเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของงาน เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันกับองค์กร บุคลากรเกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลง เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายบริหารและพนักงาน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

3.6 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานตามแนว Hospital Accreditation

โดยที่บุคลากรในองค์กรคือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า หากโรงพยาบาลสามารถสร้างโอกาส หรือเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกฝ่ายทุกระดับมีส่วนร่วมในการบริหาร จัดการหรือการพัฒนาคุณภาพ และพยายามที่จะดึงศักยภาพที่มีอยู่ของพวกเขาออกมาใช้อย่างเต็มที่จะเป็นประโยชน์อย่างมากแก่ องค์กร (สิทธิศักดิ์ ลิ้มปิติกุล, 2544)

โรงพยาบาลจึงควรจัดบรรยากาศสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพของบุคลากรให้มาก ไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรจากการตัดสินใจโดยบุคคลใด บุคคลหนึ่ง เป็นการทำงานเป็นทีม มีการกระจายอำนาจ การสร้างระบบเชิดชูเกียรติ หรือการจัด โครงสร้างองค์กรให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วม เป็นต้น

ตัวอย่างกิจกรรมที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินกิจกรรมพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล มีดังนี้

1. บุคลากรทุกระดับมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
2. การกระจายการตัดสินใจ
3. การจัดโครงสร้างการบริหารให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและร่วมตัดสินใจ

4. การทำงานร่วมกันเป็นทีมทั้งในและนอกหน่วยงาน

ซึ่งในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพขององค์กรได้ให้ความสำคัญของบุคคล จึงได้มีกิจกรรมประเมินตนเองระดับบุคคลขึ้น เพื่อช่วยให้บุคลากรเห็นความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของตนเองซึ่งการประเมินตนเองในระดับบุคคล ถือว่าเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพขององค์กรที่จำเป็นที่สุด ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

1. คุณภาพขององค์กรอยู่ที่การทำงานด้วยใจของสมาชิกทุกคน
2. การประเมินตนเองเป็นโอกาสที่จะทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม
3. เป็นการย้ำแนวความคิดว่าการพัฒนาคุณภาพคือการทำงานประจำให้ดีขึ้น
4. หากผู้ประเมินเห็นโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาทันที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นทันทีและจะมีบรรยากาศที่กระตุ้นให้ทุกคนต้องการเปลี่ยนแปลง
5. การประเมินตนเองในระดับบุคลากรจะทำให้ข้อมูลย่อย ๆ ซึ่งมาประกอบเป็นข้อมูลของหน่วยงานและองค์กรที่สมบูรณ์

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานตามแนว Hospital Accreditation เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีการพัฒนาศักยภาพของตนเองเนื่องจากมีระบบการประเมินตนเอง และองค์กรสามารถดึงศักยภาพของบุคลากรออกมาได้อย่างเต็มที่เพื่อให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพขององค์กรบรรลุเป้าหมาย โดยองค์กรจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ เช่น มีการกระจายอำนาจ สร้างระบบเชิดชูเกียรติ เป็นต้น

4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

4.1 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยาและจิตวิทยา (Streubert and Carpenter, 2003) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ เน้นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของปรากฏการณ์สะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch, 1995 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยคือการตั้งคำถามเกี่ยวกับการเกิดประสบการณ์ชีวิต (Lived Experience) ของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นดำเนินชีวิตอยู่ (Live World) และ

ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/โลกที่เราอยู่จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการที่เราดำเนินชีวิตอยู่ (Being) ในสิ่งแวดล้อม/โลกนั้นในสถานการณ์หนึ่ง ๆ (Van Manen, 1990 cited in จอนณะจ เพ็งจาด, 2546)

Edmund Husserl ถือว่าเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ เขามีความเชื่อว่าประสบการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ที่ให้ความหมายด้วยตนเองต่อประสบการณ์นั้น ๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ (Dualism) แต่จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Koch, 1995 cited in Holloway and Wheeler, 1996) โดยมีแนวคิดหลักที่สำคัญคือ

1. การให้ความสนใจ (Intentionality)
2. องค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์
3. การทอนปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction)

