



ประกาศจังหวัดสระแก้ว

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนด
หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่
โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่
อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดสระแก้ว ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวอัจฉรา จำรูญรัตนาวิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน
๒.	นางสาวภวิมลภัทร์ ลิ้มธงชัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการ
การประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับ
การประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายณัฐชัย นำพูลสุขสันต์)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
แนบท้ายประกาศจังหวัดสระแก้ว ลงวันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวอัจฉรา จำรูญรัตนาวิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๓๕๒๐๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๒๓๕๒๐๖	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว"				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การพัฒนาระบบการจัดเก็บตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HosOffice" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				
๒	นางสาววิมลภัทร์ ลิ้มธงชัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	๒๓๕๒๐๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	๒๓๕๒๐๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน "แนวทางการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสู่การดำเนินงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพกรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว"				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "การขับเคลื่อนกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				



ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) โครงการติดตามโรงพยาบาล โครงการปรับโฉมโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่ง เริ่มต้นโดยแพทยสภา ซึ่งต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้ นำมาขยายผลเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม การมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยกระทรวงสาธารณสุข กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลในประเทศไทยเริ่มจากการนำแนวคิด Total quality management/ Continuous quality improvement (TQM/CQI)

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยเริ่มมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๔ โดยกองสาธารณสุขภูมิภาคร่วมกับกองการพยาบาล ปัจจุบันมีหน่วยงานสำหรับรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในระยะแรกเป็นภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเรียกว่า “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)” ปัจจุบันเรียก “สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน): สรพ. (รายงานประจำปี ๒๕๖๑ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน): สรพ.)

มาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพ Hospital Accreditation (HA) เป็นการพัฒนาระบบบริหารและระบบงานภายใน โรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร ตามแนวทางที่ กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญในการ ใช้เป็นกลไกอันหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) กระตุ้นให้องค์กรเกิดการพัฒนาระบบงาน ๒) การพัฒนาระบบงาน ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและทั่วถึงทั้งองค์กร ๓) ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ การแก้ไขปัญหา และเรื่องอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารคุณภาพของโรงพยาบาล และ ๔) คาดหวังที่จะให้โรงพยาบาลมีการ ประเมินตนเอง และพัฒนาตนเองให้คุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง โดยใช้แนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน โรงพยาบาล (สิทธิศักดิ์ พลฤษพิติกุล, ๒๕๔๓)

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพ ในการบริการจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเกิดจากความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั่วทั้งองค์กร การพัฒนา ระบบงานจะต้องเกิดขึ้นในทุกระดับตั้งแต่ระดับผู้ปฏิบัติงาน ล่างสุดจนถึงผู้บริหารสูงสุดในองค์กร โดยบุคลากรจะต้อง เข้ามา ๑) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้น ช่วงดำเนินการ และช่วงปฏิบัติการในการกำหนดทางเลือก การประเมินทางเลือก ร่วมทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ หา แนวทางแก้ไขปัญหา และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการตัดสินใจเลือกเพื่อนำทางที่เลือกมาสู่การปฏิบัติใน การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ๒) มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ๓) ทาง คือ ก) การมีส่วนร่วมในการ ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ข) การมีส่วนร่วม ในการเข้าร่วมกิจกรรม เสนอแนวคิด และการประสานงาน ค) การมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้รับบริการ และการปรับปรุง ขบวนการทำงานอย่างไม่สิ้นสุด ๓) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ด้านวัตถุ ด้านสังคม และด้านบุคคล และ ๔) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลกิจกรรมการพัฒนา คุณภาพเพื่อแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการ ในหน่วยงานให้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ในการมีส่วนร่วม

ของบุคลากร นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่มีผลกระทบต่อ การมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นด้านลักษณะ ส่วนบุคคล ด้านการ สื่อสาร ด้านแรงจูงใจ และด้านบรรยากาศและวัฒนธรรม องค์กร ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ มีผลในการมีส่วนร่วมใน การพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด ๔๐๐ เตียง ได้เริ่มนำ กระบวนการรับรองคุณภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน): สรพ. เข้ามาใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งดำเนินการกระตุ้นและสร้างความตระหนัก แก่บุคลากรทุกระดับของหน่วยงาน ให้เห็นถึงความสำคัญ และความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ให้บุคลากรได้ร่วมมือกันในการสร้าง เป้าหมายร่วมกัน สร้างบรรยากาศที่ก่อให้เกิดความตื่นตัวและเต็มใจที่จะพัฒนาคุณภาพ ผลการดำเนินงานในปี ๒๕๔๘ ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน บันไดขั้นที่ ๒ ปี ๒๕๕๒ ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน Accreditation ในปี ๒๕๕๕ และในปี ๒๕๖๕ มีปัญหาและอุปสรรคคือ ยังไม่สามารถดำเนินการพัฒนาให้ บรรลุเป้าหมาย ซึ่งพบว่าสาเหตุจากการดำเนินงานในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพไม่สามารถปฏิบัติได้ เหมือนทำงานประจำ จะมีความตื่นตัว ในช่วงระยะเวลาประมาณ ๖ เดือนก่อนการประเมิน จึงต้องการศึกษา ปัจจัยปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปส่งเสริมปรับปรุงให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการ พัฒนาโรงพยาบาลต่อไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

๒. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

๓. เพื่อนำผลงานวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนา หาแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรค ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑. ประชากรเป้าหมาย

บุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ทั้งหมดจำนวน ๑,๒๐๘ คน (ข้อมูลอัตรากำลัง ณ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔)

๒. การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน ๓๐๐ คน จากจำนวน ประชากรทั้งหมด ๑,๒๐๘ คน โดยใช้หลักการคำนวณของ Taro Yamane (๑๙๗๓)

๓. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

มีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic sampling) โดยดูจากรายชื่อบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งหมดแล้ว คำนวณตามสัดส่วน จากนั้นเรียงลำดับแต่ละวิชาชีพ ตามอายุการทำงาน ตามตำแหน่ง ได้แก่ แพทย์ ทันต แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และอื่นๆ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวง และพนักงาน ราชการ

คำนวณหาค่าช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่าง (Sampling interval) แล้วเลือกตัวอย่างบุคลากรในแต่ละ สายงาน รวมตัวอย่างทั้งหมด ๓๐๐ คน

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขอบเขตปัจจัยที่จะนำมาใช้ในการวิจัย โดยเลือกนำเอาปัจจัย ได้แก่ การมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำ การศึกษาและฝึกอบรม การได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน มาใช้เป็นกรอบแนวความคิดในการศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษางานวิจัยนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีระยะเวลาในดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานปัจจุบัน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนา และรับรองคุณภาพบริการ

ส่วนที่ ๒ ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ การมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำ การศึกษาและฝึกอบรม การได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน คำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert Scale) ๕ ระดับ

ส่วนที่ ๓ เป็นคำถามเกี่ยวกับผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert Scale) ๕ ระดับ

๒. เกณฑ์การแปลผล

การวิจัยครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์จากการแปลผลค่าเฉลี่ยออกเป็น ๕ ระดับ โดยใช้เกณฑ์การตัดสินของเบสต์ (Best, ๑๙๗๗, p. ๑๓๔)

๓. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน นำข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) ของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ ๐.๕ ขึ้นไป (สุวิมล ติรพานันท์, ๒๕๕๗, หน้า ๑๔๘) โดยตัดข้อคำถามที่มีค่าความสอดคล้องไม่เป็นไปตามเกณฑ์ออกไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยการค้นคว้าจากทฤษฎีการจัดการคุณภาพโดยรวม การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๓ ท่าน เพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามตามเกณฑ์ IOC โดยได้ค่า IOC = ๐.๘๘

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ขออนุญาตเพื่อเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล

๒. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

๒.๑ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือก

๒.๒ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน ๓๐๐ ชุด ในระยะเวลา ๓ เดือน ตั้งแต่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการศึกษา การยินยอมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามที่เป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม และสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลให้ผู้ช่วยศึกษาทราบ และไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ แบบสอบถามที่ใช้ไม่มีการระบุชื่อ-สกุล หรือรหัสประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา และเป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนาปรับปรุงงานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการลงรหัสแบบสอบถาม ทำการประมวลผลข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไป ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

๒. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยใช้ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Correlation Coefficient) โดยเมื่อหาความสัมพันธ์แล้ว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลสถานภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๐๐ คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน ๒๓๘ คน (ร้อยละ ๗๙.๓๐) มีอายุระหว่าง ๓๑ - ๔๐ ปี จำนวน ๑๑๑ คน (ร้อยละ ๓๗.๐๐) รองลงมา คือ ต่ำกว่า ๓๐ ปี จำนวน ๘๒ คน (ร้อยละ ๒๗.๓๐) มีระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน ๑๖๖ คน (ร้อยละ ๕๕.๓๐) รองลงมา คือ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน ๙๙ คน (ร้อยละ ๓๓.๐) ตำแหน่งงานปัจจุบันเป็นข้าราชการมากที่สุด จำนวน ๑๔๘ คน (ร้อยละ ๔๙.๓๐) รองลงมา คือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๐๓ คน (ร้อยละ ๓๔.๓๐) ปฏิบัติงานในหน่วยงานสนับสนุนบริการมากที่สุด คือ ๑๕๒ คน (ร้อยละ ๕๐.๗๐) รองลงมา คือ หน่วยงานทางคลินิก จำนวน ๑๔๘ คน (ร้อยละ ๔๙.๓๐) มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า ๑๐ ปีมากที่สุด จำนวน ๑๑๔ คน (ร้อยละ ๓๘.๐๐) รองลงมา คือ ๖ - ๑๐ ปี จำนวน ๑๐๘ คน (ร้อยละ ๓๖.๐๐) และในช่วงระยะเวลา ๒ ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากที่สุด จำนวน ๑๘๗ คน (ร้อยละ ๖๒.๓๐)

ภาพรวมปัจจัยในการทำงานที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.619, S.D. = 0.819$) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า อันดับหนึ่งคือ ด้านภาวะผู้นำ ($\bar{X} = 3.750, S.D. = 0.819$) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วม ($\bar{X} = 3.622, S.D. = 0.819$) และ ด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน ($\bar{X} = 3.563, S.D. = 0.796$) และอันดับสุดท้ายคือ ด้านการศึกษาและฝึกอบรม ($\bar{X} = 3.443, S.D. = 0.848$)

และภาพรวมผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r=0.710$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .01$) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r=0.769$) กับผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน ($r=0.768$) ปัจจัยด้านการศึกษาและฝึกอบรม ($r=0.743$) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ($r=0.723$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .01$) ตามลำดับ

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สามารถอธิบายความสำเร็จของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสูงสุดและรองลงมาตามลำดับ คือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม และ ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน ปัจจัยด้านการศึกษาและฝึกอบรม โดยทุกปัจจัยมีอิทธิพลทางบวกต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลงานวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร ในการวางแผนพัฒนาองค์กร ให้การสนับสนุนปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งนำไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนา เพื่อให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรและประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการนำไปสู่การการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ที่ได้จากการสุ่มรายชื่อจากบุคลากรทั้งหมดภายในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีเวลาทำงานที่แตกต่างกัน จำเป็นต้องมีการนัดวันและเวลาในการเข้าเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-๑๙) เจ้าหน้าที่บางส่วนมีการกักตัว หรือบางส่วนเข้ารับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-๑๙) ส่งผลให้การเก็บแบบสอบถามล่าช้า บางส่วนต้องทำการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บแบบสอบถามได้ครบตามจำนวน

๙. ข้อเสนอแนะ

จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว พบว่าปัจจัยที่มีผล คือ ปัจจัยด้านการศึกษาและฝึกอบรม ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ และปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

๑. ปัจจัยด้านภาวะผู้นำและปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและแรงจูงใจในการทำงาน ผู้บริหารควรสนับสนุนให้มีการชี้แจงและดำเนินการขับเคลื่อนงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนดำเนินการประชาสัมพันธ์ตามช่องทางต่างๆให้บุคลากรรับทราบในเชิงรุก และหาแนวทางร่วมกันเพื่อให้ทุกคนเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และมีส่วนช่วยเสนอแนวคิดร่วมกันในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล ควรมีการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงานร่วมกันเป็นทีม ให้เกิดความรัก ความสามัคคี สร้างบรรยากาศให้เอื้อต่อการทำงาน

๒. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อทำการพิจารณาจำแนกรายข้อ ขั้นตอนในการทำงานมีความยุ่งยากซับซ้อนลดลง มีผลระดับปานกลาง ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการร่วมวางแผน พัฒนาปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความยุ่งยากซับซ้อนของการทำงานในการทำงานคุณภาพ

๓. ปัจจัยเรื่องการศึกษาและการฝึกอบรม ควรมีการสนับสนุนบุคลากรให้ไปดูงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน และมีเกณฑ์การเข้ารับการศึกษาที่ชัดเจนและสนับสนุนให้บุคลากรได้เข้ารับการศึกษามากขึ้น และสนับสนุนความก้าวหน้าในอาชีพเพิ่มมากขึ้น

๔. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยใช้ตัวแปรด้านอื่นๆ เช่น วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศองค์กร ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการบริการ เป็นต้น เพื่อเกิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ยั่งยืน

๕. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยเป็นกรณีศึกษาโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นที่มีขนาดข้างเคียงกัน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากที่สุด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่ได้ทำการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวอัจฉรา จำรูญรัตนนาวิณ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

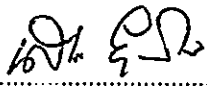
(นางสาวอัจฉรา จำรูญรัตนนาวิณ)


(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

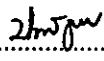
(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางสาวเสาวณีย์ ยภาภูธานนท์)
เภสัชกรเชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพ
(วันที่) / /
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(. (นายสุรสิทธิ์ . จิตรพิทักษ์เลิศ))
(ตำแหน่ง)
(วันที่) ๕ / ตุลาคม / ๒๕๖๕
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 
(..... (นายประภาส ผูกดวง))
(ตำแหน่ง)
(วันที่) / /
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดเก็บตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HosOffice

๒. หลักการและเหตุผล

องค์กรสมัยใหม่ในยุคปัจจุบัน จำเป็นต้องรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสารต่างๆ และต้องเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับองค์กรเพื่อใช้ในการบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่มีคุณภาพต้องได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบไม่ว่าจะเป็นการใช้เพื่อการวางแผนจัดการองค์กร ในการดำเนินงานขององค์กร ไม่ว่าจะในภาครัฐบาลหรือเอกชน จะดำเนินให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กรได้จำเป็นต้องมีการวางแผนล่วงหน้า เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้บริหารองค์กรจึงจำเป็นต้องมี “ข้อมูล” ที่จะใช้ในการพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการบริหารให้ถูก เพื่อเตรียมหาแนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งจะเป็นการจัดเตรียมทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เนื่องจากการดำเนินงานขององค์กรอยู่ภายใต้สภาวะการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Xu, Nord, Brown, & Nord, ๒๐๐๒) ผู้บริหารองค์กรจึงจำเป็นต้องมี “ข้อมูล” ที่จะใช้ในการพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการบริหารให้ถูกทาง เพื่อเตรียมหาแนวทางแก้ไขปัญหาล่วงหน้า รวมทั้งจะเป็นการจัดเตรียมทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และสอดคล้องกับเป้าหมายและนโยบายขององค์กรทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

กระบวนการรับรองคุณภาพ (accreditation) เป็นกลไกที่ดีที่สุดในการประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานพยาบาล เป็นกระบวนการประเมินตนเองร่วมกับการทบทวน และยืนยันโดยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก โดยมุ่งเน้นหาวิธีการที่จะปรับปรุงการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, ๒๕๕๖) ส่งผลให้โรงพยาบาลต่างก็ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อปัจจัยหรือสภาพการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง รวมถึงการตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคม หากโรงพยาบาลไม่สามารถปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ทุกโรงพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (สงวนสิน รัตนเลิศ, ๒๕๔๑) หลายโรงพยาบาลได้ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ภายหลังการได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพแล้ว โรงพยาบาลจะต้องได้รับการประเมินเพื่อเฝ้าระวัง (Surveillance Survey) ทุกปีและต้องได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลซ้ำ (Re-Accreditation) ทุก ๓ ปีเพื่อให้มีการรักษาคุณภาพไว้อย่างต่อเนื่อง

หลายโรงพยาบาลประสบปัญหาว่าเมื่อผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพแล้ว ระดับความตื่นตัวในการพัฒนาและระดับกิจกรรมการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรลดลง (สมสมัย สุธีรศานต์และยุพิน อังสุโรจน์ ,๒๕๕๐) บางโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนทีมผู้รับผิดชอบ เมื่อถึงระยะเวลาที่จะต้องทำการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังซ้ำ (Re - accreditation survey) อาจต้องใช้เวลาและมีขั้นตอนที่ยุ่งยากในการรวบรวมข้อมูลการรื้อฟื้นกระบวนการคุณภาพขึ้นมาใหม่ อาจจะต้องได้รับการเยี่ยมสำรวจหลายครั้ง เป็นการสูญเปล่าที่ไม่ควรเกิดขึ้น ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลต้องมีข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อแสดงให้เห็นว่ามีการพัฒนาคุณภาพอยู่อย่างต่อเนื่องจนสามารถได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลในที่สุด ข้าพเจ้าในฐานะผู้ปฏิบัติงานภายใต้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบการจัดเก็บตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยนำโปรแกรมที่มีความทันสมัยและบุคลากรของโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงและใช้งานได้ง่าย เพื่อช่วยในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดอย่างเป็นระบบ ช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ลดความสูญเสียข้อมูลที่อาจเกิดขึ้น และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการประเมินการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพ เพื่อรับรองการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานเป็นสิ่งสำคัญยิ่งเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ และจากการวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าปัญหาการลงข้อมูลการจัดเก็บตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีจำนวนมาก การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดจากระบบเดิมคือการกรอกข้อมูลจากเอกสารและส่งข้อมูลมายังศูนย์คุณภาพและกรอกข้อมูลผ่าน Excel พบว่าเอกสารสูญหาย ข้อมูลสูญหาย มีการดึงข้อมูลหลายขั้นตอนเพื่อให้ได้รูปแบบรายงานที่สามารถวิเคราะห์นำไปใช้ได้ ทำให้ค่อนข้างใช้เวลาพอสมควรเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามความต้องการ จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบการจัดเก็บตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HosOffice ที่สามารถใช้งานได้ง่ายและเจ้าหน้าที่สามารถใช้ได้ทุกที่ทุกเวลา ดึงข้อมูลออกมาใช้ได้สะดวก รวดเร็ว ลดการสูญหายของข้อมูล และข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปประกอบการตัดสินใจได้อย่างทันท่วงที

๓.๒ แนวความคิด

แนวคิดองค์การและการจัดการสมัยใหม่

- การจัดการ (Management) หมายถึง ขบวนการที่ทำให้งานกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลด้วยคนและทรัพยากรขององค์การ (Robbins and DeCenzo, ๒๐๐๔; Certo, ๒๐๐๓) ซึ่งตามความหมายนี้ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ ได้แก่ ขบวนการ (process) ประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness)

- ขบวนการ (process) ในความหมายของการจัดการนี้หมายถึงหน้าที่ต่าง ๆ ด้านการจัดการ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การโน้มน้าองค์การ และการควบคุม

- ประสิทธิภาพ (efficiency) และประสิทธิผล (effectiveness) เป็นเรื่องเกี่ยวกับลักษณะของการจัดการ โดยประสิทธิภาพ หมายถึง การทำงานอย่างถูกวิธี เป็นการเปรียบเทียบ ระหว่างปัจจัยนำเข้า (inputs) กับผลผลิต (outputs) หากเราสามารถทำงานได้ผลผลิตมากกว่าในขณะที่ใช้ปัจจัยนำเข้าน้อยกว่า หรือ เท่ากัน ก็หมายความว่า เราทำงานได้มีประสิทธิภาพมากกว่า ซึ่งปัจจัยนำเข้าในการจัดการก็คือ ทรัพยากรขององค์การ ได้แก่ คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องจักร และทุน ทรัพยากรเหล่านี้มีจำกัด และเป็นต้นทุนในการดำเนินงานขององค์การ ดังนั้นการจัดการที่ดีจึงต้องพยายามทำให้มีการใช้ทรัพยากรน้อยที่สุดและให้เกิดผลผลิตมากที่สุด

