

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงการรับรู้การนำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรพยาบาลหน่วยผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การรับรู้
2. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
3. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้

การรับรู้ เป็นกระบวนการตีความสิ่งที่ได้เห็น ได้ยินหรือสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ผลจากการตีความจะเป็นความรู้ความเข้าใจ ทั้งนี้การตีความจะต้องอาศัยประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ในระบบความจำระยะยาว (ชัยพร วิชชาวุธ, 2524) การรับรู้ถือเป็นจุดเริ่มต้นของมูลฐานของพฤติกรรมของคน (อรุณ รักธรรม, 2527) เป็นปัจจัยภายในหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล

การริสันและมากู (Garrison and Magoon, 1972) ให้คำจำกัดความของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลข้อความที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า ทำให้ทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมาย

อย่างไร มีลักษณะอย่างไร การที่เราจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

คาสท์และโรเซนสวิต (Kast and Rosenzweig, 1985) กล่าวถึงการรับรู้ว่าเป็นการตอบสนองของร่างกายของแต่ละคนต่อสิ่งเร้าซึ่งการรับรู้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล รูปแบบของการเกิดการรับรู้และสาเหตุจากสิ่งกระทบจากภายนอกจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่น ความเครียดในสถานการณ์นั้นๆ ความกดดันจากกลุ่มและระบบรางวัล ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเป็นตัวแปลความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง โดยกลไกของร่างกายจะทำการเลือกการแปลความหมาย รวมทั้งประมวลการรับรู้ในการเลือกรับรู้สิ่งเร้าจากภายนอกของบุคคลมีความสำคัญเพราะแต่ละบุคคลจะเลือกรับรู้เฉพาะข้อมูลที่ตรงกับความต้องการและความพอใจ การแปลความหมายของสิ่งเร้าจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม

กิปลัน (Gibson, 1985 อ้างใน ขนิษฐา กุลกฤษดา, 2539) ได้กล่าวถึงการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่เราได้รับข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ซึ่งอยู่รอบตัวเรารวมถึงการที่เรารู้ว่ามืออะไรเกิดขึ้น มีการแยกแยะความแตกต่างของสิ่งเร้าและเลือกวิธีการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นๆ ด้วย

มูทลิน (Mutlin, 1983) ได้กล่าวว่า การรับรู้คือการนำเอาลักษณะต่างๆ ของสิ่งเร้า และสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลคือความรู้ การเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีตของบุคคลมารวมกันเป็นการรับรู้ของบุคคล

จำเนียร ช่วงโชติและคณะ (2515) ได้กล่าวว่า การรับรู้คือการสัมผัสที่มีความหมาย (Sensation) การรับรู้เป็นการแปลหรือตีความแห่งการสัมผัสที่ได้รับออกเป็นสิ่งหนึ่ง สิ่งใดที่มีความหมายหรือที่รู้จักเข้าใจซึ่งในการแปลหรือตีความนี้ จำเป็นที่อินทรีย์จะต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมหรือความชัดเจนที่เคยมีมาแต่หนหลัง ถ้าไม่มีความรู้เดิมหรือสิ่งอื่นใดแล้วก็จะไม่มี การรับรู้สิ่งเร้านั้นๆ จะมีแต่เพียงการสัมผัสกับสิ่งเร้าเท่านั้น

อรุณ รักรธรรม (2527) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึงการที่บุคคลมองไปหรือเห็นอะไรแล้วจะเลือกเก็บสิ่งที่เห็นนั้นเข้ามาในจิตสำนึก และเข้าใจความหมายหรือให้นิยามต่อสิ่งนั้นด้วยความรู้สึกนึกคิดของตนเอง

ลอบ หุตางกูร (2529) ได้กล่าวว่า การรับรู้เป็นการแปลความหมายสิ่งกระตุ้น มีผลทำให้เรามีปฏิกิริยาตอบสนองและการตอบสนองนั้น คือ พฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะมีพฤติกรรมไปตามที่ได้รับการรับรู้ พฤติกรรมจึงเป็นภาคปฏิบัติของการรับรู้ พฤติกรรมจะถูกสั่งการและควบคุมโดยการรับรู้

สำหรับการศึกษานี้ การรับรู้หมายถึงความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลอันเนื่องมาจากการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางระบบประสาทสัมผัสของร่างกายแล้วสมองแปลความหมายการสัมผัสนั้น นำไปสู่การรับรู้โดยอาศัยประสบการณ์เดิมในการช่วยตีความหรือแปลความหมายของสิ่งเร้านั้น ๆ เป็นเครื่องช่วย การรับรู้ในสิ่งต่างๆจะนำไปสู่การปฏิบัติโดยการยอมรับของบุคคลต่อสิ่งที่เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส ประกอบกับประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมนำมาจัดระเบียบและเข้าใจความหมายต่อสิ่งนั้นด้วยความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเอง แล้วนำไปสู่การกระทำ

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

คุณภาพ หมายถึง ระดับของความเป็นเลิศเป็นผลลัพธ์ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตามมาตรฐาน (Katz & Green, 1992) ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งในปัจจุบันและอนาคต (Oakland, 1993 อ้างในนิริศรา จูตะชรรฆานนท์; 2540)เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการทั้งภายในและภายนอกองค์กร (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, 2539) เกื้อกูลต่อผู้ใช้บริการด้วยการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัย ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ ผู้ใช้บริการพึงพอใจคุณภาพควรพิจารณาจาก 2 มิติ คือ คุณภาพที่ต้องมีเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการหวังหากไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ใช้บริการจะไม่พอใจอย่างมากและคุณภาพที่ประทับใจเป็นสิ่งที่ผู้ใช้บริการไม่ได้คาดหวัง และถ้ามีจะทำให้เกิดความชื่นชมประทับใจ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, 2541) คุณภาพเป็นคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความเป็นเลิศ ซึ่งคุณภาพจากความเป็นเลิศนั้นสามารถมองได้หลายมุมมองด้วยกัน ผู้ใช้บริการมองคุณภาพจากบริการที่ได้รับโดยเป็นการบริการที่มี

ความสอดคล้องกับความคาดหวัง และสามารถรับรู้ได้ของผู้ให้บริการสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ จะมองคุณภาพจากความรู้ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในเชิงวิชาชีพ ส่วนผู้บริหาร จะมองที่ค่าใช้จ่าย ความคุ้มค่าในการให้บริการสุขภาพทั้งหมด (Muller, 1993)

จากความหมายข้างต้นที่กล่าวมาทั้งหมดพอสรุปได้ว่า คุณภาพ หมายถึงระดับของ ความเป็นเลิศ เป็นผลลัพธ์ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามมาตรฐาน

การพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล เป็นกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้ โรงพยาบาลมีการพัฒนาองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลักคือการพัฒนาคุณภาพ การประเมิน คุณภาพและการรับรองคุณภาพ (ภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541) เป็นกระบวนการที่มีผู้ประเมินจากภายนอกองค์กรมาประเมินและให้การรับรองว่าสถาน บริการสุขภาพนั้นมีคุณภาพ และประสิทธิภาพในการให้บริการมีคุณภาพตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ (วิภาดา คุณาวิคติกุล, 2540) และเป็นกระบวนการประเมินคุณภาพระบบบริการของสถานพยาบาล ในทุกด้านเปรียบเทียบกับมาตรฐานระดับชาติ เป็นระบบที่ทำด้วยความสมัครใจ ประกอบด้วย การ ประเมินและปรับปรุงตนเองของสถานพยาบาล และการทบทวนโดยกลุ่มเพื่อนผู้เชี่ยวชาญจาก สถาบันอื่น (peer review) เป็นกลไกที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลที่ได้ ผลดีที่สุดอย่างหนึ่ง โดยมุ่งเน้นหาวิธีการที่จะปรับปรุงการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา (อนุวัฒน์ ศุภชุตติกุล, 2541) ซึ่งเป็นการรับรองว่าโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนา คุณภาพอย่างมีระบบ ป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ สังคม มีระบบ ประกันคุณภาพ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีระบบตรวจสอบ ตนเองที่น่าเชื่อถือ มีการดูแลมาตรฐาน จริยธรรมวิชาชีพ มีการทำงานเป็นทีม มีทรัพยากรเพียงพอ เหมาะสมกับงาน และมีการนำองค์กรที่มีประสิทธิภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุตติกุล และธานี จิตตรีประเสริฐ, 2541) การพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลเป็นการพัฒนาคุณภาพเพื่อคุณภาพซึ่งต้องการมี ส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเรียนรู้ที่จะศึกษาตอบสนองตามความ ต้องการของผู้ใช้บริการ (ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542) เริ่มจากมีใจให้กับการ ทำงานที่มีคุณภาพของแต่ละบุคคลมารวมตัวกันเป็นทีม และจากทีมในหน่วยงานขยายไปร่วมมือ กับหน่วยงานอื่นหรือวิชาชีพอื่น จะต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจนสามารถสร้างใจหรือ

เสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน (ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพ,2542) และจะทำการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชักจูงให้ผู้อื่นทำตามได้โดย (ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541)

1. เปิดโอกาสให้แต่ละคนได้ทำไม่ใช่เป็นการบังคับให้ทำตามสิ่งที่ผู้อื่นคิด
2. ใช้กระบวนการสร้างเป้าหมายหรือพันธกิจร่วมกัน ทำให้เกิดความมุ่งมั่นผูกพันกับสมาชิกในหน่วยงาน
3. ทำความเข้าใจว่าการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นเรื่องของการทำให้งานประจำง่ายขึ้นและมีคุณค่ามากขึ้น
4. การดูแลผู้ป่วยเป็นทีมเป็นที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
5. หัวหน้าหน่วยงานทุกคนมีหน้าที่กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่คิดถึงการตรวจสอบและปรับปรุงตนเองตลอดเวลา
6. หากิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับร่วมงานแต่ละคน

หลักการและแนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลนั้น เป็นการกระทำโดยความสมัครใจ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย (ภาคีความร่วมมือพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2540) โดยเปลี่ยนแนวคิดเป็น

1. เน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยการ
 - 1.1. เปลี่ยนจากแนวคิดว่าคุณภาพถูกกำหนดโดยแพทย์พยาบาลมาสู่แนวคิดว่าคุณภาพ คือ การแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ
 - 1.2. เปลี่ยนจากแนวคิดที่ผู้ป่วยเป็นผู้มาขอความช่วยเหลือเพราะไม่รู้เรื่องอะไร ต้องให้แพทย์ พยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจแทน มาสู่แนวคิดที่ผู้ให้บริการต้องทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วยนำเสนอทางเลือกและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำที่จะเป็นไปได้

1.3. เปลี่ยนจากวิธีการให้บริการซึ่งเน้นเฉพาะด้านมาตรฐานทางเทคนิคมาสู่การเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีความสมดุลระหว่างด้านเทคนิคบริการและปฏิสัมพันธ์ในการให้บริการ

1.4. เปลี่ยนแนวคิดจากการไม่ใส่ใจข้อคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยมาสู่ความพยายามในการศึกษาสิ่งเหล่านี้

1.5. เปลี่ยนจากแนวคิดที่แต่ละคนต่างเป็นเจ้าของอาณาจักรของตัวเองมาสู่แนวคิดที่ผู้ให้บริการทุกคนในโรงพยาบาลต่างเป็นผู้ให้บริการของกันและกัน มีหน้าที่ค้นหาความต้องการและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

2. เน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ระบบงานอย่างไม่สิ้นสุด (continuous process improvement)

2.1. ลดการตำหนิหรือลงโทษที่ตัวบุคคลซึ่งก่อให้เกิดความหวาดกลัวและหวาดระแวง จะต้องกลับมาดูสภาพแวดล้อมในการทำงานและวิธีการทำงานว่าจะร่วมกันปรับปรุงเพื่อป้องกันความผิดพลาดได้อย่างไร

2.2. การทบทวนทางด้านคลินิกไม่ได้ทำเพื่อประลองความรู้ทางวิชาการ แต่เป็นไปเพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนาระบบเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต

2.3. การทำความเข้าใจกับกระบวนการอย่างลึกซึ้งซึ่งทำให้เห็นทางออกในการปรับปรุงได้ดีขึ้น

2.4. เชื่อมโยงความต้องการของผู้ใช้บริการกับเป้าหมายของกระบวนการและตัวชี้วัดคุณภาพของกระบวนการ ซึ่งจะทำให้ทิศทางของการพัฒนาเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการมากขึ้น

2.5. ใช้วิธีคิดอย่างเป็นระบบ ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ วิเคราะห์ทางเลือก ทดสอบทางเลือก ตรวจสอบผล กำหนดเป็นมาตรฐาน

3. เน้นการเสริมพลังเจ้าหน้าที่ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม (employee empowerment & teamwork)

3.1. เปลี่ยนจากแนวคิดที่ว่าหัวหน้า คือ ผู้ที่รู้ดีที่สุด ต้องเป็นผู้ตัดสินใจสั่งการ และควบคุมผู้ปฏิบัติงานมาสู่แนวคิดที่ว่าผู้ปฏิบัติงานคือผู้ที่รู้ปัญหาหน้างานดีที่สุดควรได้รับโอกาสให้เป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง หัวหน้ามีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้ปฏิบัติงานแก้ปัญหาได้ และหัวหน้ามีหน้าที่ปรับปรุงระบบงานที่อยู่นอกเหนือขอบเขตที่ผู้ปฏิบัติงานจะเปลี่ยนแปลงได้

3.2. การเสริมพลังเจ้าหน้าที่ที่จะเกิดได้เมื่อหัวหน้าเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนเห็นพลังของตนเองและอยากจะใช้พลังนั้นใช้ความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาและพัฒนา จัดความหวาดกลัวในหน่วยงาน และให้โอกาสทดลองความคิดใหม่ ๆ โดยไม่ต้องกลัวถูกตำหนิหากมีความผิดพลาด

3.3. เปลี่ยนจากการทำงาน โดยเน้นสายการบังคับบัญชาของแต่ละสายงานมาสู่การสร้างทีมคล่อมสายงาน (cross – functional team) ซึ่งใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