ต่อมา Heidegger นักปรัชญาชาวเยอรมันที่มีชื่อเสียงมากคนหนึ่งในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นลูกศิษย์และเป็นเพื่อนร่วมงานของ Husserl ได้นำแนวคิดของ Husserl มาพัฒนาต่อเป็นการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ (Hermeneutic Phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่มและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ (How we know what we know) หรือที่เรียกว่า Epistemology มาเป็น Ontology ซึ่งหมายถึงการศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก และศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอยู่และเวลา (Being and Time) มีความหมายในตัวเองสามารถแปลความได้และภาษาเป็นสื่อสำคัญในการแปลความเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Leonard, 1994 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ซึ่งมี แนวคิดที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

1. บุคคล (Person) เป็นผู้ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่เขาประสบ ตามความคิด ความรู้สึกของเขาเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความเป็นจริงตามทฤษฎีซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นจริงของบุคคลนั้น
2. สิ่งแวดล้อม (World) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์ในปัจจุบัน รวมถึง ภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลโดยการเรียนรู้ตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรมและภูมิหลังของบุคคลนั้น

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic Circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน (Past Experience) เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

ต่อมามีผู้ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลอย่างลึกซึ้ง คือ Gadmer (1976 cite in ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2543) ซึ่งเป็น ลูกศิษย์และเพื่อนร่วมงานของ Heidegger ได้เพิ่มเติมแนวคิดที่สำคัญอีก 2 ประการดังนี้

1. ภาษา (Language) โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญ ที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้น ๆ ภาษาเป็นสื่อจำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา

2. การเชื่อมโยงความหมาย (The Fusion of Horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัยซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่าง ๆ จากการศึกษาอันกับผู้ให้ข้อมูล สามารถที่จะเข้าใจถึงความหมาย ที่บุคคลสื่อออกมา ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง เปลี่ยนและขยายความคิดเห็นต่อกัน เกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

4.2 การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยาเริ่มขึ้นในต้นศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยมา การเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (Hollway and Wheel, 1996; Streubert and Carpenter, 2003)

ระยะที่ 1 Preparatory phase เป็นระยะที่เริ่มมีการปูพื้นฐาน โดย Franz Brentano (1838-1917) และ Carl Stumpf (1848-1936) แนวคิดในระยะนี้เป็นแนวคิดของการศึกษาด้วยความตั้งใจ (Intentionality) ซึ่งหมายถึงความมีสติอยู่ตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา

ระยะที่ 2 German phase เป็นระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดโดยนักปรัชญาชาวเยอรมัน ได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) ได้มีการพัฒนาแนวคิดการเข้าใจเกี่ยวกับ องค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์ เพื่อความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา การหยั่งรู้ (Intuiting) เป็นการแปลความจากความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเท่าที่จะเป็นไปได้จากข้อมูลจนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และการทอนประสบการณ์ (Phenomenological reduction)

ระยะที่ 3 France phase เป็นระยะที่นักปรัชญาชาวฝรั่งเศส ซึ่งได้แก่ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul (1905-1980) และ Maurice Merleau-Ponty (1905-1980) แนวคิดในระยะนี้เป็นการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (Embodiment) และสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก (Being in the world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนัก เราสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ ความคิด การสัมผัส รับรส การได้ยินและการมีสติ

ปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นปรัชญาที่มีการเปลี่ยนแปลง (Dynamic) และมีการพัฒนาตลอดเวลา ซึ่งจะอธิบายปรากฏการณ์วิทยาด้วยปรัชญาและวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน จึงต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในหลักปรัชญาและวิธีการศึกษาของนักปราชญ์แต่ละคน เพื่อนำมาเป็นแนวทางสำหรับนักวิจัยในการทำวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาและมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการศึกษา ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Edmund Husserl ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

4.3 ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Spiegelberg (1965, 1975 cited in Streubert and Carpenter, 2003) ได้แบ่งลำดับขั้นที่สำคัญของปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ระดับ ดังนี้