ประสิทธิผล (effectiveness) สำหรับประสิทธิผลในการจัดการหมายถึง การทำได้ตามเป้าหมาย หรือ วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การจัดการที่มีเพียงประสิทธิภาพนั้นยังไม่เพียงพอ ต้องคำนึงว่า ผลผลิตนั้นเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ตัวอย่างเช่น สถาบันศึกษาที่ผลิตผู้สำเร็จการศึกษาพร้อมกันที่ละมาก ๆ หากไม่คำนึงถึงคุณภาพการศึกษาอาจจะได้แต่ประสิทธิภาพ คือใช้ทรัพยากรในการผลิตหรือต้นทุนต่อผู้เรียน แต่อาจจะไม่ได้ประสิทธิผลในการศึกษา เป็นต้น และ ในทางกลับกันหากทำงานที่ได้ประสิทธิผลอย่างเดียวก็น่าไม่ได้ ต้องคำนึงถึงต้นทุนและความมีประสิทธิภาพด้วยเช่นกัน

- กระบวนการจัดการ (Management process)

ในช่วงต้นของศตวรรษที่ ๒๐ Henri Fayol ได้เสนอไว้ว่า ผู้จัดการหรือผู้บริหารทุกคนต้องทำกิจกรรม เกี่ยวกับการจัดการ หรือที่เรียกว่า ขบวนการจัดการ ๕ อย่าง ได้แก่ การวางแผน (planning) การจัดองค์การ (organizing) การสั่งการ (commanding) การประสานงาน (coordinating) และการควบคุม (controlling) (เขียนย่อว่า POCCC) และต่อมาในช่วงกลางปีศตวรรษ ๑๙๕๐ นักวิชาการจาก UCLA ได้ปรับมาเป็นการวางแผน (planning) การจัดองค์การ (organizing) การจัดการพนักงาน (staffing) การสั่งการ (directing) และการควบคุม (controlling) (เขียนย่อว่า POSDC) ซึ่งขบวนการจัดการ ๕ ประการ (POSDC)

อันหลังนี้เป็นที่นิยมใช้เป็นกรอบในการเขียนตำรามากกว่า ๒๐ ปี และต่อมาในช่วงหลังนี้ ได้ย่อขอบข่ายการจัดการ ๕ ประการนี้ เป็นหน้าที่พื้นฐาน ๔ ประการ ได้แก่ การวางแผน (planning) การจัดองค์การ (organizing) การโน้มนำ (leading/influencing) และการควบคุม (controlling) อย่างไรก็ตามงานในแต่ละส่วนของขอบข่ายจัดการที่กล่าวข้างต้นนี้มีความสัมพันธ์และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย

- *การวางแผน (planning)* เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดเป้าหมายขององค์การ สร้างกลยุทธ์ เพื่อแนวทางในการดำเนินไปสู่เป้าหมาย และกระจายจากกลยุทธ์ไปสู่แผนระดับปฏิบัติการ โดยกลยุทธ์และแผนในแต่ละระดับและแต่ละส่วนงานต้องสอดคล้องประสานกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในส่วนงานของตน และเป้าหมายรวมขององค์การด้วย

- *การจัดองค์การ (Organizing)* เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดโครงสร้างขององค์การ โดยพิจารณาว่า การที่จะทำให้ได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นั้น ต้องมีงานอะไรบ้าง และงานแต่ละอย่างจะสามารถจัดแบ่งกลุ่มงานได้อย่างไร มีใครบ้างเป็นผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนงานนั้น และมีการรายงานบังคับบัญชาตามลำดับชั้นอย่างไรใครเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ

- *การโน้มนำพนักงาน (leading/influencing)* เป็นเรื่องเกี่ยวกับการจัดการให้พนักงานทำงาน อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งต้องให้การประสานงานการติดต่อสื่อสารที่ดี การจูงใจในการทำงานผู้บริหารต้องมีภาวะผู้นำที่เหมาะสม ลดความขัดแย้งและความตึงเครียดในองค์การ

- *บทบาทของการจัดการ (Managerial roles)*

เมื่อกล่าวถึงหน้าที่ที่เกี่ยวกับการจัดการในองค์การมักมุ่งไปที่หน้าที่ต่าง ๆ ในขอบข่ายจัดการ ๔ ประการ (การวางแผน การจัดองค์การ การโน้มนำ และการควบคุม) ดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งผู้บริหารแต่ละคนให้ความสำคัญและเวลาในการทำหน้าที่การจัดการเหล่านี้แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังขึ้นกับลักษณะการดำเนินงานขององค์การที่แตกต่างกันด้วย (เช่น มีลักษณะการดำเนินงานเป็นองค์การที่แสวงหากำไรหรือองค์การที่ไม่แสวงหากำไร) ระดับของผู้บริหารที่ต่างกัน (ระดับต้น ระดับกลาง ระดับสูง) และขนาดขององค์การที่ต่างกัน ตัวอย่างเช่น ผู้บริหารที่อยู่ในระดับบริหารที่ต่างกันจะใช้เวลาในการทำกิจกรรมของแต่ละหน้าที่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมของผู้บริหารในองค์การแล้ว Mintzberg เห็นว่าบทบาทของการจัดการสามารถจัดแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม หรือที่เรียกว่า บทบาทด้านการจัดการของ Mintzberg (Mintzberg's managerial roles) ได้แก่ บทบาทด้านระหว่างบุคคล (interpersonal roles) บทบาทด้านข้อมูล (informational roles) และบทบาทด้านการตัดสินใจ (decisional roles) โดยแต่ละกลุ่มของบทบาทมีบทบาทย่อยดังต่อไปนี้

- *บทบาทระหว่างบุคคล (interpersonal roles)* เป็นบทบาทด้านการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย บทบาทย่อย ได้แก่ ๑) บทบาทตามตำแหน่ง (figurehead): ทำหน้าที่ประจำวันต่าง ๆ ตามระเบียบที่เกี่ยวกับกฎหมาย หรือตามที่สังคม กำหนด เช่น การต้อนรับแขกขององค์กรลงนามในเอกสารตามกฎหมาย เป็นต้น ๒) บทบาทผู้นำ (leader): ต้องรับผิดชอบสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นการทำงานของพนักงาน รับผิดชอบในการจัดหาคนฝึกอบรม และงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ๓) บทบาทการสร้างสัมพันธ์ภาพ (liaison): โดยสร้างเครือข่ายภายในและภายนอกเพื่อการ กระจายข้อมูลให้ทั่วถึง

- *บทบาทด้านข้อมูล (informational roles)* เป็นบทบาทด้านการกระจายและส่งผ่านข้อมูล ประกอบด้วย บทบาทย่อย ดังนี้ ๑) เป็นผู้ติดตามประเมินผล (monitor): เป็นการติดตามเลือกรับข้อมูล (ซึ่งมักจะเป็นเหตุการณ์ปัจจุบัน) เพื่อเข้าใจความเคลื่อนไหวขององค์การและสิ่งแวดล้อม เป็นเสมือนศูนย์กลางของระบบ ๒) เป็นผู้กระจายข้อมูล (disseminator): รับบทบาทส่งผ่านข้อมูลไปยังพนักงานในองค์การ บางข้อมูลก็เกี่ยวกับข้อเท็จจริง บางข้อมูลเกี่ยวกับการแปลผลและรวบรวมความแตกต่างกันที่เกิดขึ้นในองค์การ ๓)

เป็นโฆษก (spokesperson): ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานภายนอก เกี่ยวกับแผนงาน นโยบาย กิจกรรม และผลงานขององค์กร เช่น เป็นผู้เชี่ยวชาญในอุตสาหกรรม

- บทบาทด้านการตัดสินใจ (decisional roles) ทำหน้าที่ตัดสินใจในการดำเนินงานขององค์กร ประกอบด้วยบทบาทย่อย ดังนี้ ๑) เป็นผู้ประกอบการ (entrepreneur): หาโอกาสและเริ่มสิ่งใหม่ๆ เช่น การปรับปรุงโครงการ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกแบบโครงการ โดยการจัดให้มีการทบทวนและกำหนดกลยุทธ์เพื่อพัฒนาโปรแกรมใหม่ ๆ ๒) เป็นผู้จัดการความสงบเรียบร้อย (disturbance handler): รับผิดชอบแก้ไขการดำเนินงานเมื่อองค์กรเผชิญกับ ความไม่สงบเรียบร้อย โดยการทบทวนและกำหนดกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับความไม่สงบและวิกฤติการณ์ในองค์กร ๓) เป็นผู้จัดสรรทรัพยากร (resource allocator): เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดสรรทรัพยากรต่างๆในองค์กร เช่น ทำการตัดสินใจและอนุมัติในประเด็นที่สำคัญต่าง ๆ ขององค์กร โดยจัดลำดับ และกระจายอำนาจ ดูแลกิจกรรมที่ เกี่ยวกับเรื่องงบประมาณ และจัดการเกี่ยวกับการทำงานของพนักงาน ๔) เป็นผู้ต่อรอง (negotiator): รับผิดชอบในการเป็นตัวแทนต่อรองในเรื่องสำคัญขององค์กร เช่น มีส่วนร่วมใน การทำสัญญากับสหภาพแรงงานขององค์กร หรือการต่อรองกับผู้จัดหา (suppliers)

๓.๓ ข้อเสนอ

จากประสบการณ์การดำเนินงาน วิสัยทัศน์ในการพัฒนางาน ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีองค์กรและการจัดการสมัยใหม่ ข้าพเจ้าจึงขอเสนอแนวคิดในการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการจัดเก็บตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HosOffice โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑) ค้นหาและรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

๒) ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ทฤษฎีองค์กรและการจัดการสมัยใหม่จากตำราวิชาการต่างๆ

๓) นำเสนอแนวคิดในการพัฒนาระบบการจัดเก็บตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HosOffice แก่ผู้บังคับบัญชา

๔) วางแผนการดำเนินการพัฒนาระบบการจัดเก็บตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HosOffice โดยมีรายละเอียดดังนี้

๔.๑) เตรียมข้อมูลตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาล

๔.๒) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์และเจ้าของโปรแกรม HosOffice เพื่อแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับระบบตัวชี้วัดเพื่อเปิดใช้งานระบบ

๔.๓) ดำเนินการเพิ่มข้อมูลตัวชี้วัดและTemplate ตัวชี้วัด ในระบบ HosOffice

๔.๔) อบรมให้ความรู้วิธีการใช้ของระบบ การลงข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

๔.๕) ค้นหาปัญหาในการใช้โปรแกรมและตรวจสอบความพร้อมใช้ของข้อมูล ก่อนเริ่มดำเนินการใช้จริง และตรวจสอบปัญหาระหว่างการใช้งานผ่านทางไลน์กลุ่มเป็นระยะ พร้อมทั้งนำข้อเสนอแนะ คำแนะนำต่างๆไปปรับปรุงแก้ไข