4. เน้นการนำด้วยค่านิยม (value – based leadership)

4.1. เปลี่ยนจากแนวคิดที่ว่าผู้นำที่ดีที่สุดคือผู้นำตามสถานการณ์ มาสู่แนวคิดที่ว่าผู้นำที่ดี คือ ผู้ที่สามารถชักจูงให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรทุกคนมีอุดมการณ์ร่วมกัน และมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้บรรลุอุดมการณ์นั้น

4.2. มีกระบวนการที่จะประสานอุดมการณ์ของทั้งองค์กรให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถตรวจสอบความก้าวหน้าของการเดินทางสู่อุดมการณ์นั้นได้

5. มาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลรักษา (profession standard & practice guidelines)

5.1. เปลี่ยนจากแนวคิดที่ว่าแพทย์เป็นผู้มีอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วย มาสู่แนวคิดที่ว่าความแตกต่างหลากหลายอาจจะนำมาสู่ความสูญเปล่าโดยไม่จำเป็น การตัดสินใจของแพทย์ควรอยู่บนพื้นฐานของหลักฐาน ข้อมูล ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย

5.2. เปลี่ยนจากแนวคิดว่าการมีแนวทางการดูแลรักษาทำให้แพทย์ไม่มีอิสระในการตัดสินใจมาสู่แนวคิดที่ว่าแนวทางการดูแลรักษาจะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจได้ดีขึ้น

5.3. เปลี่ยนจากแนวคิดว่าการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาจะต้องเกิดความเห็นพ้องในทุกประเด็นมาสู่แนวคิดที่ว่าเมื่อเริ่มต้นจัดทำแนวทางการดูแลรักษา ขอให้นำความเห็นพ้องที่มากที่สุดมาสรุปไว้อย่างเป็นกิจจะลักษณะ และอธิบายเหตุผลของความแตกต่างในการปฏิบัติของแต่ละคนเพื่อหาข้อพิสูจน์ต่อไปในอนาคต

5.4. เปลี่ยนจากแนวคิดว่าการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาจะต้องใช้ประสบการณ์เป็นที่ตั้ง หรือจะต้องใช้หลักฐานที่พิสูจน์ได้เป็นที่ตั้งมาสู่สมดุลของการใช้ทั้งหลักฐานและประสบการณ์ โดยระบุให้ชัดเจนว่าข้อเสนอแนะในแต่ละประเด็นใช้พื้นฐานอะไร

5.5. เปลี่ยนจากแนวคิดที่ว่าแนวทางการดูแลรักษาคือ เป้าหมายที่ต้องปฏิบัติตามให้สมบูรณ์ มาสู่แนวคิดที่ว่า แนวทางการดูแลรักษา คือ จุดตั้งต้นเพื่อการทบทวนการทำงานของ ผู้ให้บริการไม่ใช่เป้าหมาย แนวทางการดูแลรักษาอาจมีการปรับเปลี่ยนได้เมื่อการทบทวนพบว่าไม่มีความเหมาะสมหรือไม่สามารถปฏิบัติตามได้

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพได้ หน่วยงานจะต้องปฏิบัติ ดังนี้ (ชาตรี บานชื่น, 2541)

1. ปรับเปลี่ยนเจตคติ และความพร้อมของบุคลากรต่อการพัฒนา
2. พัฒนาวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนกลยุทธ์ใหม่

โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์ พันธกิจที่ชัดเจน เป็นไปได้และเกิดจากความรู้พร้อมใจกันของบุคลากรภายในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมกันกำหนดขึ้น จึงจะมีผลต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการดำเนินการตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ที่กำหนดไว้ร่วมกันและต้องมีวิธีการสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติทราบวิสัยทัศน์ และกลยุทธ์ใหม่

3. พัฒนากระบวนการ เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน

เมื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรในด้านเจตคติ และทีมงาน และกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลแล้วต้องพัฒนากระบวนการเพื่อพัฒนาคุณภาพงานในทันที กระบวนการพัฒนาคุณภาพงานนั้นจะใช้เทคนิคอะไรก็ได้ตามความเหมาะสมกับชนิดงานด้านต่าง ๆ ระดับของงานบุคลากร เช่น 5 ส., QC, TQM, CQI, QA หรือ Cross Functional Process เป็นต้น

ในการปฏิรูปคุณภาพในโรงพยาบาลจะต้องยึดหลักสำคัญ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นคน มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีการปฏิสัมพันธ์แบบกัลยาณมิตร (ภาคีความร่วมมือ, 2541) ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลเห็นความจำเป็นในการพัฒนาด้วยตนเอง (Wagemakers, 2541)

การดำเนินการจัดการด้านคุณภาพการพยาบาลภายในองค์กรนั้นจะต้องมีการถ่ายทอดแนวคิดและการส่งเสริมการตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพการพยาบาลแก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับในหน่วยงาน (วิภาดา คุณาวิคติกุล, 2539) โดยเริ่มจากการกำหนดมาตรฐานคุณภาพและเกณฑ์สำหรับการประเมินปัญหาที่พบจากการปฏิบัติและการแก้ไขปัญหา (Parsley & Corrigan, 1994) การกำหนดมาตรฐานและเกณฑ์จะบอกให้ทราบถึงจุดที่ต้องแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพตามมาตรฐาน (Kemp & Richardson, 1995) การที่จะก้าวไปถึงคุณภาพการพยาบาลที่ต้องการนั้น ฝ่ายการพยาบาล หน่วยงาน หรือหอผู้ป่วยจะต้องกำหนดมาตรฐานการพยาบาลที่เป็นเกณฑ์ยอมรับได้โดยกำหนดมาตรฐานเอง หรือจะใช้เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยองค์กร (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2541) กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะต้องประเมินและพัฒนาคุณภาพตามกรอบมาตรฐานของโรงพยาบาล

มาตรฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มาตรฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาคุณภาพของตนบนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอยู่สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเองและพัฒนาส่วนที่ยังเป็นจุดอ่อน มุ่งที่จะให้มีการใช้มาตรฐานเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งนักบริหาร นักวิชาการ และผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันศึกษาเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐาน โรงพยาบาลในที่ต่าง ๆ นำมากร่างมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อประยุกต์ใช้ภายในประเทศ ทั้งนี้โดยผ่านการรับฟังความคิดเห็นตลอดจนข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องแต่ละสาขามาตรฐานนี้จะครอบคลุมในเรื่องสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์กร มาตรฐานทั่วไป และการบริหารจัดการด้านต่างๆของโรงพยาบาล สิ่งสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคือ

มาตรฐานร่วมหรือมาตรฐานทั่วไป ซึ่งทุกหน่วยงานหรือทุกหน่วยบริการจะใช้เหมือนกันเป็น มาตรฐานที่แสดงหลักการสำคัญของการจัดบริการและการบริหารหน่วยงานครอบคลุมในเรื่อง ทิศทางการทำงานที่ชัดเจนทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงาน หรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนการทำงาน และนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2541) มาตรฐานของงานบริการผู้ป่วยนอกตามรูปแบบมาตรฐานทั่วไป ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) ดังนี้