1. Descriptive Phenomenology คือ การสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรง การวิเคราะห์และพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ศึกษาต้องเปิดประสาทสัมผัสทั้ง 5 พร้อมกับยอมรับความไม่รู้และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตน
2. Phenomenology of Essences คือ การสืบสวนข้อมูลเพื่อที่จะค้นหาองค์ประกอบสำคัญ (Theme) หรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์เหล่านั้นและจัดกลุ่มหาความสัมพันธ์ตามลักษณะของปรากฏการณ์
3. Phenomenology Appearance คือ การให้ความสนใจเฝ้าดูรูปแบบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะสามารถเห็นโครงสร้างหรือแก่นความรู้ของปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้
4. Constitutive Phenomenology คือ การตรึงตรองหรือก่อตั้งปรากฏการณ์หรือวิถีทางที่ปรากฏการณ์ก่อตั้งขึ้นหรือปรากฏเป็นรูปร่างขึ้นอย่างมีสติ
5. Reductive Phenomenology คือการทอนปรากฏการณ์ เป็นการขจัดความเชื่อส่วนตน ขจัดอคติหรือการคาดคะเนล่วงหน้าออกไปเพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงมากที่สุด

6. Interpretive or Hermeneutic Phenomenology คือ การค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนอยู่ปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผยให้ชัดเจนขึ้นตามที่ได้สืบค้นวิเคราะห์และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา

ลำดับชั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ระดับนี้ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมดส่วนใหญ่ นักวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีการศึกษา 3 ระดับแรกเท่านั้น ได้แก่ Descriptive Phenomenology, Phenomenology of Essences and Reductive Phenomenology ส่วนการศึกษาแบบแปลความ (Hermeneutic Phenomenology) สามารถแยกมาใช้โดยลำพังโดยไม่ต้องใช้ร่วมกับวิธีอื่นก็ได้

4.4 ปรัชญาพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl (Husserl Phenomenology)

Edmund - Husserl ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาในระยะ German phase Husserl ให้ความสำคัญของการพัฒนาความรู้จากประสบการณ์ของบุคคล (Subjectivity) ที่รับรู้ประสบการณ์นั้นอย่างมีสติ (Consciousness) และเชื่อว่าบุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมหรือโลก ไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้ ประสบการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใดแต่บุคคลจะเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเองต่อประสบการณ์นั้น ๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ (Dualism) มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน Koch (1995, cited in Holloway and Wheeler, 1996) เน้นการศึกษาความรู้ที่เกิดขึ้นเองและเป็นธรรมชาติโดยปราศจากการเข้าไปกระทำกับข้อมูลของผู้ศึกษาอย่างเข้มงวด (Rigorous) ซึ่งมีแนวคิดหลัก 3 ประการ คือ

1. การให้ความสนใจ (Intentionality) คือ การให้ความสนใจมีความตระหนักและมีสติอยู่ตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา
2. องค์ประกอบสำคัญหรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์คือ การมุ่งหาสาระสำคัญหรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์ด้วยความมีสติ
3. การทอนปรากฏการณ์ (Phenomenology Reduction) คือ การขจัดความคิดที่มีอยู่ก่อน (Preconception) และการคาดคะเนของตนที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่กำลังศึกษาอยู่ออกไป เพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่ศึกษาอย่างแท้จริงและเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคล

Streubert and Carpenter (1999 อ้างถึงใน จอนณะจง เพ็งจาด, 2546) ศึกษากระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้แนวคิดของ Husserl ได้สรุปหลักการในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาว่า ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธี คือ

1. การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้น (Direct exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Description) โดยปราศจากการเดาเพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการคือ

1.1 การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านบทพรรณนาข้อมูลที่ได้หลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.2 การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่สำคัญหรือเป็นแก่น (Essences)

1.3 การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร การบรรยายหรือการเปรียบเทียบ

2. การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of essence) เป็นการสืบค้น (Probing) ข้อมูลแบบเจาะลึกเพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3. การทอนความคิด (Reductive) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษาโดยการจัดเก็บ (Bracket) ความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาเอาไว้ เพื่อให้ประสบการณ์เดิมนั้นแยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล วิธีการที่นิยมที่ใช้คือ การหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมออกไปจนกว่าจะวิเคราะห์ข้อมูลแล้วเสร็จ

สรุปได้ว่า แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl เป็นแนวคิดที่มีความเชื่อว่า บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ ประสบการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันที และบุคคลจะเป็นผู้ให้ความหมายต่อประสบการณ์นั้นๆ ด้วยตนเอง การศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวข้องกับการสืบค้นแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยต้องลดอคติในการศึกษาดำเนินการด้วยการจัดเก็บความคิด ความเชื่อ และความรู้ที่มีอยู่ก่อนเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

4.5 กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Streubert and Carpenter (2003) ได้สรุปหลักสำคัญของกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ดังนี้