๔.๖) ดำเนินการใช้งานการจัดเก็บตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HosOffice และประเมินผลความพึงพอใจในการใช้งาน

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

ในช่วงเริ่มต้นอาจเกิดความผิดพลาดจากระบบ HosOffice รวมถึงมีความผิดพลาดในการลงข้อมูล การเข้าใช้งานข้อมูลจากเจ้าหน้าที่

แนวทางการแก้ไข

มีการทดสอบการใช้งานระบบ HosOffice เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงซักซ้อมแนวทางการใช้งาน และนำปัญหาที่พบไปแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าว

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีความเป็นระบบมากขึ้น สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ลดการสูญหายของเอกสารหรือข้อมูล และสามารถนำข้อมูลไปใช้งานต่อได้อย่างรวดเร็ว

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ร้อยละ ๘๐ ของผู้ใช้งานมีระดับความพึงพอใจในระบบการจัดเก็บตัวชี้วัดด้านคุณภาพของโรงพยาบาลโดยใช้โปรแกรม HosOffice อยู่ในระดับดีขึ้นไป

(ลงชื่อ)

(นางสาวอัจฉรา จำรูญรัตนาวิน)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง แนวทางการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสู่การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพกรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาการรับรู้ของหน่วยงานเกี่ยวกับข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและวิธีการดำเนินงานของหน่วยงานในการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลภายใต้แนวคิด ๓C PDSA ประกอบด้วย (๑) ถอดรหัสมาตรฐาน (๒) การรับรู้สถานการณ์ (๓) การวิเคราะห์ (๔) การตั้งเป้าหมาย (๕) การเฝ้าดู ติดตาม (๖) การออกแบบ (๗) การสื่อสาร (๘) การปฏิบัติ (๙) การกำกับติดตาม และ (๑๐) การปรับปรุง และแนวคิดทรัพยากรในการบริหาร (4M) ประกอบด้วย (๑) ด้านบุคลากร (๒) ด้านงบประมาณ (๓) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ (๔) ด้านการจัดการ รวมถึงการค้นหาปัญหา อุปสรรค ของหน่วยงานในการนำข้อเสนอแนะมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

คุณภาพและความปลอดภัย เป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศ แม้จะมีความพยายามในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้ง ความเสี่ยงและความสูญเสียต่างๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องมีกลไก เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ได้ผลและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยเริ่มมีการดำเนินงานอย่างเป็นทางการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๔ โดยกองสาธารณสุขภูมิภาคร่วมกับกองการพยาบาล ปัจจุบันมีหน่วยงานสำหรับรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในระยะแรกเป็นภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเรียกว่า “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)” ปัจจุบันเรียก “สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน): สรพ. (รายงานประจำปี ๒๕๖๑ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน): สรพ.)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยน และการรับรองจากองค์กรภายนอก การรับรองเป็นเพียงส่วนเดียวและส่วนสุดท้ายของกระบวนการ แต่จุดสำคัญคือการกำหนดมาตรฐาน การตรวจสอบ และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล การรับรองโรงพยาบาล คือการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานที่ดีเอื้อต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจสอบตนเองอย่างสม่ำเสมอ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วได้มีการนำกระบวนการรับรองคุณภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน): สรพ. เข้ามาใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จนได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและบริการสุขภาพในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ จนถึงปัจจุบัน ในกระบวนการรับรองคุณภาพทุกครั้งโรงพยาบาลจะได้รับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลคุณภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน): สรพ. เพื่อให้โรงพยาบาลได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะส่งแผนพัฒนา และรายงานความก้าวหน้าต่อสถาบันรับรองคุณภาพเป็นระยะ ก่อนการต่ออายุการรับรองในแต่ละครั้ง จากผลการดำเนินงานดังกล่าว พบว่า องค์กรยังประสบปัญหาในการพัฒนาคุณภาพให้เป็นไปตามข้อเสนอแนะของ

สถาบันรับรองคุณภาพ โดยองค์การขาดการวิเคราะห์ภาพรวมของทั้งองค์กร ไม่มีความเชื่อมโยงของข้อมูล และไม่มีแผนงานที่ชัดเจน ทำให้การติดตามความก้าวหน้าไม่สัมฤทธิ์ผล จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาแนวทางการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสู่การปฏิบัติ ของหน่วยงานใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ประกอบด้วยคณะกรรมการที่นำพัฒนาคุณภาพ (Leader Team) ทีมประสานการพัฒนาคุณภาพตามกลุ่มผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) ทีมประสานการพัฒนาคุณภาพตามกลุ่มกิจกรรม (ทีมคร่อมสายงาน) และ ทีมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน (Quality Improvement Team: QIT) โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ดังนี้

๑. ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแบบสอบถามปลายปิดใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่และการจัดกลุ่มของปัญหาและข้อเสนอแนะและทำการวิเคราะห์ประเด็นศึกษา (Content Analysis)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

การศึกษาแนวทางการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสู่การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

๕.๑ ผลการศึกษาการดำเนินงานของหน่วยงานในการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมากเช่นกัน สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของหน่วยงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ๓C PDSA ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย (๑) ถอดรหัสมาตรฐานที่ตรงตามข้อเสนอแนะ (๒) การรับรู้สถานการณ์ (๓) การวิเคราะห์ (๔) การตั้งเป้าหมาย (๕) การเฝ้าดู ติดตาม (๖) การออกแบบ (๗) การสื่อสาร (๘) การปฏิบัติ (๙) การกำกับติดตาม และ (๑๐) การปรับปรุง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), ๒๕๖๑)

๕.๒ ผลการศึกษาปัญหา อุปสรรค ของหน่วยงานในการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านบุคลากรเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ อยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้บริหารในทุกกระดับให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ทั้งในการกำหนดกลไกการดำเนินงานภายใต้โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วโดยมีบุคลากรที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ประกอบด้วย คณะกรรมการที่นำพัฒนาคุณภาพ (Leader Team) ทีมประสานการพัฒนาคุณภาพตามกลุ่มผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) ทีมประสานการพัฒนาคุณภาพตามกลุ่มกิจกรรม (ทีมคร่อมสายงาน) และ ทีมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน (Quality Improvement Team: QIT) และได้ยึดหลักการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

๕.๓ ผลการศึกษาแนวทางการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสู่การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล พบว่า ๑) ควรมีการประชุมวิเคราะห์ร่วมกัน ปรับรูปแบบการปฏิบัติให้สอดคล้อง ระบุผู้รับผิดชอบแผนงานให้ชัดเจน และนำสู่การปฏิบัติ ๒) ควรกำกับติดตามตัวชี้วัด ติดตามแผนงานโครงการตามกำหนดเวลา และ ๓) พัฒนาคน พัฒนางาน นิเทศติดตามนำข้อปรับปรุงมาทบทวนเป็น

ระยะๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ๓C PDSA ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), ๒๕๖๑) โดยเน้นหลักในด้านการปฏิบัติ การกำกับติดตาม และการปรับปรุง ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญและกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องในทุกปีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

นำข้อมูลผลการศึกษา มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสู่การดำเนินงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ให้แก่คณะกรรมการที่มนำพัฒนาคุณภาพ (Leader Team) ทีมประสานการพัฒนาคุณภาพตามกลุ่มผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) ทีมประสานการพัฒนาคุณภาพตามกลุ่มกิจกรรม (ทีมคร่อมสายงาน) และทีมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน (Quality Improvement Team: QIT) ตลอดจนนำปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะมาใช้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น ข้อมูลการติดตามความก้าวหน้าตามข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อใช้กำหนดวิธีการในการติดตามประเมินผล แผนงาน ให้มีรูปแบบที่ชัดเจน และติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด รวมถึงโรงพยาบาลควรจัดให้มีกิจกรรมภายในของโรงพยาบาลในการสนับสนุนและส่งเสริมงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ต้องใช้ความวิริยะ อุตสาหะเป็นอย่างมากในการทบทวนวรรณกรรม จัดทำเครื่องมือ รวมถึงจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผล

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

การตอบกลับของกลุ่มเป้าหมายในระดับที่มนำพัฒนาคุณภาพ (Leader Team) ไม่ครบและล่าช้า เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นแพทย์มีภารกิจให้บริการประชาชนที่มารับบริการจำนวนมาก ดังนั้นควรเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาที่มีการดำเนินงานคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด

๙. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาแนวทางการนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสู่การดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพกรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จากผลการศึกษานำมากำหนดเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

๑.๑ ควรให้คณะกรรมการที่มนำพัฒนาคุณภาพ (Leader Team) กำหนดวิธีการในการติดตามประเมินผล แผนงาน ให้มีรูปแบบที่ชัดเจน และติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด

๑.๒ ควรให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้ความสำคัญและนำข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลไปสู่การพัฒนาคุณภาพโดยเน้นการนำข้อเสนอแนะมาเปรียบเทียบกับหมวดมาตรฐานและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญอย่างยิ่งในการนำข้อเสนอแนะฯ ไปสู่การพัฒนาคุณภาพในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล

๑.๓ โรงพยาบาลควรจัดให้มีกิจกรรมภายในของโรงพยาบาลในการสนับสนุนและส่งเสริมงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น สัปดาห์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การอบรมบุคลากรด้านงานคุณภาพแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านคุณภาพ และรางวัลบุคลากรด้านคุณภาพของโรงพยาบาล จดหมายข่าวงานพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น

๒. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๒.๑ การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาในภาพรวมของงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจากคณะกรรมการ
ด้านงานพัฒนาคุณภาพ ครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการผ่านการรับรองตามมาตรฐานของสถาบัน
รับรองคุณภาพสถานพยาบาล

๒.๒ ควรเพิ่มกลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งต่อไป เช่น กลุ่มบุคลากรที่ดำเนินงานด้านคุณภาพใน
แต่ละหน่วยงานของโรงพยาบาล

๒.๓ ควรประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานด้านคุณภาพในโรงพยาบาล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- ไม่มีการเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวภวิมลภัทร์ ลิ้มธงชัย สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ภวิมล*

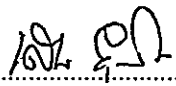
(นางสาวภวิมลภัทร์ ลิ้มธงชัย)


นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

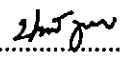
(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางสาวเสาวณีย์ ยลาภูธานนท์)
เภสัชกรเชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพ
(วันที่)/...../.....
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(... (นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ) ...)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
(วันที่) ๘ / ตุลาคม / ๒๕๖๕
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 
(นายประภาส ผูกดวง)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
(วันที่)/...../.....
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การขับเคลื่อนกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

๒. หลักการและเหตุผล

การพัฒนาคุณภาพภายในองค์กรหากมุ่งหวังความสำเร็จที่ยั่งยืนจะต้องเกิดจากทุกคนในองค์กรให้ความช่วยเหลือและร่วมมือกันค้นหาจุดที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาองค์กรร่วมกัน เพื่อก่อให้เกิดคุณภาพงานและความพึงพอใจทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น “กิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ (Quality Control Circle; QCC)” ถือเป็นกิจกรรมหนึ่งที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องผ่านการรวมกลุ่มบุคลากรเพื่อต้องการแก้ไขปัญหานานานได้อย่างดี เนื่องจากกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพจะทำให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมความรู้พื้นฐานและปลูกฝังแนวคิดทางด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดการร่วมมือร่วมใจกันดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเมื่อพบปัญหา โดยอาศัยหลักการ PDCA และการประยุกต์ใช้เครื่องมือ QC ๗ Tools ในการค้นหาต้นเหตุของปัญหา เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขและปรับปรุง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เริ่มมีการดำเนินกิจกรรมด้านบริหารคุณภาพภายในองค์กร ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรม ๕ส., ระบบบริหารคุณภาพ ISO๙๐๐๑ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ผู้บริหารได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการปรับปรุงงานโดยตัวผู้ปฏิบัติงาน และต้องการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร จึงได้จัดกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพขึ้นภายในองค์กร โดยเรียกกิจกรรมนี้ว่า “กิจกรรม หัวหน้าพาทำคุณภาพ”

การดำเนินกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพในช่วงแรก เป็นการดำเนินการที่ เน้นการให้ความรู้ กับบุคลากรกลุ่มเป้าหมายก่อน โดยจัดผ่านการจัดฝึกอบรมความรู้ พื้นฐาน เช่น การใช้เครื่องมือ QC ๗ Tools เพื่อให้บุคลากรเกิดความรู้และแนวคิดในการปรับปรุงคุณภาพงาน และกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพก็ได้ถูกพัฒนาขึ้นในทุกๆ ปี โดยการจัดที่ปรึกษาช่วยให้คำปรึกษาตลอดการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมายังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากมีอัตราการความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ ที่สามารถดำเนินกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้มีเพียง ๔๑ กลุ่ม จากจำนวนกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น ๖๒ กลุ่ม หรือคิดเป็นอัตราการความสำเร็จเพียง ๖๖.๑๓% ซึ่งไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้คือ จะต้องม้อัตราการความสำเร็จของการทำกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพมากกว่า ๘๐%

ด้วยเหตุนี้จึงมีแนวคิดที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพภายในองค์กร และปรับปรุงพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพภายในองค์กร โดยอาศัยหลักการแนวคิดของ McKinsey ๗S Framework มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพภายในองค์กร เพื่อจะได้นำปัจจัยที่มีผลเหล่านั้นไปปรับปรุงและพัฒนา ให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพภายในองค์กรให้มีอัตราการความสำเร็จที่เพิ่มมากขึ้น

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาเพื่อพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมกลุ่มคุณภาพภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีประเด็นดังต่อไปนี้

๑. แนวคิดการบริหารคุณภาพแบบองค์รวม (Total Quality Management; TQM)

๑.๑ ความหมายของการจัดการคุณภาพ (Quality Management: QM)

การจัดการคุณภาพ หมายถึง การพัฒนา ออกแบบ การลงมือผลิต รวมทั้งการนำเสนอสินค้าและบริการที่มีประโยชน์สูงสุดโดยประหยัดที่สุดและเป็นที่พึงพอใจของลูกค้าโดยสม่ำเสมอ (นิตย สัมมาพันธ์, ๒๕๔๕)

การจัดการคุณภาพ หมายถึงการจัดการกระบวนการต่าง ๆ ให้มีคุณภาพ เริ่มตั้งแต่การออกแบบ การผลิตและการส่งมอบสินค้าที่มีคุณภาพให้กับลูกค้าโดยหัวใจสำคัญของการจัดการคุณภาพคือการจัดการกระบวนการต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, ๒๕๕๔)

สรุป “การจัดการคุณภาพ” หมายถึง กระบวนการในการใช้ทรัพยากรเพื่อผลิตสินค้าและบริการที่เป็นเลิศเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือสูงกว่า ความต้องการที่ลูกค้าคาดหวัง ส่งผลให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจในสินค้าและบริการนั้นๆ

๑.๒ ความหมายการบริหารคุณภาพแบบองค์รวม (Total Quality Management; TQM)

แนวความคิด TQM มีวิวัฒนาการทางความคิดมาจากการผลิตทางด้านอุตสาหกรรม โดยมีแนวคิดเดิมเกี่ยวกับการผลิตว่า การผลิตต้องมีคุณภาพและต้องมีการตรวจสอบ (Inspection) แต่ส่วนใหญ่เป็นการตรวจเมื่อเสร็จสิ้นการผลิต ต่อมาได้มีแนวคิดในการควบคุมคุณภาพ (Quality Control) ซึ่งเน้นที่กระบวนการหรือกิจกรรมการผลิต การควบคุมคุณภาพเป็นกิจกรรมที่เน้นค้นหาหรือตรวจสอบข้อผิดพลาดในการทำงาน (Detection) เพื่อหาทางแก้ไข แนวคิดนี้เริ่มเปลี่ยนไปเมื่อผู้ผลิตเริ่มมองเห็นว่าจะต้องผลิตสินค้าให้มีคุณภาพตรงตามความต้องการของลูกค้าเพื่อให้ได้มาตรฐานเป็นที่พอใจ โดยระบบการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) มุ่งเน้นการป้องกัน (Prevention) การเกิดข้อผิดพลาด แทนการตรวจสอบหาความผิดพลาด ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดต้นทุนการผลิต ลดจำนวนของเสียจากการผลิตให้เป็นศูนย์ (Zero defect)

ในช่วงศตวรรษ ๑๙๘๐ ได้มีแนวคิดเกี่ยวกับการผลิตสินค้าให้ได้คุณภาพตรงตามความต้องการของลูกค้า โดยต้องเกิดจากการบริหารที่มีคุณภาพในทุกๆ ด้าน ซึ่งก็คือ การบริหารคุณภาพแบบองค์รวม (TQM) ที่เน้นการปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) ซึ่งการบริหารคุณภาพแบบองค์รวม ถือเป็นระบบที่พัฒนาทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในทุกกระบวนการและทุกๆ หน่วยงานให้เกิดเป็นคุณภาพของผลิตภัณฑ์และบริการที่จะนำเสนอสู่ลูกค้า ดังนั้นจึงเป็นรูปแบบบริหารคุณภาพที่หลากหลายองค์กรให้ความสนใจและนำมาใช้ในการบริหารคุณภาพขององค์กร เพื่อให้องค์กรพัฒนาอย่างต่อเนื่องและผลการดำเนินงานขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งองค์การมาตรฐานระหว่างประเทศ (อ้างถึงใน วิฑูรย์ สิมะโชคดี, ๒๕๔๑: ๔๗) ตาม ISO/CD ๘๔๐๒-๑ ให้ความหมายไว้ว่า “TQM หมายถึง แนวทางในการบริหารขององค์กรที่มุ่งเน้นคุณภาพ โดยสมาชิกทุกคนขององค์กรมีส่วนร่วมและมุ่งหมายผลกำไรในระยะยาวด้วยการสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า รวมทั้งการสร้างผลประโยชน์ตอบแทนแก่หมู่สมาชิกขององค์กรและแก่สังคม”

สรุป การบริหารคุณภาพแบบองค์รวม หมายถึง แนวทางของการบริหารจัดการที่ใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากลูกค้า (ทั้งลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก) ซึ่งเป็นตัวกำหนดคุณค่าของกระบวนการและผลิตภัณฑ์/บริการขององค์กร เพื่อการออกแบบระบบงานที่สำคัญขององค์กรให้มีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมรอบองค์กรน้อยที่สุด และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยต้องให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมเพื่อส่งมอบคุณค่าของผลิตภัณฑ์/บริการที่สนองต่อความต้องการและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของลูกค้า เพื่อสมรรถนะของการดำเนินงานขององค์กรที่เติบโตอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ต้องได้รับการขับเคลื่อนจากผู้บริหารระดับสูง รวมถึงการวินิจฉัยสมรรถนะของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๑.๓ องค์ประกอบหลักของการบริหารคุณภาพแบบองค์รวม

การนำแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับ TQM มาใช้กำหนดเป็นระบบการบริหารคุณภาพขององค์กรนั้น ต้องมีความชัดเจนทั้งวัตถุประสงค์ หลักการพื้นฐานที่สำคัญ และค่านึงถึงองค์ประกอบเบื้องต้นที่จำเป็น นักวิชาการที่กล่าวถึงประเด็นดังกล่าวไว้ค่อนข้างชัดเจน คือ เทนเนอร์และดีโทโร (Tenner และ Detoro, ๑๙๙๒) โดยได้กล่าวถึงรูปแบบในการนำแนวคิดเกี่ยวกับ TQM มาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยส่วนสำคัญ ๓ ประการ คือ

๑) มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เพื่อมุ่งหวังที่จะให้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ส่วนขององค์การ

๒) มีหลักการพื้นฐานของรูปแบบที่สำคัญ ครบ ๓ ประการ คือ การมุ่งให้ความสำคัญกับลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Customer focus), การปรับปรุงกระบวนการทำงาน (Process improvement), และการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการปรับปรุงคุณภาพของทุกคนในองค์การ (Total involvement)

๓) มีองค์ประกอบที่สำคัญ ๆ ที่จะทำให้การนำ TQM ไปใช้ให้บรรลุผล ได้แก่

- ผู้บริหารมีคุณลักษณะของ “ภาวะผู้นำ (Leadership)”
- มีการให้การศึกษาระดับสูงและการฝึกอบรมเกี่ยวกับ TQM กับทุกคนในองค์การ (Education and training)
- มีโครงสร้างการบริหารงานที่เกื้อหนุน (Supportive structure)
- ระบบการติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพ (Communications)
- ให้ความสำคัญกับการพิจารณาความดีความชอบ (Reward and recognition)
- นำกระบวนการทางสถิติ (Statistical process control) หรือ การวัดผลการปฏิบัติงาน (Measurement) มาใช้ในกระบวนการ TQM
- ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม (Teamwork)