1. มาตรฐานที่ 1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

หน่วยงานมีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของ การจัดบริการผู้ป่วยนอกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

1.1. พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการผู้ป่วยนอกสอดคล้องกับ พันธกิจของโรงพยาบาล

1.2. มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

1.3. มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการ ผู้ป่วยนอกไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.4. เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการผู้ป่วยนอกและ ทราบบทบาทของตนเอง

ความหมายของคำในมาตรฐานที่ 1 มีดังนี้

พันธกิจ คือ ข้อความที่ระบุอย่างกว้าง ๆ ถึงเป้าประสงค์ หน้าที่รับผิดชอบซึ่งมุ่งมั่น ที่จะทำและเหตุผลของการมีองค์กร ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ของ โรงพยาบาลหรือหน่วยงานต่อไป พันธกิจในการจัดบริการหรือของหน่วยงาน ควรสอดคล้องกับ พันธกิจของโรงพยาบาล

ปรัชญา หรือค่านิยม คือหลักการและความเชื่อที่ทุกคนในหน่วยงานยอมรับว่าจะให้ เป็นหลักในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความราบรื่นในการทำงานร่วมกันและนำไปสู่การบรรลุ พันธกิจและวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้

ขอบเขตของบริการ คือ กรอบของหน้าที่รับผิดชอบในการจัดของหน่วยงาน เช่น การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะทาง การจัดการเรียนการสอน การวิจัย

เป้าหมาย คือ ข้อความที่กล่าวอย่างกว้าง ๆ ถึงผลลัพธ์ของบริการ อันเนื่องมาจากหน้าที่หลักๆ เป้าหมายจะต้องสอดคล้องกับพันธกิจที่กำหนดไว้ หน่วยงานหรือบริการแต่ละระดับควรมีเป้าหมายของตนเองที่ชัดเจนและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

วัตถุประสงค์ คือ จุดมุ่งหมายของงานที่มุ่งกระทำให้สำเร็จเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ควรเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแผนปฏิบัติการที่มีการกำหนดตัวผู้รับผิดชอบและเงื่อนไขที่ชัดเจน วัตถุประสงค์ควรเป็นสิ่งที่วัดได้และเป็นไปได้ควรมีการกำหนดเป็นปี ๆ ไปและมีการติดตามว่าบรรลุตามที่กำหนดไว้หรือไม่

ในมาตรฐานที่ 1 บุคลากรควรรับรู้ในเรื่องพันธกิจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลและของหน่วยงานเกี่ยวกับบทบาทของตนที่มีต่อหน่วยงาน โดยสอดคล้องตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลและหน่วยงานที่วางไว้

2. มาตรฐานที่ 2 การจัดองค์กรและการบริหาร

หน่วยงานมีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2.1. โครงสร้างองค์กรของบริการผู้ป่วยนอกชัดเจนเหมาะสม

2.2. หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสมและมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้

2.3. มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

2.4. มีกลไกการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

2.5. มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่างๆมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ

และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

ในมาตรฐานที่ 2 บุคลากรควรรับรู้ในเรื่องโครงสร้างของหน่วยงาน แผนภูมิสายการบังคับบัญชาและสายการประสานงาน หน้าที่รับผิดชอบ คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง แนวปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา การประสานงานภายในและภายนอกหน่วยงาน ตลอดจนได้รับและเข้าใจข่าวสารที่ควรทราบ

3. มาตรฐานที่ 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

หน่วยงานมีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอก ได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

3.1. การจัดกำลังคน

3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เมื่อเทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

3.2. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวก เพื่อสร้างความภูมิใจและส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.3. เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงานจะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ในมาตรฐานที่ 3 บุคลากรควรรับรู้ว่าหน่วยงานของตนมีการจัดบุคลากรเพียงพอเมื่อเทียบกับปริมาณงาน และรับรู้ว่าหน่วยงานมีการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีการพัฒนาตนเอง รวมทั้งรับรู้ว่าบุคลากรที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งจะมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ติดตามดูแลในการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการบริการ

4. มาตรฐานที่ 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

หน่วยงานมีการเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้และทักษะเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

4.1. มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

4.2. มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน

4.3. เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

4.4. มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการ

อย่างสม่ำเสมอ

4.5. มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล บริการแก่ผู้ป่วย

ในมาตรฐานที่ 4 บุคลากรควรรับรู้ bahwaหน่วยงานมีการประเมินความต้องการของบุคลากรเพื่อการพัฒนา โดยเนื้อหาในการพัฒนาจะกำหนดตามผลที่ได้จากการประเมินและรับรู้ bahwaบุคลากรใหม่จะต้องได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับหน่วยงาน หน้าที่รับผิดชอบ การปฏิบัติในยามปกติหรือเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน การรายงานอุบัติเหตุดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ รวมทั้งรับรู้ bahwaหน่วยงานมีระบบที่เลี้ยงสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ ตลอดจนมีแผนในการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะครอบคลุมด้านเทคนิค บริการ การพัฒนาคุณภาพ พฤติกรรมการบริการการทำงานเป็นทีมและมีการประเมินผลในการพัฒนาบุคลากรในรูปของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

5. มาตรฐานที่ 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

หน่วยงานมีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผู้ป่วยนอก กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

5.1. มีกระบวนการจัดทำนโยบาย วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่และทบทวน

5.2. นโยบาย วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัวในด้านต่อไปนี้

- 5.2.1. ด้านการบริหารจัดการ
 - 5.2.2. ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ
 - 5.2.3. ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม
 - 5.2.4. ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร
 - 5.2.5. ด้านความปลอดภัย
 - 5.2.6. ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- 5.3. เจ้าหน้าที่รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย วิธีปฏิบัติ

5.4. มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนและสอดคล้องกับสถานะการทำงาน

ความหมายของคำในมาตรฐานที่ 5 มีดังนี้

นโยบาย หมายถึง ข้อความเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติสะท้อนจุดยืนและค่านิยมของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

วิธีปฏิบัติ หมายถึง ขั้นตอนต่างๆ ในการปฏิบัติที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐานอย่างชัดเจน

ในมาตรฐานที่ 5 บุคลากรควรรับรู้ bahwa หน่วยงานมีคู่มือการปฏิบัติงานในเรื่องที่สำคัญหรือมีความเสี่ยงสูง บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานมีการขอความเห็นจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานร่วมกันมีการรับรองจากผู้บริหารและมีการทบทวนปรับปรุงเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ มีการติดตาม การปฏิบัติที่เป็นไปและตามคู่มือตามเกณฑ์ชี้วัด โดยการสังเกตของหัวหน้างาน

6. มาตรฐานที่ 6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

หน่วยงานมีสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพประสิทธิภาพ

6.1. สถานที่ตั้งหน่วยบริการผู้ป่วยนอกมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.2. มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

6.3. สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

6.4. สถานที่ตรวจรักษา ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตาและการได้ยินโดยบุคคลอื่น