1. ระบุปรากฏการณ์ที่จะศึกษาโดยมีเป้าหมายคือ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลต่อประสบการณ์ เมื่อระบุเหตุการณ์ได้แล้วมีการตั้งคำถามที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาดังวิธีนี้ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหาวิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า บุคคลเป็นผู้เล่าประสบการณ์ของตนเองให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยต้องหลีกเลี่ยงการวิจารณ์การประเมินหรือให้ความคิดเห็นใด ๆ ในเรื่องนั้น

2. การเลือกผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยมักใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยได้ดี และยินดีที่จะเล่าประสบการณ์ให้ผู้วิจัยฟัง

3. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือ (Tool/ Instrument) ของการวิจัย ผู้วิจัยต้องเล่าเรื่องของคนตลอดกระบวนการของการสัมภาษณ์รวมถึงมีการซักถามในประเด็นที่ต้องการทำให้ข้อมูลมีความชัดเจน หลังจากนั้นถอดเทปข้อมูล ศึกษาข้อมูลทบทวนครั้งแล้วครั้งเล่า เพื่อให้ได้ความหมายของประสบการณ์ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ด้วยเหตุนี้ นักวิจัยจึงต้องฝึกฝนอบรมตนเองหรือผ่านกระบวนการอบรมเพื่อให้มีแนวคิดพื้นฐานและทักษะในการสัมภาษณ์ สังเกต บันทึกข้อมูล รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่ศึกษาเป็นอย่างดี เป็นผู้ที่ไม่อคติความรู้สึก และมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ผู้วิจัยต้องไม่ควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา ปล่อยให้การสนทนาเป็นไปตามธรรมชาติของการสนทนา (Benoliel, 1988 cite in Streubert and Carpenter, 2003) การสัมภาษณ์ไม่ควรใช้คำถามนำ ควรใช้คำถามปลายเปิด (Open Ended) คำถามเพื่อความกระจ่าง (Clarifying Question) และให้ความสนใจกับการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธีได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม และควรถอดเทปทันทีภายหลังการสัมภาษณ์ การถอดเทปควรถอดคำต่อคำ (Verbatim) และตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลอีกครั้งถ้าพบว่าข้อมูลที่สัมภาษณ์ในครั้งแรกยังไม่ชัดเจนหรือต้องการขยายความ ควรกลับไปสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง

5. ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจนมีความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวแล้ว (Saturation) คือข้อมูลเริ่มซ้ำ ๆ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญ (Themes or Essences) เกิดเพิ่มขึ้น

6. การวิเคราะห์ข้อมูล จะทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล และกระทำไปตลอดระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มต้นตั้งแต่ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำหลาย ๆ รอบ จนมองเห็นภาพที่เป็นสาระสำคัญของข้อมูลให้ข้อมูลแต่ละคนแล้วดึงข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญของออกมา แล้วจัดกลุ่มของข้อมูลที่มีลักษณะสำคัญที่น่าสนใจนี้แสดงภาพรวมของประสบการณ์ของบุคคลในปรากฏการณ์นั้น ในการนำเสนอผลการวิจัยควรยกตัวอย่างคำพูดซึ่งเป็นข้อมูลดิบที่ผู้วิจัยคิดว่าสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน

7. การทบทวนวรรณกรรมจะกระทำภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนเป็นจริงโดยปราศจากอคติหรือความรู้อของผู้วิจัยมาก่อน แต่ผู้วิจัยอาจทบทวนวรรณกรรมอย่างคร่าว ๆ ก่อนก็ได้

8. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ในการวิจัยเชิงคุณภาพมีการควบคุมคุณภาพของการวิจัยในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้คือ (Lincoln and Guba, 1985)

8.1 ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับความตรงเชื่อถือได้ซึ่งประกอบด้วย

1) การเข้าไปสร้างความสัมพันธ์ สร้างความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong Engagement)

2) มีการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน

3) มีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)

4) การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member Checking) ทุกขั้นตอนของการวิจัย

5) การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing)

8.2 การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) คือการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในกรณีที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น จะไม่นำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่น ๆ

8.3 การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่น ๆ (Dependability) คือการใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนครอบคลุม ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลัก และมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing)

8.4 การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการจัดการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit Trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim)

มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำ และมีการอ้างคำพูด (Direct Quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล มีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing)

กล่าวได้ว่า กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามี 8 ขั้นตอนคือ 1) ระบุปรากฏการณ์ที่จะศึกษา 2) เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง 3) ผู้วิจัยต้องได้รับการอบรม ฝึกฝนทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4) ถ้าเป็นไปได้ควรบันทึกเทปตลอดการสนทนา/สัมภาษณ์ และถอดเทปแบบคำต่อคำทันทีหลังการสัมภาษณ์ 5) เก็บรวบรวมข้อมูลจนข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว 6) การวิเคราะห์ข้อมูลต้องทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล 7) การทบทวนวรรณกรรมจะกระทำภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล และ 8) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการที่ใช้ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป (Induction) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ (สุภางศ์ จันทวานิช, 2543)

1. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป (Induction) วิธีการที่ใช้มี 3 วิธี คือ

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (Analytic Induction) คือ วิธีตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น เมื่อนักวิจัยได้เห็นรูปธรรมหรือเหตุการณ์หลาย ๆ เหตุการณ์แล้วก็ลงมือสร้างข้อสรุป ถ้าข้อสรุปนั้นยังไม่ได้รับการตรวจสอบยืนยันก็ถือเป็นสมมติฐานชั่วคราว (Working Hypothesis) และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิสูจน์สมมติฐาน ถ้าหากข้อมูลได้รับการยืนยันก็ถือว่าเป็นข้อสรุปซึ่งมีความเป็นนามธรรมในระดับต้น ๆ

1.2 การวิเคราะห์โดยการจำแนกข้อมูล (Typological Analysis) คือ การจำแนกข้อมูลเป็นชนิด ๆ (Typologies) ซึ่งเป็นขั้นตอนของเหตุการณ์ที่ต่อเนื่องกันไป การจำแนกแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ แบบใช้ทฤษฎีและแบบไม่ใช้ทฤษฎี

1.3 การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) คือ การใช้วิธีการเปรียบเทียบโดยการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ เริ่มมีความเป็นนามธรรมมากขึ้นจากการเปรียบเทียบจะพบความสัมพันธ์ใหม่เกิดขึ้น นำไปสู่การสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรมและการสร้างทฤษฎี

2. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) คือ เทคนิคการวิจัยที่พยายามจะบรรยายเนื้อหาของข้อความหรือเอกสาร โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบและเน้นสภาพวัตถุวิสัย

(Objectivity) (Berelson, 1952 อ้างถึงใน สุภางค์ จันทวานิช, 2543) การบรรยายนี้เน้นที่เนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ พิจารณาจากเนื้อหาโดยผู้วิจัยไม่มีอคติหรือความรู้สึกของตัวเองเข้าไปพัวพัน ไม่เน้นการตีความหรือหาความหมายที่ซ่อนเบื้องหลังหรือความหมายระหว่างบรรทัด การวิเคราะห์เนื้อหาอาจไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการเชิงปริมาณก็ได้ เพียงแต่ให้การระบุคุณลักษณะเฉพาะของข้อความหรือสาระอย่างเป็นระบบและสภาพัตถุวิสัย อาจสรุปได้ว่า การวิเคราะห์เนื้อหามีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ มีความเป็นระบบ มีความเป็นสภาพัตถุวิสัยและอิงกรอบแนวคิดทฤษฎี

นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการวิเคราะห์ข้อมูลอีกหลายวิธี ได้แก่ การแปลความข้อมูล (Interpretation) การอธิบายสาเหตุและการเชื่อมโยง การใช้คอมพิวเตอร์ เป็นต้น ซึ่งก่อนการดำเนินการวิจัยจำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจในความเชื่อของปรัชญาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา ก่อนดำเนินการวิจัย เป็นประโยชน์ในการใช้วิธีการวิจัย (Research Method) ที่เขียนบนพื้นฐานของความเชื่อของคนนั้น ๆ เช่น Giorgi (1985) และ Colaizzi (1978) จะเชื่อในหลักความคิดของ Husserl ที่เน้นการทำใจให้ว่าง (Bracketing) ของผู้วิจัยก่อนดำเนินการวิจัย Van Manen (1984) และ Leonard (1994) จะเชื่อในหลักความคิดของ Heidegger ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นในกรอบของ Hermeneutic Circle ว่าการแปลความนั้นเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยเคยทราบมาก่อนเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ศึกษา สิ่งที่ทราบหรือเข้าใจมาก่อนนั้นอาจเกิดจากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยเอง หรือการทบทวนวรรณกรรมก็ได้ (Heidegger, 1962 cited in Leonard, 1994; Juethong, 1998)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978, cited in Holloway and Wheeler, 1996; จอนพะจง เพ็งจาด, 2546) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. อ่านคำบรรยายหรือข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจในข้อมูลหรือปรากฏการณ์ที่เป็นประเด็นสำคัญ
2. พยายามดึงข้อความหรือประโยคที่สำคัญออกมา โดยขีดเส้นใต้หรือแยกข้อความสำคัญนั้นไว้
3. นำข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่แยกไว้มากำหนดความหมายในแต่ละประโยค (Formulated meaning)
4. นำข้อมูลหรือประโยคที่สำคัญ ซึ่งมีความหมายเดียวกันมาจัดรวมเป็นหัวข้อ (Themes)
5. อธิบายปรากฏการณ์ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล โดยเขียนให้เกิดความต่อเนื่องกลมกลืนกัน
6. รวบรวมและสรุปข้อมูลที่ได้เป็นโครงสร้างที่มีสาระสำคัญของปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา

7. นำข้อสรุปของปรากฏการณ์ย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบดูว่ามีความเป็นจริงตามที่บรรยายและอธิบายหรือไม่ หากมีข้อมูลเพิ่มขึ้นจากการตรวจสอบของผู้ให้ข้อมูล เพิ่มข้อมูลนั้นในผลที่ได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมยุรี จิรวินิชย์ (2539) ทำการวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรัฐด้วย TQM จำนวน 8 แห่งในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลโดยใช้เกณฑ์ของ The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) 1995 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้โรงพยาบาลมีความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ คือ ความมุ่งมั่นและต่อเนื่องของผู้นำ ระบบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนกลยุทธ์ขององค์กร และการนำไปปฏิบัติการพัฒนากำลังคนให้มีความรู้เรื่องเครื่องมือพัฒนาคุณภาพ และปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพคือ การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกคน การที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ สนับสนุนอย่างจริงจัง และการฝึกอบรม

วรรณดี ศุภศาวนนท์ (2540) ได้ทำการศึกษารูปแบบของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 92 แห่ง ผลการวิจัยพบว่าโรงพยาบาลร้อยละ 65.1 เริ่มดำเนินกิจกรรม HA มาในช่วง 3 ปี และยังพบว่าโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีกระบวนการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนในการนำองค์การและการบริหารการพยาบาล ส่วนปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพพบว่ามีปัญหาด้านการขาดความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ

สัจจภรณ์ ชันธุภรณ์ (2541) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน แต่ตำแหน่งหน้าที่ตามคำสั่งแต่งตั้งให้เป็นผู้มีหน้าที่คณะทำงานและผู้ประสานงาน การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโครงการมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน

ประภาวดี กุศลสาร (2542) ศึกษาการมีส่วนร่วมของพนักงาน ในการจัดทำระบบการบริหารคุณภาพ ISO 9002 บริษัทไทยเพรสซิเดนทียูดีเอส จำกัด (มหาชน) พบว่าค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของพนักงานในด้านการประชุมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำที่สุด ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของพนักงานประกอบด้วย เพศ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และความรู้

เลิศชัย มนัสตระการ (2542) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวคิดพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ปฏิบัติงานความคิดเห็นต่อแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพอยู่ในระดับเฉย ๆ เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ผู้ปฏิบัติงานเห็นด้วยกับขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนา และมีความรู้สึกเฉย ๆ เกี่ยวกับเป้าหมายการประเมินวิธีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานและจัดมาตรฐาน และพบว่าปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งในหน่วยงาน ประสบการณ์ในการรับราชการ ระดับ (ซี) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ความเข้าใจ ไม่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน

นพรัตน์ ปิยะมาสิกพงษ์ และคณะ (2542) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบริการตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาบริการตามเกณฑ์ HA ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ นำนโยบายไปปฏิบัติ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การประสานงานภายในและการทำงานเป็นทีม การพัฒนาและฝึกอบรมการปฏิบัติงาน ความสะดวกในการให้บริการ และการตรงเวลาของผู้ให้บริการ