๑.๔ หลักการสำคัญของการบริหารคุณภาพแบบองค์รวม

การบริหารคุณภาพแบบองค์รวม มีหลักการสำคัญ ๓ ประการ (Tenner และ Detoro, ๑๙๙๒) ได้แก่

๑) การมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับลูกค้า (Customer focus) หมายความว่า การบริหารงานแบบ TQM เป็นการบริหารที่มุ่งเน้นลูกค้าหรือผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้าหรือผู้ใช้บริการทั้ง “ภายนอก” และ “ภายใน” ลูกค้าหรือผู้ใช้บริการภายนอก ได้แก่ ผู้ที่ยอมจ่ายเงินเพื่อแลกกับสินค้าหรือบริการ ลูกค้าภายนอกจะเป็นผู้ที่ตัดสินว่าสินค้าหรือบริการนั้นได้คุณภาพหรือไม่ สำหรับลูกค้าหรือผู้ใช้บริการภายใน ได้แก่ บุคคลภายในบริษัท หรือฝ่ายถัดไปที่ต้องรับผลงานจากฝ่ายต้นทางไปปฏิบัติต่อ เช่น ฝ่ายก่อสร้างเป็นลูกค้าของฝ่ายออกแบบ สำหรับลูกค้าหรือผู้ใช้บริการภายในจะมีวิธีที่ทำให้เข้าใจง่ายและใช้ในองค์กรว่า “คุณคือลูกค้าคนถัดไป” การบริหารงานแบบ TQM จึงเป็นการบริหารงานที่ต้องคำนึงถึงการทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจสูงสุดในทุกๆ ครั้งที่เข้ามาใช้บริการหรือซื้อสินค้า

๒) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) หมายความว่า การพัฒนาคุณภาพตามหลัก TQM จะเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป (Incremental change) คือเปลี่ยนแปลงทีละน้อย มิใช่การเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด (Radical change) ดังที่ใช้ในการรีปรับระบบ (Re-engineering) การพัฒนาปรับปรุงในขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจในกระบวนการอย่างแท้จริง คือ จะต้องรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรที่อยู่ในกระบวนการปฏิบัติงานโดยอาศัยเทคนิคทางสถิติเป็นเครื่องมือในการตรวจวัด เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมของกระบวนการต่างๆ เหล่านั้น จะได้นำมาเป็นข้อมูลเพื่อใช้วิเคราะห์หาทางปรับปรุงกระบวนการให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการได้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้นองค์กรที่ดำเนินงานตามปรัชญาของ TQM จะต้องปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงตนเองให้ก้าวไปข้างหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง โดยดำเนินงานตามวงจร PDCA (Plan, Do, Check, Act) เพื่อเป็นหลักในการเริ่มต้นการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนประกอบทั้ง ๔ ด้าน สามารถอธิบายได้ดังนี้

- การวางแผน (Plan) ขั้นตอนการวางแผนถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด โดยจุดเริ่มต้นจะต้องมีการตระหนักถึงปัญหาและกำหนดปัญหาที่จะแก้ไข มีการเก็บรวบรวมข้อมูล เลือกทางเลือก และวิเคราะห์ทางเลือกเพื่อเลือกวิธีที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหา

- การปฏิบัติ (Do) นำทางเลือกที่ตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติโดยมั่นใจว่าผู้รับผิดชอบได้ตระหนักถึงวัตถุประสงค์ และความจำเป็นอย่างถ่องแท้แล้ว และให้ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนรู้อย่างละเอียดและขั้นตอนต่าง ๆ มีการจัดอบรมเพื่อดำเนินงานตามแผน และมีการจัดทรัพยากรที่จำเป็น

- การตรวจสอบ (Check) มีการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยประเมินการดำเนินงานขององค์กรว่าสามารถดำเนินงานได้ตามแผนหรือไม่ และเนื้อหาของแผนมีความครบถ้วนหรือไม่ หากการประเมินพบว่า ผลงานออกมาได้ถูกต้องตรงตามเป้าหมายก็สามารถนำไปจัดทำเป็นมาตรฐานสำหรับการดำเนินงานในครั้งต่อไปได้

- การปรับปรุงแก้ไข (Act) ในการปฏิบัติงานมีการกำหนดมาตรฐานจากผลการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในอนาคต และทำการแก้ไขในส่วนที่ทำให้ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อผลลัพธ์ที่ได้ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย แล้วจึงจัดทำเป็นรายงานเพื่อให้ผู้บริหารและหน่วยงานต่าง ๆ ในองค์กรทราบ สิ่งสำคัญถ้าหากพบว่าที่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้นั้นเกิดจากการวางแผนที่ไม่ดีตั้งแต่ต้น องค์กรจะต้องหาสาเหตุของการวางแผนที่ไม่ดีก่อน แล้วจึงทำการปรับปรุงคุณภาพการวางแผนและปรับปรุงเนื้อหาของแผนด้วย

๓) การให้ทุกคนมีส่วนร่วม (Total Involvement) หมายความว่า การบริหารคุณภาพแบบองค์รวม เป็นการบริหารงานที่คนทั้งองค์กร หรือทั้งบริษัทจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และทั่วทั้งองค์กร ซึ่งจะสัมฤทธิ์ผลก็ต่อเมื่อพนักงานทุกคนมีความมุ่งมั่น มีความพร้อมที่จะเสนอแนะ และทำการพัฒนาคุณภาพของงานนั้นๆ ด้วยความเต็มใจโดยมิได้ถูกบังคับหรือเพียงถือว่าเป็นหน้าที่ แต่ทำไปด้วยใจที่ต้องการเห็นสิ่งที่ดีขึ้นกว่าเดิม และมีความสุขที่สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้าหรือผู้ใช้บริการได้ และพนักงานเองต้องมีความพึงพอใจเกิดขึ้นก่อนเป็นสำคัญ

๑.๕ การนำการบริหารคุณภาพแบบองค์รวมไปสู่การปฏิบัติ

การบริหารคุณภาพแบบองค์รวม (Total Quality Management: TQM) ได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในอุตสาหกรรมการผลิตและงานบริการ ทำให้ในปัจจุบันมี TQM หลากหลายรูปแบบ โดยที่ TQM ตามแนวทางของตะวันตก ตัวอย่างเช่น Baldrige Criteria for performance Excellence Framework จะเน้นที่ระบบของการจัดการความเป็นผู้นำและการตรวจดูผลลัพธ์ที่ได้ จึงได้กำหนดองค์ประกอบย่อย ๗ มิติ ดังนี้

- ๑) ภาวะผู้นำ (Leadership)
- ๒) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning)
- ๓) การให้ความสำคัญกับลูกค้าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและตลาด (Student, Stakeholder and Market Focus)
- ๔) สารสนเทศและการวิเคราะห์ (Information and Analysis)
- ๕) การให้ความสำคัญแก่บุคคลและหน่วยงานย่อย (Faculty and Staff Focus)
- ๖) การบริหารกระบวนการ (Process Management)
- ๗) ผลการดำเนินงาน (Organizational Performance Result)

๒. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ

๒.๑ หลักการเกี่ยวกับการบริหารกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ

กิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ หรือ Quality Control Circle สามารถกล่าวได้ว่าเป็นระบบคุณภาพที่ช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากและได้มีหลายหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชนก็ได้นำหลักการกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพไปประยุกต์ใช้ในองค์กรอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

กิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ เป็นกิจกรรมที่เกิดจากการรวมกลุ่มของพนักงานจำนวนตั้งแต่ ๓ - ๑๐ คนโดยสมัครใจ เพื่อร่วมกันค้นหาปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาค้นหาหรือปรับปรุงคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องร่วมกัน เพื่อก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพที่ดีมากยิ่งขึ้นโดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพนี้ จะต้องไม่ขัดต่อกฎระเบียบขององค์กร

ดังนั้นกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ จึงถือได้ว่าเป็นกิจกรรมของพนักงานทุกคนและทุกหน่วยงานภายในองค์กร เพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินการค้นหาปัญหาและปรับปรุงคุณภาพงานในหน่วยงานของตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดเป็นการควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

๒.๑.๑ วัตถุประสงค์ของกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ

กิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อจะช่วยค้นหาปัญหาและทำการแก้ไขปัญหาค้นหาและเพิ่มคุณภาพในการทำงานให้มากขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากพนักงานภายในองค์กรโดยวัตถุประสงค์ของกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพมีดังต่อไปนี้

๒.๑.๑.๑ เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากพนักงานทุกคนในการปรับปรุงและพัฒนางานของตนเองให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

๒.๑.๑.๒ เพื่อให้เกิดการเคารพในความสามารถของเพื่อนร่วมงาน สร้างความสุขและความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้อยู่เสมอ

๒.๑.๑.๓ เพื่อให้พนักงานทุกคนได้แสดงศักยภาพและความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่

๒.๑.๒ ประโยชน์ของกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ ดนัย เทียนพุด (๒๕๓๔) กล่าวว่า ประโยชน์ของกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพนั้นมีมากมาย แต่จะขอสรุปเป็นสังเขปดังนี้

๒.๑.๒.๑ กิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ สามารถที่จะผลักดันให้พนักงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ อย่างดำเนินการจนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ขององค์กรได้เป็นอย่างดีโดยพนักงานทุกคนต้องช่วยกันทำงานเพื่อที่จะมุ่งไปสู่จุดหมายที่ได้ช่วยกันกำหนดขึ้นไว้ และทุกคนก็จะได้ช่วยกันทุ่มเทแรงกาย แรงใจไปสู่ความสำเร็จในภายภาคหน้า

๒.๑.๒.๒ มีการทำงานเป็นทีม โดยเริ่มตั้งแต่การร่วมกันวางแผน - กำหนดปัญหา- การวิเคราะห์สาเหตุแห่งปัญหา - การปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา - สรุปและเสนอแนะ - เริ่มต้นปัญหาสำหรับกิจกรรมใหม่ ซึ่งจะมีการมอบหมายความรับผิดชอบให้ทั่วถึงทุกคนและจะไม่มีใครรู้สึกว่าคุณเองอยู่โดดเดี่ยว หรือตัวเองเด่นมีความสามารถคนเดียว