6.5. สถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ในมาตรฐานที่ 6 บุคลากรควรรับรู้เกี่ยวกับความสะดวกของพื้นที่ใช้สอยของหน่วยงานในการให้บริการ มีอากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างอุณหภูมิเหมาะสม สะอาด และเป็นระเบียบ

รวมทั้งสถานที่ตรวจรักษาให้คำปรึกษามิตซิด มีความปลอดภัยจากการลื่นหกล้มอันตรายจากไฟฟ้า และเพลิงไหม้

7. มาตรฐานที่ 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

หน่วยงานมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเพื่อให้ บริการผู้ป่วยนอกได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

7.1. มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

7.2. มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

7.3. ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

7.4. มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

7.5. มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

7.6. มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ในมาตรฐานที่ 7 บุคลากรควรรู้ว่าหน่วยงานมีเครื่องมืออุปกรณ์เพียงพอที่จะใช้ได้เมื่อจำเป็น มีระบบบำรุงรักษาที่ดี ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษมีความรู้ในการใช้งาน

8. มาตรฐานที่ 8 ระบบงาน กระบวนการให้บริการ

หน่วยงานมีระบบงาน กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพตาม มาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

8.1. มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่าง ๆ

8.2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

8.3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ

8.4. ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

8.5 กระบวนการให้บริการ และดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสภาวะที่ได้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่เหมาะสม

8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุดในมาตรฐานที่ 8 บุคลากรควรรับรู้ว่าหน่วยงานมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพ มีการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและผู้ให้บริการมีการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ให้บริการและนำมาปรับปรุงการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

9. มาตรฐานที่ 9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

หน่วยงานมีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9.1. มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

9.2. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

9.2.1. การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ หรือบุคคล หน่วยงานที่ใช้บริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9.2.2. การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

9.2.3. การเลือกกิจกรรม หรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง

9.2.4. การดำเนินการแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการค้นหาสาเหตุต้น

ต่อที่แท้จริงตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริงใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ ๆ

9.2.5. การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

9.2.6. การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

9.3. มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

9.3.1. มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

9.3.2. มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

ในมาตรฐานที่ 9 บุคลากรควรรับรู้ว่าหน่วยงานมีการนำข้อมูลและสถิติที่เป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานมาดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการ TQM อยู่เสมอ

มาตรฐานทั่วไปจะสอดคล้องกับการดำเนินการในรูปแบบปัจจัยป้อนเข้ากระบวนการและผลลัพธ์ ในส่วนของปัจจัยป้อนเข้าจะสอดคล้องกับมาตรฐานในเรื่องพันธกิจ การจัดองค์กร และการบริหาร การจัดทรัพยากรบุคคล การพัฒนาทรัพยากรบุคคล นโยบายและวิธีปฏิบัติ สิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก ในส่วนของกระบวนการจะสอดคล้องกับมาตรฐานในเรื่องระบบงานและกระบวนการให้บริการ ส่วนของผลลัพธ์จะสอดคล้องกับมาตรฐานในเรื่องกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

การนำมาตรฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไปสร้างแบบสอบถาม

จากแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน 9 ด้าน ดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจึงนำไปเป็นแนวทางสร้างแบบสอบถามเพื่อศึกษาถึงการรับรู้การนำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไป

ใช้ของบุคลากร ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการใช้ โดยในมาตรฐานแต่ละด้านจะสร้างข้อคำถามให้ครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

มาตรฐานที่ 1 สร้างแบบสอบถามครอบคลุมในเรื่อง พันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ เป้าหมายการจัดการบริการของหน่วยงานของโรงพยาบาล และบทบาทของบุคลากรต่อพันธกิจ

มาตรฐานที่ 2 สร้างแบบสอบถามครอบคลุมในเรื่อง โครงสร้างของหน่วยงานการบังคับบัญชา การติดต่อประสานงานภายในและภายนอกหน่วยงาน การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ คุณสมบัติของบุคลากร การสื่อสารภายในหน่วยงาน ตลอดจนแนวปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

มาตรฐานที่ 3 สร้างแบบสอบถามครอบคลุมในเรื่อง การใช้ภาระงานมากำหนดจำนวนผู้ปฏิบัติงานและมาตรการแก้ปัญหาจำนวนผู้ปฏิบัติงานไม่พอเพียง

มาตรฐานที่ 4 สร้างแบบสอบถามครอบคลุมในเรื่อง การฝึกอบรมที่จัดขึ้นสอดคล้องกับปัญหาเกิดขึ้นหรือไม่ และการประเมินผลกระทบท่อการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 5 สร้างแบบสอบถามครอบคลุมในเรื่อง การจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติการนำไปใช้ การทบทวนความเหมาะสมของคู่มือและการประเมินผล

มาตรฐานที่ 6 สร้างแบบสอบถามครอบคลุมในเรื่อง การจัดและการดูแลสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ให้เหมาะสมกับการให้บริการปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงทางด้านกายภาพ เช่น อันตรายจากไฟฟ้า อัคคีภัย

มาตรฐานที่ 7 สร้างแบบสอบถามครอบคลุมในเรื่อง การคัดเลือกระบบการดูแลรักษาเพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือได้ทันทีในกรณีฉุกเฉิน

มาตรฐานที่ 8 สร้างแบบสอบถามครอบคลุมในเรื่อง การจัดระบบการทำงานเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการของหน่วยงาน การรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ให้บริการและเป้าหมายของกระบวนการให้บริการ

มาตรฐานที่ 9 สร้างแบบสอบถามครอบคลุมในเรื่อง แนวทางในการพัฒนาคุณภาพงาน และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

การใช้มาตรฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพในโรงพยาบาล

การนำมาตรฐานไปใช้ในหน่วยงาน ควรมีการวางแผนการดำเนินการและการประเมินผลตาม ขั้นตอนต่อไปนี้ (กฤษฎา แสงวงศ์ และคณะ , 2542)

1. จัดกิจกรรมเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทำความเข้าใจกับมาตรฐานยอมรับการเปลี่ยนแปลงเห็นคุณค่าของมาตรฐานและคุณภาพมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพ
2. กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพ
3. จัดองค์กรให้มีคณะทำงานในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลและการนำไปใช้
 - 3.1. วิเคราะห์ประเมินสภาพการจัดบริการพยาบาลของหน่วยงานว่า เป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันมากน้อยเพียงใด
 - 3.2. ใช้เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพในการวัดประเมินคุณภาพ
 - 3.3. วางแผนปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน
 - 3.4. กำหนดแนวทางการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ
4. กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกเรื่องที่มีมักเป็นปัญหาอยู่เสมอ เรื่องที่มีความเสี่ยงสูง เรื่องที่มีผู้ใช้บริการมาก ๆ เรื่องที่มีวิธีปฏิบัติหลากหลาย และเรื่องที่มีค่าใช้จ่ายสูง
5. วางแผนและปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อเอื้ออำนวยให้ปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน
6. จัดกิจกรรมพัฒนาเจ้าหน้าที่เพิ่มพูนทักษะและความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรฐาน
7. จัดระบบควบคุมเพื่อให้เกิดคุณภาพ
8. สร้างทีมงานเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
9. ส่งเสริมให้มีการใช้มาตรฐานในการให้บริการพยาบาล