บุศรินทร์ ทิตี (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการประกันคุณภาพการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ทดลองใช้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในเขตภาคกลาง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน โดยสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) พบว่า ระดับการยอมรับการประกันคุณภาพการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ทดลองใช้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับความรู้และเจตคติอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการประกันคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ความรู้ เจตคติ ปัจจัยด้านระบบสังคม การมีส่วนร่วม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประกันคุณภาพ

สมภพ อาจนะศึก (2543) ศึกษาการยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบราชการของกรมการบริหารโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 19 แห่ง โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากกรมการบริหารโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า เคยได้รับการอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลร้อยละ 51.2 มีความรู้ด้านการมีส่วนร่วมและยอมรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับ ได้แก่ ทศนคติ ความรู้ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยที่สัมพันธ์โดยตรงต่อการยอมรับและการมีส่วนร่วม คือ ทศนคติและความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน

กมลชนก รักชิตธรรม (2544) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช กรมการแพทย์ทหารอากาศ กองบัญชาการสนับสนุนทหารอากาศ ในการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า แพทย์และพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานคุณภาพในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ความต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงานมากที่สุด รองลงมาคือ การยอมรับแนวความคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติขั้นตอนการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานประกอบด้วย อายุ อาชีพราชการ ตำแหน่ง ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ความเชื่อถือหัวหน้างานและความผูกพันองค์กร

ศศิมล สกุลไกรพิระ (2544) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความปรารถนาการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการในโรงพยาบาลตากสิน 175 คน จาก 696 คน ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรวิชาชีพแพทย์มีความปรารถนาการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากกว่าบุคลากรวิชาชีพอื่น ปัจจัยด้านการศึกษารับรู้ในความชัดเจนของนโยบายองค์กร เจตคติต่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน การรับรู้ภาวะผู้นำแบบให้การสนับสนุน การรับรู้ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม การรับรู้ภาวะผู้นำแบบความสำเร็จ มีความสัมพันธ์กับความปรารถนาการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในทิศทางเดียวกัน และการรับรู้ความชัดเจนของนโยบายองค์กรเป็นตัวแปรอิสระที่สามารถพยากรณ์ความปรารถนาการมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ร้อยละ 50.4

เสาวภา สรานพคุณ (2545) ศึกษา การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 335 คน พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ความคิดเห็นต่อผู้นำองค์กร ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ความผูกพันองค์กร การยอมรับและต้องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของบุคลากรอยู่ในระดับสูง ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ทำงานและงานที่ได้รับมอบหมายในทีมพัฒนาสุขภาพ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความผูกพันองค์กร การยอมรับและต้องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ซึ่งเป็นลักษณะการสืบค้นเพื่อจะอธิบายและให้ความหมายชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล เป็นการเปิดเผยปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษาตามสถานการณ์ที่เป็นจริงและตามการรับรู้ของบุคคลที่อาศัยอยู่ในสภาพการณ์นั้น ๆ โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมในการศึกษาเบื้องต้นของ Cohen and Uphoff (1980), Cummings and Worley (2001) และของ Marchington and Wilkinson (2002) ซึ่งเป็นแนวคิดในการนำไปค้นหาข้อมูลความจริงของการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยผู้วิจัยกำหนดประเด็นในการค้นหาข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นการแสดงออกด้านความคิดการเกี่ยวกับการจัดการระบบหรือกำหนดระบบของโครงการ การประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่สามารถจะนำไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา ซึ่งในช่วงเริ่มต้นเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการหาวิธีการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการ ส่วนในช่วงปฏิบัติเป็นการลำดับความสำคัญของโครงการ รวมทั้งการสรรหาสมาชิกมาร่วมดำเนินการ

ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วงเริ่มต้น จึงเป็นการที่พยาบาลวิชาชีพตัดสินใจเข้าร่วมในการพัฒนาคุณภาพ และหาวิธีการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วม เมื่อเข้าไปมีส่วนร่วมปฏิบัติการแล้ว ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการระบบพัฒนาคุณภาพ การกำหนดระบบโครงการ การประเมินปัญหาหรือเลือกแนวทางที่สามารถจะนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา การลำดับความสำคัญของโครงการที่จะต้องดำเนินการ รวมทั้งการสรรหาสมาชิกมาร่วมดำเนินการ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาในช่วงเริ่มต้นว่า พยาบาลวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้อย่างไร และในการช่วงปฏิบัติการพยาบาลว่ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างไร