๒.๑.๒.๓ บรรยากาศในการทำงานมีลักษณะเป็นแบบให้ความร่วมมือกันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็นไปอย่างอิสระโดยไม่มี การบังคับ ทุกคนพร้อมที่จะรับและให้ความช่วยเหลือ ในขณะเดียวกันทั้งตัวพนักงานและกลุ่มกิจกรรมก็จะแข่งขันกันอย่างยุติธรรม โดยการแข่งขันจะเป็นลักษณะที่จะนำไปสู่เป้าหมายของหน่วยงาน องค์กรหรือบริษัทเท่านั้น

๒.๑.๒.๔ พนักงานในองค์กรจะมีความกระตือรือร้นอยู่ตลอดเวลา พนักงานจะรู้สึกพร้อมที่จะร่วมกันทำงานทุกชนิดตามความถนัด และจะรู้สึกว่าการเป็นสถานที่ที่นำทำงาน เป็นที่ที่จะก่อให้เกิดผลอันเป็นประโยชน์ต่อลูกค้าหรือผู้รับบริการ ขณะเดียวกันก็รู้สึกสนุกและมีความสุขในขณะที่ทำงาน

๒.๑.๒.๕ การบริหารแบบมีส่วนร่วม เมื่อลักษณะการทำงานเป็นทีม ทุกคนก็จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายหรือแผนงานต่างๆ และทุกคนจะขึ้นอยู่กับกลุ่มซึ่งจะไม่มีใครเหนือใคร

๒.๑.๒.๖ การวินิจฉัยปัญหาของพนักงานในกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ จะมุ่งไปที่การแก้ที่สาเหตุของปัญหา จะไม่แก้ที่อาการของปัญหาอย่างเด็ดขาด ผู้บริหารทุกระดับจะทราบว่าจะอะไรคือปัญหาที่จะต้องรีบแก้ไขให้ทันที่ อะไรเป็นปัญหาหลัก ปัญหารอง ซึ่งจะได้มาจากการเสนอแนะของกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ

๒.๑.๒.๗ กิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ จะก่อให้เกิดความริเริ่มสร้างสรรค์พนักงานทุกคนจะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ในลักษณะของการระดมความคิด (Brainstorming) และเป็นความคิดที่มีเหตุผล จะค้นหาวิธีการทำงานใหม่ๆ ให้ดีกว่าเดิมอยู่เสมอ

๒.๑.๒.๘ เมื่อสามารถสร้างให้เกิดกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพขึ้นได้ ทุกคนในองค์กรไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารหรือพนักงาน จะกระตือรือร้นที่จะศึกษาหาความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ จะให้ความสำคัญต่อการฝึกอบรมและพัฒนา ซึ่งเป็นหัวใจอันสำคัญยิ่งในการสร้างให้องค์กรมีความก้าวหน้ากับโลกของการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาการสมัยใหม่

๒.๑.๒.๙ กิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ จะสร้างให้พนักงานคำนึงถึงอนาคตขององค์กร และพยายามหาช่องทางอยู่เสมอเพื่ออนาคตขององค์กร เพราะถ้าองค์กรเจริญก้าวหน้า ผลที่ได้ก็จะมาสู่ตัวพนักงานเอง ในรูปผลประโยชน์ตอบแทน เงินเดือน โบนัสและอื่นๆ

๒.๑.๒.๑๐ กิจกรรมควบคุมคุณภาพจะทำให้ฝ่ายจัดการมุ่งที่จะให้การทำงานมีประสิทธิภาพ โดยเน้นคุณภาพที่ดีของผลผลิตหรือบริการ ขณะเดียวกันก็ยังมุ่งมั่นให้พนักงานได้มีคุณภาพของชีวิตการทำงานที่ดี (Quality of Work Life; QWL) ทุกคนที่ทำงานในองค์กรจะตระหนักดีว่า เขามีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่เป็นส่วนหนึ่งของตนและกลุ่มกิจกรรมรวมถึงองค์กรของเขา

๒.๑.๓ ปัจจัยความสำเร็จของกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ วิฑูรย์ สิมะโชคดี (๒๕๕๙) กล่าวว่า การจะทำให้กิจกรรมกลุ่ม QCC หรือกิจกรรมทุกอย่างในองค์กรสำเร็จ ขึ้นอยู่กับ ๓ ปัจจัย คือ

๒.๑.๓.๑ ผู้บริหารและโครงสร้างขององค์กรต้องเอื้ออำนวย ผู้บริหารระดับสูง ต้องจริงจัง ไม่ใช่พูดครั้งเดียวแล้วก็เลิก หมายความว่า ผู้บริหารต้องเป็นตัวอย่าง คอยติดตามสอบถาม ประเมินผล เรียกประชุม และสนับสนุนกิจกรรมคุณภาพอย่างจริงจังในทุกรูปแบบ

๒.๑.๓.๒ การใช้เวลาและงบประมาณ ให้เวลาคือ เปิดโอกาสให้พนักงานได้มานั่งคุยกันมีการประชุม QCC ได้บ้าง เหมือนกับการให้เวลากับกิจกรรม ๕ส และมีงบประมาณเกื้อหนุนเต็มที่

๒.๑.๓.๓ การสร้างวัฒนธรรมและปรับเปลี่ยนวิธีทำงาน พนักงานต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง ทุกวันนี้อะไรขององค์กรไปไม่รอด เพราะว่าไม่เกิด Team Spirit ที่แท้จริง ไม่เกิดการทำงานที่ร่วมมือกันอย่างจริงจังแท้จริง ทำงานไปตามคำสั่งเท่านั้น ตรงนี้ขึ้นอยู่กับหัวหน้างาน และ Facilitator ที่จะต้องมีความสามารถในการกระตุ้นและผลักดันให้คนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง

๒.๒ การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม

การบริหารแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลผู้บริหารใช้การจูงใจ ให้บุคคลผู้ปฏิบัติงานหรือบุคคลผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติงาน ร่วมรับผิดชอบ เพื่อการพัฒนางานที่ปฏิบัติให้มีคุณภาพสูงสุดซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ

ปฏิบัติงานไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมในลักษณะของการรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจตลอดจน การประเมินผลให้ทุกฝ่ายได้สำนึกในหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกัน อันจะนำไปสู่เป้าหมายขององค์กร (วินัย ตีสสงค์และดวลย์ มาศจรัส, (๒๕๕๐), ธร สุนทรายุทธ, (๒๕๕๑))

การที่บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติขององค์กรได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนด เป้าหมาย ดำเนินงาน การประเมินผล และการแบ่งปันผลประโยชน์ เพื่อเป็นการสร้างความมุ่งมั่นผูกพันระหว่าง บุคคลผู้ที่เกี่ยวข้องในการบรรลุเป้าหมายขององค์กร การร่วมรับผิดชอบและร่วมมือในการพัฒนาองค์กร การที่ ปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยมีกลยุทธ์ในการทำงานด้วยการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การให้ ความสำคัญกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง การทำงานเป็นทีม การสนับสนุนปัจจัย การติดต่อ สื่อสารรวมทั้ง การให้ขวัญและกำลังใจ การที่บุคคลผู้บริหารเปิดโอกาสให้สมาชิกในองค์กรได้เข้ามา เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ด้วยความสมัครใจด้วยความเป็นมิตร หรือด้วยมีเป้าหมายและผลประโยชน์ ร่วมกันทั้งบุคคล ผู้บริหาร และ สมาชิกหรือกลุ่มสมาชิกที่จะปฏิบัติงานร่วมกันคิด ตัดสินใจสร้างสรรค์งาน โดยมีการประสานงานจากบุคคล ผู้บริหารทุกเรื่องไม่ไขการชี้แนะให้ปฏิบัติตามหรือประสานงานร่วมกัน เฉพาะบางงาน แต่เป็นการร่วมกันอย่าง อิสระในความคิดในการตัดสินใจ ในการปฏิบัติงาน ในผลประโยชน์ ตามเป้าหมายที่วางไว้และร่วมเผชิญต่อผล การประเมินงานจนเกิดการยอมรับ (บงกศ อาษา, (๒๕๔๘), ไพโรจน์ มินสาคร, (๒๕๕๐))

ลักษณะของการบริหารแบบมีส่วนร่วม

ลักษณะของการบริหารแบบมีส่วนร่วมเน้นความสำคัญที่บุคลากรและกลุ่มงานให้มีส่วน เกี่ยวข้องในการบริหารที่มีประสิทธิภาพในบรรยากาศที่เป็นประชาธิปไตย บุคคลผู้บริหารนิยมมอบหมายและ กระจายอำนาจของตนสู่บุคคลผู้ปฏิบัติด้วยความเต็มใจ จึงเป็นการช่วยลดภาระหน้าที่ของบุคคลผู้บริหารลง และ สามารถใช้เวลาในเรื่องสำคัญอื่นๆ ได้มากขึ้น ขณะเดียวกันก็ช่วยให้งานในระดับล่างมีความหมายและท้าทายมาก ขึ้นโดยมีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ๔ ขั้นตอน คือ

๑) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย ริเริ่ม ตัดสินใจ และ ปฏิบัติการ

๒) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Implementation) ประกอบด้วย ด้านทรัพยากรการ บริหาร และประสานความร่วมมือ

๓) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits)

๔) การมีส่วนร่วมในการประเมิน (Evaluation)

๒.๓ แนวคิดทรัพยากรในการบริหาร (๔M)

การบริหารจัดการทุกประเภทจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารจัดการที่ สำคัญ ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการจัดการ (Management) หรือ ที่เรียกย่อ ๆ ว่า ๔M's ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการบริหาร เพราะการบริหารจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ต้องอาศัยบุคลากรที่มีคุณภาพมีปริมาณเพียงพอ ต้องได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการเพียงพอ ต้องมีวัสดุ อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความต้องการของแผนงานและโครงการและต้องมีระบบการจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพเพื่อให้ ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด (ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ ,๒๕๔๕)

๑) ด้านบุคลากร (Man) คือ คนงาน พนักงาน หรือบุคลากรทั้งจากภายในและภายนอก ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่สุด เพราะการทำธุรกิจหรือดำเนินการใดๆ จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยคน ทั้งในด้าน ความคิด การวางแผน การดำเนินการ หรือจัดการทำให้เกิดผลทางธุรกิจทุกรูปแบบ การพัฒนาคนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจ การบริหารกำลังคน ต้องมีการพัฒนาคนด้านความรู้ ทักษะ และวางแผน เพื่อให้เกิดการใช้คนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลกับงานให้มากที่สุด