การนำมาตรฐานไปใช้ในหน่วยงานจะต้องให้บุคลากรเข้าใจกับมาตรฐานเห็นคุณค่าของมาตรฐานมีใจยอมรับที่จะพัฒนาคุณภาพจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ไปสู่การปฏิบัติได้ทั้งนี้จะต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบสร้างความมุ่งมั่นร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายคุณภาพทุกกลุ่มทุกฝ่าย

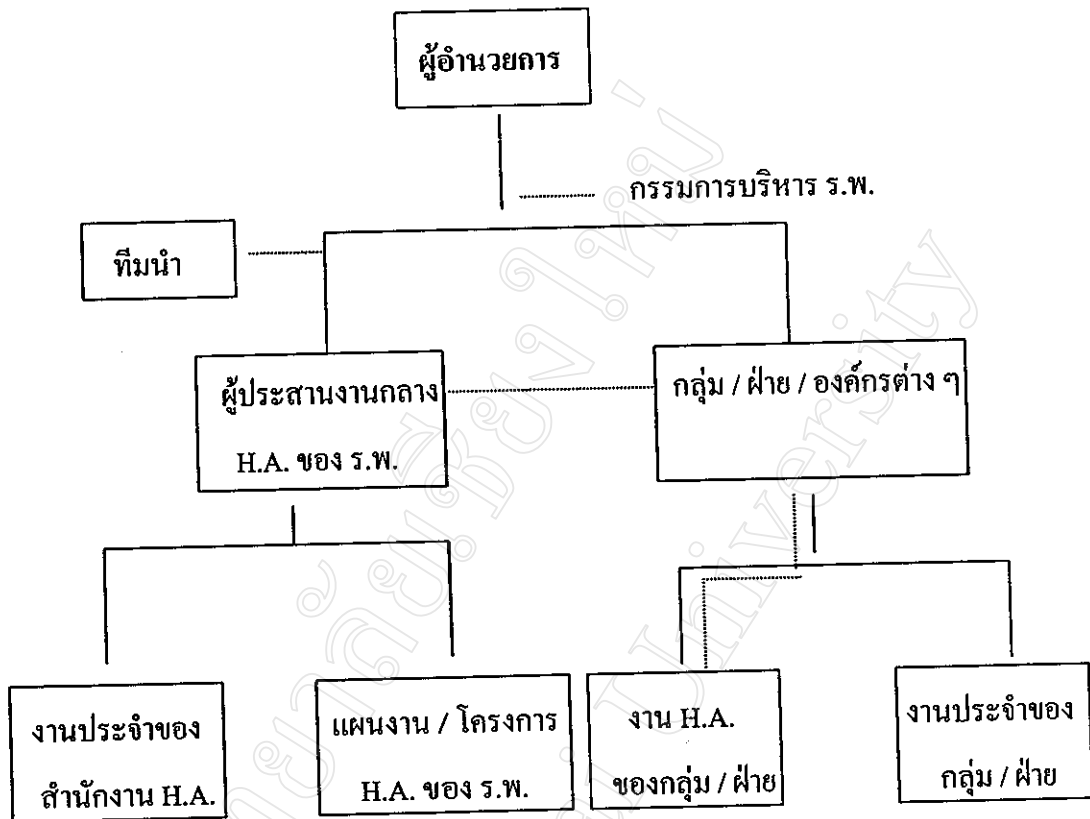
กำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมินและพัฒนาตนเองนำสู่การกำหนดมาตรฐานการทำงาน การพัฒนาระบบงานและกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานการพัฒนาและรับรองคุณภาพในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยเป็นโรงพยาบาลในโครงการนำร่อง 1 ใน 35 โรงพยาบาล ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2540 มีหลักการดำเนินงานมุ่งเน้นความเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรทุกคน ทุกองค์กรที่มีเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกันอย่างเป็นทีมและมีระบบที่ยั่งยืน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้แนวคิดและกระบวนการดำเนินงานโดยศึกษาจากโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แล้วนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในด้านต่าง ๆ มาตามลำดับ ทั้งจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและการพัฒนาบริการตามสภาพปัญหา กิจกรรมพัฒนาที่เป็นทุนเดิมได้แก่ กิจกรรม 5 ส.การพัฒนาองค์กร(Organization Development, OD) การพัฒนาบริการด้านหน้า กิจกรรมควบคุมคุณภาพ ทุกกิจกรรมมีการจัดอบรม และดำเนินการเฉพาะหน่วยเฉพาะกิจ ยังไม่มีการรวมกิจกรรมพัฒนาระหว่างสาขาที่เป็นรูปแบบชัดเจน (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2542) ในการดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีการดำเนินการต่อไปนี้

1. กำหนดผู้รับผิดชอบ โดยแต่งตั้งผู้ประสานงานกลาง ทีมผู้ประสานงานกลางและทีมสานฝัน โดยคัดเลือกผู้ที่สนใจและมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
2. กำหนดโครงสร้าง จัดตั้งสำนักงานโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลและกำหนดผังภูมิการดำเนินงานโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นดังนี้



3. กำหนดองค์กรพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลครอบคลุมทั้งองค์กร วิชาชีพ องค์กรสหสาขาองค์กรฝ่ายกลุ่มงานและหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งหมด 40 องค์กร

4. การกำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพโดยจัดตั้งทีมนำทีมผู้ประสานงานกลางและทีมผู้ประสานองค์กร

4.1. ทีมผู้ประสานงานกลาง ประกอบด้วยผู้ประสานงานกลางทีมแพทย์ผู้ประสานงานและทีมสานฝัน ทำหน้าที่ประสานการพัฒนาคุณภาพบริการและให้การสนับสนุนการทำการพัฒนาของทุกองค์กรในโรงพยาบาล

4.2. ทีมผู้ประสานงานองค์กรประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่ม หัวหน้าฝ่ายหรือหัวหน้างานของทุกองค์กรและตัวแทนบุคลากรในหน่วยนั้น ๆ หน่วยละ 1-3 คน ทำหน้าที่เป็นผู้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพในองค์กรของตน ให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยกำหนดการประชุมเพื่อนำเสนอผลงานร่วมกับทีมนำและทีมประสานเดือนละ

1 ครั้งในวันพุธสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน รวมผู้ประสานงานองค์กรทุกองค์กรเป็นจำนวนทั้งสิ้น 86 คน โดยทำหน้าที่

4.2.1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขององค์กร โดยผู้ประสานงานองค์กรทำหน้าที่เป็นประธานและเลขานุการของคณะกรรมการ

4.2.2. เป็นผู้นำทีมในการพัฒนาคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับการพัฒนาของโรงพยาบาล โดยใช้ “มาตรฐาน 9 มาตรฐานของโรงพยาบาล” เป็นตัวชี้นำ

4.2.3. ประสานงานกับผู้ประสานงานกลางของโรงพยาบาล เพื่อรับการสนับสนุนหรือนำเสนอผลงาน

4.2.4. เป็นผู้ติดตามผลการพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กรของตนแล้วสรุปรายงานความก้าวหน้า เพื่อนำเสนอผู้บริหารและมอบให้ผู้ประสานงานกลางรวบรวมผลการพัฒนา งานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม

5. การสร้างความมุ่งมั่นและกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน โดยจัดประชุมผู้ประสานงานองค์กร นอกสถานที่เป็นเวลา 3 วัน เพื่ออบรมถ่ายทอดในประเด็นต่อไปนี้ คือ

5.1. แนวคิดและกระบวนการ H.A.

5.2. ทำกิจกรรมกลุ่ม ระดมสมองกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ สัญลักษณ์และคำขวัญของโรงพยาบาล

5.3. ผู้ประสานงานแต่ละองค์กรนำวิสัยทัศน์ พันธกิจที่ได้ให้บุคลากรทุกคนทุกระดับในองค์กรของตนพิจารณาลงประชามติ

5.4. นำมติจากแต่ละองค์กรมารวมเป็นหนึ่งเดียวได้วิสัยทัศน์ พันธกิจ สัญลักษณ์และคำขวัญของโรงพยาบาล นำเสนอกรรมการบริหารของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาเป็นขั้นตอนสุดท้าย

5.5. ประกาศใช้วิสัยทัศน์ พันธกิจ สัญลักษณ์และคำขวัญในเดือนสิงหาคม 2540 เป็นต้นมา

5.6. จัดทำแฟ้ม H.A. ที่ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ พันธกิจ สัญลักษณ์ คำขวัญ ให้ทุกองค์กรดำเนินการพัฒนาบริการขององค์กร โดยเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายหรือวิสัยทัศน์

พันธกิจให้สอดคล้องกับเป้าหมายวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล โดยให้บุคลากรทุกคนทุกระดับมีส่วนร่วมในการจัดทำ

6. มีการสำรวจสภาพการณ์ของโรงพยาบาล

ทีมงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ดำเนินการสำรวจสภาพการณ์ของโรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการในหลายกิจกรรมและกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

6.1. การสำรวจบรรยากาศการทำงานในทุกองค์กรของโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นำผลที่ได้ไปพัฒนาทีมงาน จัดอบรมที่จำเป็นและตรงกับความต้องการของบุคลากรในแต่ละองค์กร

6.2. การสอบถามความคิดเห็นจากผู้ให้บริการผู้ป่วยและผู้ป่วยนอกจากแบบสอบถามที่ปรับมาจากแบบสอบถามเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขนำผลที่ได้ไปสู่การปรับปรุง พัฒนากระบวนการและพฤติกรรมบริการของบุคลากรในองค์กรที่เกี่ยวข้อง

6.3. แบบประเมินผู้นำ จากแบบประเมินที่ทีมงาน พัฒนาและรับรองคุณภาพบริการของโรงพยาบาลออกแบบขึ้น เพื่อให้บุคลากรทุกองค์กรประเมินผู้นำและให้ผู้นำของแต่ละองค์กรนำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริหารด้วยตนเอง

6.4. การสอบถามความคิดเห็นจากกล่องรับความคิดเห็น ซึ่งจะเปิดโดยทีมผู้บริหาร เดือนละ 2 ครั้ง จำนวน 40 จุด กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรของโรงพยาบาล หรือผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาลนำความคิดเห็นที่ได้จากกล่องรับความคิดเห็นไปมอบให้องค์กรที่เกี่ยวข้องปรับปรุงแก้ไขและพัฒนางาน โดยมีการรายงานผลอย่างเป็นระบบ

6.5. การตรวจสอบภายใน เช่น การตรวจสอบการบันทึกทางการแพทย์และการประเมินการพัฒนางาน โดยผู้ประเมินภายใน (Internal Surveyer) เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง

7. มีการฝึกอบรมให้ความรู้บุคลากรของโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดย

7.1. การทำความเข้าใจในแนวคิดและกระบวนการทำโครงการ H.A. ตลอดจนความสำคัญและความจำเป็นในการทำโครงการ H.A. โดยให้บุคลากรทุกคนมีโอกาสเข้ารับฟัง

7.2. การทำกิจกรรมพัฒนา ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการเลือกกิจกรรมที่พัฒนาการประสานงานระหว่างกลุ่มและการเขียนขั้นตอนการปฏิบัติหรือมาตรฐานการทำงาน ตลอดจนการกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละกิจกรรมหรือในแต่ละมาตรฐาน

การดำเนิน โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ที่ผ่านมา ผู้บริหารระดับสูงสุดของโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพและตัดสินใจรับกรอบแนวคิดการพัฒนาตาม “มาตรฐานโรงพยาบาล”

มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและกำหนดโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพซึ่งสอดคล้องกับระบบบริการปกติของโรงพยาบาล สํารวจสภาพการณ์ ซึ่งได้แก่บรรยากาศการทำงาน เสียงสะท้อนจากผู้ป่วย และยังมีการสร้างความมุ่งมั่นและกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกันระหว่างผู้บริหารและบุคลากรทุกกลุ่ม ทุกฝ่าย ทุกองค์กร

มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการประเมินและพัฒนาตนเองทีมต่าง ๆ ทบทวนระบบการทำงานในขอบเขตที่ทีมรับผิดชอบ การกำหนดมาตรฐานการทำงาน การสร้างระบบตรวจสอบตนเองที่ดีและเชื่อถือได้ การพัฒนาระบบงาน และกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง

มีการใช้ “มาตรฐานโรงพยาบาล 9 มาตรฐาน” เป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาและประเมินความก้าวหน้า

ในหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอกมีการดำเนินการนำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตามนโยบายของโรงพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้น โดยในการปฏิบัติหน่วยงานผู้ป่วยนอกมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เตรียมคนทำความเข้าใจในแนวคิดและกระบวนการทำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และความจำเป็นในการทำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบร่วมของความคิดเหล่านั้น เพื่อใช้เป็นกรอบในการทำงานร่วมกัน
2. กำหนดทิศทางขององค์กรร่วมกัน เริ่มจากผู้บริหารกำหนดเป้าหมายระยะยาวของหน่วยงาน กระตุ้นให้แต่ละคนวาดภาพวิธีการทำงานและลักษณะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต
3. พัฒนาวิธีการทำงานขั้นต้น ให้ทีมมีทิศทางเป้าหมายทำงานร่วมกัน

3.1. หาวิธีปรับปรุงระบบงานให้จ่ายกระทัดรัดลดความซ้ำซ้อนและซับซ้อนลดความสูญเปล่าเพื่อลดภาระงานที่ไม่จำเป็นของเจ้าหน้าที่ลง เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม ยอมรับแนวคิดหรือแนวทางแก้ไขจากระดับล่างอย่างเป็นเหตุเป็นผล(พิชัย วิพิพัฒนไพบูลย์, 2536)

3.2. วิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วยและวางระบบเพื่อป้องกัน ความเสี่ยงดังกล่าว เช่น การติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

4. การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยนำเทคนิคการจัดการคุณภาพแบบองค์รวม (TQM) มาใช้ในการหาโอกาสพัฒนา

5. จัดทำเอกสารคู่มือการปฏิบัติงาน (นโยบายและวิธีปฏิบัติ) พร้อมกำหนดตัวชี้วัดซึ่งง่ายต่อการทำความเข้าใจและการนำไปใช้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน เอกสารนี้อาจจะเป็นผลจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ หรือเป็นการสรุปสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

6. ค้นหามาตรการหรือสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อให้มีการปฏิบัติตามเอกสารคู่มือการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ได้ครบถ้วน มีการกำหนดระบบการบันทึกที่จำเป็นเพื่อการประเมินหรือ ทบทวนตรวจสอบ

7. งานบริการผู้ป่วยนอกจะต้องบริการพยาบาลผู้ป่วยโดยบุคลากรทุกระดับ ให้ครอบคลุมตามมาตรฐานที่กำหนดโดยมีการประเมินคุณภาพ คือมีการตรวจสอบระบบงานและสิ่ง ที่ปฏิบัติกับข้อกำหนดใน 9 มาตรฐาน โดยตนเองและผู้ประเมินภายในโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพและตรวจสอบความพร้อมที่จะได้รับการประเมินและรับ รองจากภายนอกการประเมินโดยทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา สังเกตการปฏิบัติงานจริง การทบทวนแนวคิด แนวทางปฏิบัติ การปฏิบัติงานจริง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การแก้ ปัญหาและพัฒนาวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเชิญผู้ประเมินจาก ภายนอกมาประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ การประเมินจะทำพร้อมกับหน่วยงานอื่นทั้งโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อผ่านการรับรองจะเป็นประโยชน์หลายประการ ผู้ใช้บริการเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับบริการ ที่มีคุณภาพ ได้แนวทางในการบริหารและปฏิบัติงานที่ดี มีแนวทางปรับปรุงคุณภาพภายใน องค์กร เป็นการกระตุ้นส่งเสริมองค์กรสุขภาพในการให้บริการสุขภาพที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ (วิภาดา คุณวิทิตกุล, 2540) สร้างความมั่นใจต่อสมาชิกสหประชาชาติกับคนในสังคม บริษัทประกัน สามารถใช้

เป็นเกณฑ์ในการรับเงินชดเชยสนับสนุนจากรัฐบาล (พัชรี ต้นศิริ, 2541) และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ พัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ อยู่รอดและยั่งยืน ผู้ปฏิบัติงานความเสี่ยงลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ความเสี่ยงลดลงคุณภาพการดูแลดี (ประกายแก้ว กำคำ, 2542) จะเห็นได้ว่าการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน ผู้ใช้บริการ ผู้บริหารและระบบ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนควรตระหนักถึงคุณภาพอย่างแท้จริง โดยที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วมมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีมภายใต้กรอบมาตรฐานที่กำหนด โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้ายังไม่พบงานวิจัยในแนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยใช้มาตรฐาน 9 ข้อ เนื่องจากเป็นแนวคิดในประเทศไทย จะมีเฉพาะในส่วนของ การนำวิธีดำเนินงานคุณภาพไปใช้ของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น

ดีและการ์เซีย (Dee & Garcia, 1995) ได้นำวิธีดำเนินงานตามวงจร Plan-Do-Check-Act (PDCA) มาใช้ในการจัดโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายบุคคลพบว่าช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นระบบมีการประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสามารถประสบความสำเร็จได้ในยุคแห่งการแข่งขันสูง

ลินน์ (Lynn, 1991) ได้ศึกษาการนำแนวคิดด้านคุณภาพของ เดมิง (Deming) โดยใช้หลักการมุ่งเน้นคุณภาพการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลบราโซสปอร์ต เมโมเรียล (Brazosport Memmorial Hospital) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 165 เตียง ในรัฐเท็กซัส พบว่า การนำแนวคิดการทำงานเป็นทีมมาใช้ในวงการแพทย์เป็นเรื่องยากแต่ทำให้เกิดแนวคิดด้านคุณภาพในแนวคิด มีการใช้เหตุผลอ้างอิงและทีมปฏิบัติงานด้านคุณภาพมีความซับซ้อนมากทีมงานต้องใช้ความพยายามมากเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

ตบทิพย์ จิตพิงษ์พานิช (2539) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การจัดการคุณภาพโดยรวมตามความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติ ขาดการทำงานเป็นทีม ไม่เข้าใจเป้าหมายขาดการติดต่อสื่อสาร

องอาจ วิบุรชศิริและคณะ (2540) ศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM ความคิดเห็นส่วนใหญ่ของบุคลากรพบว่าปัจจัยที่น่าจะส่งผลให้ TQM ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วม ผู้บริหารเห็นความสำคัญสนับสนุนอย่างจริงจัง และมีการฝึกอบรม TQM / CQI

จากแนวคิดทฤษฎีและการศึกษาที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า การรับรู้การนำแนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไปใช้ของบุคลากรพยาบาลมีความสำคัญ เพราะทำให้บุคลากรเกิดการพัฒนาตนเองซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตามการรับรู้อาณาเขตมาตรฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไปใช้ ทั้งนี้เมื่อบุคลากรมีการรับรู้ที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานที่ตั้งไว้ ในเวลาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาโดยใช้แนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยใช้มาตรฐาน 9 ข้อ เนื่องจากเป็นแนวคิดใหม่ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้การนำแนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไปใช้ เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารในการวางแผนนโยบายปรับปรุงคุณภาพเพื่อให้เกิดคุณภาพบริการของหน่วยงาน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การรับรู้การนำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไปใช้ของบุคลากรพยาบาลหน่วยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิชาชีพเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและมูลนิธิสาธารณสุข มีการจัดระบบการทำงานในหน่วยงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีพ.ศ. ๒๕๓๖ ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐาน 9 ข้อ ได้แก่

พันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ การจัดการและการบริหาร การจัดทรัพยากรบุคคล การพัฒนา
ทรัพยากรบุคคล นโยบายวิธีปฏิบัติ สิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก
ความสะดวก ระบบงานกระบวนการให้บริการและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข, 2539) เป็นกลไกกระตุ้นส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพ ทั้งองค์การอย่างเป็นระบบ
มุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของบุคลากรมีการทำงานเป็นทีม เน้นการตอบสนอง
ความต้องการผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้กำหนดแนวปฏิบัติในส่วนที่ตนเกี่ยวข้อง
ซึ่งโดยอยู่บนพื้นฐานของวิชาชีพ ทุกคนต้องเข้าใจในสิ่งที่ตนกำหนดและสามารถนำไปปฏิบัติได้
กิจกรรมหลักคือการพัฒนาคุณภาพการนำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไปใช้ให้
ได้ผลในหน่วยผู้เกี่ยวข้องนั้น บุคลากรจะต้องมีการรับรู้ในการใช้มาตรฐานที่ตรงกับความเป็นจริงและ
ทราบปัญหาอุปสรรคในการใช้มาตรฐาน จะช่วยให้การดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลประสบผลสำเร็จ