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ เป็นการดำเนินงานตามโครงการและแผนงาน เป็นการก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏ โดยให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรเช่น แรงกาย เงิน วัสดุอุปกรณ์ ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้จะให้ด้วยความเต็มใจ การร่วมบริหาร

และประสานงาน หรือให้คำปรึกษาในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ รวมทั้งการขอความร่วมมือจากผู้อื่นให้เข้าร่วมเป็นผู้เข้าปฏิบัติในโครงการ

ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ จึงเป็นการที่พยาบาลวิชาชีพได้ทุ่มเทร่างกาย แรงใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ และการขอความร่วมมือจากบุคลากรอื่นในการดำเนินกิจกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาว่า พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างไร และมีวิธีการที่ทำให้บุคลากรอื่นร่วมดำเนินการอย่างไร

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจซึ่งไม่ควรมองข้าม การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ 1) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลทำให้เพิ่มการบริโภคเพิ่มรายได้หรือทรัพย์สิน 2) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ทางด้านสังคม เป็นความต้องการพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่ ได้รับความที่พึงพอใจจากสาธารณูปโภค ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น 3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ทางด้านบุคคล ได้แก่ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พลังอำนาจทางการเมืองและความรู้สึกว่ามีประสิทธิภาพ

ดังนั้นการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ จึงเป็นการที่พยาบาลวิชาชีพได้รับสิ่งตอบแทนต่าง ๆ เช่น เงิน การได้เลื่อนขั้นเงินเดือน การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พลังอำนาจทางการเมือง และความรู้สึกว่ามีประสิทธิภาพ จากการที่ตนเองมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาว่า พยาบาลวิชาชีพได้รับประโยชน์อะไรบ้างจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และประโยชน์ที่ได้รับจากการที่โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง การมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินการ รวมทั้งเป็นการค้นหาข้อดีและข้อบกพร่อง เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป และเป็นการประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นระยะ ทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน

ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จึงเป็นการที่พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวัดและวิเคราะห์ผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งหาข้อดีเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และหาข้อบกพร่องเพื่อหาแนวทางแก้ไขการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาว่า ในการดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ

พยาบาลวิชาชีพพบปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง และมีแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร คุณภาพการบริการก่อนและหลังจากที่โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพมีความแตกต่างกันอย่างไร

5. การมีส่วนร่วมในการได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็น หมายถึง การที่บุคคลมีส่วนร่วมในการได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานทำให้เกิดการเรียนรู้ และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดี

ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็น จึงเป็นการที่พยาบาลวิชาชีพได้รับความรู้และได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาว่า พยาบาลวิชาชีพได้รับความรู้และการฝึกทักษะด้านใดบ้าง โดยวิธีการใด

6. การติดต่อสื่อสารจากระดับบนสู่ระดับล่าง หมายถึง การส่งข่าวสารจากผู้บังคับบัญชาเป็นการติดต่อสื่อสารตามสายบังคับบัญชา อยู่บนพื้นฐานการติดต่อสื่อสารตามลำดับชั้น มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการเช่น คำสั่ง ตารางการปฏิบัติงาน การมอบหมายงาน การเขียนรายงาน วารสาร หนังสือ รวมทั้งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์และรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ การพูดคุย การให้ข้อเสนอแนะ การเผชิญหน้า การติดต่อสื่อสารจากระดับบนสู่ระดับล่าง จะช่วยสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพิ่มความยึดมั่นผูกพัน ลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

ดังนั้นการติดต่อสื่อสารจากระดับบนสู่ระดับล่าง จึงเป็นการที่พยาบาลวิชาชีพมีการส่งข่าวสารตามสายการบังคับบัญชาจากผู้บังคับบัญชาสู่ผู้ปฏิบัติ โดยใช้รูปแบบการสื่อสารชนิดต่าง ๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาว่า ในการดำเนินงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีการติดต่อประสานงานกับใคร อย่างไรและใช้วิธีการสื่อสารแบบใด เพื่อให้การดำเนินการประสบความสำเร็จ

กรอบแนวคิดที่กล่าวมา ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษามีได้นำมาเป็นกรอบตายตัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนำเสนอในบทที่ 3