๒) ด้านงบประมาณ (Money) คือ เงิน หรือทุนที่ใช้ในการดำเนินธุรกิจทั้งจากเงินทุนภายในและภายนอก ในทางธุรกิจเงินทุนถือว่าเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่สุด เพราะการทำธุรกิจทุกอย่างไม่สามารถดำเนินได้ดีหากขาดทุนในการดำเนินงาน กล่าวได้ว่าการทำธุรกิจทุกอย่างจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยเงินทุน เพราะจะเป็นตัวขับเคลื่อนธุรกิจและปัจจัยต่างๆ ให้ดำเนินการไปได้ทั้งในด้านค่าแรงคน ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ค่าใช้จ่ายในการซื้อวัสดุมาใช้ในการดำเนินธุรกิจ การมุ่งเป้าไปที่การพัฒนาเงินจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจ การบริหารกำลังเงินทุน ต้องมีการวางแผนในการจัดสรรเงินทุน ว่าทำอย่างไรให้มีการใช้จ่ายน้อยที่สุด มีการคิดหาวิธีทำให้ต้นทุนน้อยที่สุด และบริหารการใช้เงินให้เกิดประสิทธิผลกับงานให้มากที่สุด

๓) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) คือ การกำหนดแนวทางการใช้งานเครื่องมือเครื่องใช้ที่เป็นส่วนสำคัญของการผลิตออกมา ให้มีคุณภาพ และผลิตได้ในระยะเวลาที่กำหนด ดังนั้นจึงกำหนดให้พนักงานทุกคน ต้องมีความรู้ ความสามารถในการใช้งานเครื่องมือต่างๆ ได้เป็นอย่างดี โดยมีการฝึกฝนและทำความเข้าใจรวมถึง เทคนิคต่างๆ ที่จะเป็นการดูแลรักษาและป้องกันอันตรายหรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นระหว่าง ปฏิบัติงานได้

๔) ด้านการจัดการ (Management) วิธีปฏิบัติงาน (Method) คือ วิธีการ ขั้นตอน หรือขบวนการในการทำธุรกิจ ความสำเร็จของการดำเนินธุรกิจส่วนใหญ่ จะมาจากการที่องค์กรมีการกำหนดขั้นตอนแนวทางในการดำเนินงานที่ดี การที่จะมีแนวทางการปฏิบัติงานและขั้นตอนของการดำเนินธุรกิจที่ดีได้ ควรต้องมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน มีวิสัยทัศน์ที่ดี มีการวางแผนจัดการ การติดตามความก้าวหน้าของงาน การตรวจสอบคุณภาพผลงานที่ได้ และการควบคุมการทำธุรกิจอย่างต่อเนื่อง การบริหารวิธีปฏิบัติงาน ต้องมีการพัฒนาขั้นตอนการทำงาน นำเอาความรู้เทคโนโลยีใหม่ และวางแผนขบวนการทำงานให้ดี มีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก ประหยัดเวลา สามารถติดตามตรวจสอบได้ง่าย และกระบวนการจัดการบริหารควบคุมเพื่อให้งานทั้งหมดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล

๓. การวิเคราะห์ศักยภาพการดำเนินงานภายในองค์กรด้วยแนวคิด McKinsey ๗S Framework

การพัฒนาองค์กรจะประสบความสำเร็จได้ต้องเริ่มต้นจากการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กร เพื่อที่จะได้นำความสามารถหรือจุดแข็งที่มีอยู่มาใช้ในการสร้างโอกาส และสำหรับสิ่งที่เป็นจุดอ่อนก็ต้องรับนำมาดำเนินการแก้ไข ซึ่งการวิเคราะห์ ศักยภาพจำเป็นต้องมี การวิเคราะห์ให้ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร สำหรับแนวคิดในการวิเคราะห์หาปัจจัยภายในขององค์กรที่ได้รับความนิยมแนวคิดหนึ่ง คือ แนวคิดของ McKinsey ๗S Framework เป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติว่าเป็นเกณฑ์ที่สามารถประเมินจุดแข็งและโอกาสในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลการปฏิบัติงานขององค์กรต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันทั้งหมด ๗ ตัว ได้แก่

S๑= โครงสร้างองค์กร (Structure) การพิจารณาลักษณะขององค์กรมีประโยชน์ต่อการจัดทำกลยุทธ์ขององค์กร เนื่องจากถ้าโครงสร้างองค์กรมีความเหมาะสมและสอดคล้องต่อกลยุทธ์ที่เลือกใช้ก็จะเป็น จุดแข็งขององค์กร แต่ถ้าโครงสร้างขององค์กรไม่เหมาะสมและสอดคล้องกับกลยุทธ์ที่เลือกใช้ก็จะเป็นจุดอ่อน ขององค์กร

S๒ = กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy) กลยุทธ์ขององค์กร ได้แก่ กิจกรรมหรือการดำเนินงานต่างๆ ภายในองค์กรที่ได้ถูกวางแผนขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมภายนอกและภายในองค์กร กลยุทธ์ขององค์กรจัดทำขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้องค์กรมีความสามารถ กลยุทธ์ขององค์กรนั้นมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างขององค์กรอย่างใกล้ชิดเนื่องจากการจัดโครงสร้างขององค์กรนั้นจะต้องเป็นไปตามกลยุทธ์ขององค์กรนั้นๆ (Structure Follows Strategy)

S๓ = ระบบในการดำเนินงานขององค์กร (Systems) ระบบภายในองค์กร ได้แก่ ระบบหรือขั้นตอนการดำเนินงานภายในองค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่ช่วยให้องค์กรสามารถดำเนินไปได้ เช่น ระบบด้านงบประมาณและระบบบัญชี ระบบในการสรรหาและคัดเลือกพนักงาน ระบบในการฝึกอบรม ระบบในการติดต่อสื่อสาร ระบบหรือขั้นตอนการทำงานเหล่านี้จะบ่งบอกถึงวิธีการทำงานต่างๆ ขององค์กร

S๔ = ลักษณะแบบแผนหรือพฤติกรรมในการบริหารงานของผู้บริหารระดับสูง (Style) โดยรวมถึงบุคลิกภาพของผู้บริหารระดับสูงด้วย เนื่องจากการกระทำหรือพฤติกรรมของผู้บริหารระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของพนักงานภายในองค์กรมากกว่าคำพูดของผู้บริหาร

S๕ = บุคลากรในองค์กร (Staff) ประกอบด้วยบุคลากร/พนักงานทุกระดับภายในองค์กร รวมทั้งแบบแผนและพฤติกรรมต่างๆ ที่องค์กรแสดงและปฏิบัติต่อพนักงานภายในองค์กร เช่น การมอบหมายให้ฝ่ายบุคคลเป็นผู้ดูแลเกี่ยวกับด้านพนักงานทั้งหมด หรือการที่ผู้บริหารระดับสูงเข้ามาเกี่ยวข้องต่อการจูงใจและพัฒนาพนักงาน

S๖ = ความรู้ความสามารถขององค์กร (Skills) สิ่งที่องค์กรสามารถทำได้ดีกว่าองค์กรอื่นถือว่าเป็นความรู้ความสามารถของพนักงาน เช่น ความสามารถและทักษะขององค์กรในการให้บริการผู้มารับบริการ/ลูกค้า ความสามารถในด้านวิจัยและพัฒนา ความสามารถด้านการตลาด ความสามารถด้านการเงิน

S๗ = ค่านิยมร่วมกัน (Shared Values) ได้แก่แนวคิดร่วมกัน ค่านิยม ความคาดหวังขององค์กร ซึ่งมักจะไม่ได้เขียนไว้อย่างเป็นทางการ เป็นแนวคิดพื้นฐานขององค์กรแต่ละแห่ง รวมทั้งสิ่งที่ต้องการจะให้องค์กรเป็นในอนาคตข้างหน้า องค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหารมักจะมีค่านิยมร่วมกันที่ก่อให้เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

เนื่องจากกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ (Quality Control Circle; QCC) ต้องอาศัยองค์ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินการ รวมถึงการเสียสละเวลาในการรวมกลุ่มเพื่อค้นหาปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกัน จึงอาจทำให้การดำเนินการทำได้ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก

๑. การแบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบที่ไม่ชัดเจน ทำให้มีผู้ดำเนินกิจกรรมเพียงไม่กี่คน จึงทำให้เกิดความล่าช้า และไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้
๒. ความรู้ความเข้าใจ ถึงความสำคัญหรือประโยชน์ของการทำกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพภายในองค์กร ซึ่งทำให้สมาชิกไม่ค่อยให้ความสำคัญและร่วมมือในการทำกิจกรรม
๓. หัวหน้างานไม่มีส่วนร่วม ไม่มีเวลาและไม่ให้ความสำคัญของการจัดกิจกรรมเท่าที่ควรส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมของกลุ่มเป็นไปด้วยความลำบาก ไม่ราบรื่น

แนวทางการแก้ไข

๑. แบ่งโครงสร้างกลุ่มและหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพให้ชัดเจน
๒. จัดกิจกรรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อให้ทุกกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ร่วมอบรมและได้ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ร่วมกันตั้งแต่การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการทำกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ ระดมความคิดเห็นหัวข้อปัญหาที่จะนำมาปรับปรุง วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ตั้งเป้าหมายในการปรับปรุงและกำหนดแนวทางในการดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมต่อหัวข้อของปัญหา
๓. เสนอให้คณะกรรมการทีมนำกำหนดให้การทำกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพเป็นตัวชี้วัด (Key Performance Index: KPI) ของหัวหน้างานเพื่อให้หัวหน้างานเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ คอยให้ความช่วยเหลือ แนะนำต่างๆ เพื่อให้กิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพสามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. บุคลากรทราบถึงหลักการของการทำกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ (Quality Control Circle; QCC) เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานกิจกรรมควบคุมคุณภาพภายในหน่วยงาน

๒. ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการขับเคลื่อนกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพและได้ปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงานกิจกรรมควบคุมคุณภาพภายในองค์กรให้มีอัตราความสำเร็จที่เพิ่มมากขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราความสำเร็จของการทำกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพมากกว่า ๘๐% ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยแบ่งเป็น ๒ ระยะ

ระยะที่ ๑ อัตราความสำเร็จของการทำกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพมากกว่า ๗๐%

ระยะที่ ๒ อัตราความสำเร็จของการทำกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพมากกว่า ๘๐%

(ลงชื่อ) ภัทรี

(นางสาวภัทรี ลิ้มธงชัย)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน