

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความรู้และทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาลแม่สะเรียง ต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
2. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ
3. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

### 1. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

#### 1.1 ความหมาย

ความรู้ ตามความหมายในพจนานุกรมเวปสเตอร์ (Webster Dictionary, 1990) หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าและความรู้เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกตประสบการณ์หรือจากรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ ต้องชัดเจน และต้องอาศัยเวลา

กู๊ด (Good, 1973) ได้ให้คำจำกัดความของความรู้ไว้ว่า เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้

อุทุมพร ทองอุไทย (2523) ได้ให้ความหมายของความรู้ คือ พฤติกรรมในสภาพการต่างๆ ซึ่งเน้นการจำ ไม่ว่าจะเป็นการระลึกถึงหรือระลึกได้ก็ตาม เป็นสภาพการที่เกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากการเรียนรู้โดยเริ่มต้นจากการรวมเอกสารต่างๆเหล่านั้น และพัฒนาไปสู่ขั้นที่มีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้นไป

บุญชม ศรีสะอาด (2537) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้ เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่บุคคลได้รับรู้ไว้ในสมอง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ได้เสนอว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่อาจจำได้ อาจโดยการฝึก หรือการมองเห็นได้ขึ้น ได้จำ ความรู้ขั้นนี้ได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหา

สมจิตต์ เพชรพันธุ์ศรี (2535) ได้กล่าวว่า ความรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการจัดระบบข้อมูลใหม่ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่มนุษย์ ได้รับจากการศึกษา ค้นคว้า

การสังเกต จากประสบการณ์ของบุคคลซึ่งสะสมหรือถ่ายทอดสืบกันมา เป็นพฤติกรรมขั้นต้น เพียงแต่จำได้หรือนึกได้

ธวัชชัย ชัยจิรฉายาคู (2537) กล่าวว่า ความรู้หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึง ความจำและการระลึกได้ที่มีต่อความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่ยาก ซับซ้อนและมีความหมายแก่กัน

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2533) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า เป็นการรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับข้อเท็จจริง และความคิดรวบยอดซึ่งเน้นถึงความสามารถในการจำและความเข้าใจ จนก่อให้เกิดความคุ้นเคย ทำให้มีความรู้ในสิ่งนั้นๆ โดยผ่านกระบวนการของเหตุและผลเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ

กล่าวโดยสรุป ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง รายละเอียดต่างๆ ซึ่งได้รับมาจากประสบการณ์ การเรียนรู้ ที่บุคคลได้เก็บรวบรวมไว้และสามารถระลึกได้ แสดงออกมา ในการศึกษาครั้งนี้ความรู้หมายถึงสิ่งที่บุคลากร โรงพยาบาลแม่สะเรียง ได้เรียนรู้และระลึกได้จากประสบการณ์และการเรียนรู้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตามระดับความรู้ที่ได้รับ

บลูม (อ้างใน จิตวิวัฒน์ ตันติวัฒน์, 2544) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้ หรือความสามารถทางสติปัญญา (cognition domain) เป็น 6 ประเภท คือ

1. ความรู้ (knowledge) เป็นการเรียนรู้ที่เน้นถึงความจำ และการระลึกได้ต่อความคิด วัตถุและปรากฏการณ์ต่างๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่ยาก ซับซ้อน และมีความสัมพันธ์ต่อกัน

2. ความเข้าใจ (comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญาที่เกี่ยวกับการสื่อความหมายในลักษณะของการตีความ แปลความและสรุปเพื่อทำนาย

3. การนำไปใช้ (application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่างๆ ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ หรือสถานการณ์จริง

4. การวิเคราะห์ (analysis) เป็นความสามารถในการพิจารณาแยกแยะวัตถุหรือเนื้อหา ออกเป็นส่วนปลีกย่อย ที่มีความสัมพันธ์กันและการสืบเสาะความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ เพื่อหาประกอบเข้าด้วยกันอย่างไร

5. การสังเคราะห์ (synthesis) เป็นความสามารถในการรวมส่วนประกอบย่อยๆ หรือส่วนใหญ่ๆ ให้เป็นเรื่องเดียวกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ไม่ชัดเจนมาก่อนให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ ภายในขอบข่ายของงาน หรือปัญหาที่กำหนด

6. การประเมินค่า (evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด ผลงาน คำตอบ วิธีการ และเนื้อหาสาระ เพื่อวัตถุประสงค์บางอย่างโดยมีการกำหนดเกณฑ์เป็นฐาน

ในการประเมินผล เป็นขั้นพัฒนาการทางความคิด ความสามารถที่จะใช้ความรู้ ความเข้าใจ ในสิ่งที่เรียนรู้ นำไปใช้เพื่อการวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ จำเป็นต้องมีการประเมินค่า ซึ่งการประเมินค่าความรู้นั้นอาจมี อารมณ์ ทศนคติ และความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่มีมาตรฐาน เพื่อเป็นเกณฑ์การประเมินและวัดระดับความรู้ของบุคคล

### 1.2 ระดับของความรู้

ดิชอว์ (Deshaw อ้างใน วิชัย คิสรุระ, 2535) ได้แบ่งระดับความรู้จากต่ำสุดไปหาสูงสุด ดังนี้

1.2.1. ข้อเท็จจริง (fact) คือ เนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับสิ่งใด สิ่งหนึ่งในลักษณะนามธรรม ขั้นต่ำสุด

1.2.2. ความคิดรวบยอด (concept) คือ คำใดคำหนึ่ง หรือประโยควลีที่แสดงถึงลักษณะความเด่นชัดของสิ่งต่างๆ

1.2.3. หลักการหรือเหตุผล (generalization) คือ ประโยคบอกเล่าที่พยายามอธิบายความสัมพันธ์ของความคิดรวบยอดต่างๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของความคิดรวบยอดนั้น

1.2.4. กฎเกณฑ์ (principle) คือ ประโยคบอกเล่าของความคิดที่เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นนามธรรมที่เป็นจริงตามความคิดรวบยอด และหลักการที่สามารถทดสอบได้มาเป็นเวลานานพอสมควร

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ วัดความรู้ ในระดับข้อเท็จจริง ที่เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากร โรงพยาบาลแม่สะเรียง

### 1.3 การวัดความรู้

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด ซึ่งแต่ละชนิดเหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ที่รู้จักกันโดยทั่วไป ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การให้ปฏิบัติการ การศึกษากรณี การให้จินตนาการ การใช้แบบสอบถาม และการทดสอบ ในที่นี้จะนำเครื่องมือที่วัดความรู้ที่นิยมใช้โดยทั่วไป คือ แบบทดสอบหรือข้อสอบ (testing) ซึ่ง บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ (2540) กล่าวว่า การทดสอบเป็นการนำชุดคำถามที่สร้างขึ้นไปกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตามที่ต้องการออกมา โดยสามารถสังเกตและวัดได้ การทดสอบโดยทั่วไปจะใช้แบบทดสอบเป็นเครื่องมือสำคัญ

แบบทดสอบ หมายถึง เครื่องมือเฉพาะที่วัดความสามารถของสมอง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์และความถนัด ที่สามารถให้คะแนนได้ โดยทั่วไปจะมีอยู่ 3 ประเภทได้แก่

1.3.1. แบบทดสอบแบบความเรียง (essay test) เป็นแบบที่กำหนดคำถามให้ และให้ผู้ตอบจะต้องเรียบเรียงคำตอบเอง ลักษณะเด่นอยู่ที่ให้อิสระแก่ผู้ตอบ ผู้ตอบต้องเรียบเรียงความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็น แล้วเขียนคำตอบตามที่ตนถนัด ผู้ตอบต้องใช้เวลาส่วนมากไปในการคิดและเขียนคำตอบ ฉะนั้นไม่นิยมใช้ เว้นแต่เป็นแบบสัมภาษณ์ หรือใช้สำรวจเบื้องต้นเท่านั้น

1.3.2. แบบทดสอบแบบตอบสั้น (short answer test) เป็นแบบที่กำหนดคำถามให้ และกำหนดให้ตอบสั้นๆ ผู้ตอบต้องหาคำตอบเองเหมือนความเรียง แต่จำกัดคำตอบให้ตอบ ซึ่งแบบทดสอบตอบสั้นโดยทั่วไปจะมี 3 ชนิด ได้แก่

1). แบบข้อความสมบูรณ์ (completion item) รูปแบบการใช้ประโยคที่มีเนื้อหาสมบูรณ์ แต่ให้ตอบสั้นๆ เพียงคำเดียวหรือวลีเดียว

2). แบบข้อความไม่สมบูรณ์ (incompletion statement) รูปแบบการถามจะใช้ประโยคที่เป็นข้อความไม่สมบูรณ์ และเว้นช่องว่างให้เติมคำหรือวลีลงไป จะทำให้เป็นประโยคสมบูรณ์

3). แบบเติมคำที่มีความสัมพันธ์ รูปแบบนี้จะตั้งคำถามด้วยประโยคหลัก ตามด้วยคำหรือข้อความย่อยๆ เว้นให้หาคำตอบเติม คำตอบที่เติมจะต้องสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคำหรือประโยคข้อความย่อยที่กำหนดไว้ให้

1.3.3. แบบคำถามแบบเลือกตอบ (multiple choice item) เป็นแบบคำถามที่กำหนดให้ทั้งคำถามและคำตอบ ผู้ตอบต้องเลือกตอบตามคำตอบที่กำหนดให้ ลักษณะเด่นของแบบทดสอบเลือกตอบอยู่ที่ผู้ตอบ จะต้องใช้เวลาส่วนมากไปในการอ่านและคิด ส่วนการตอบใช้เวลาน้อย การตรวจและการวิเคราะห์ทำได้ง่ายและสะดวก จึงนิยมใช้ทั่วไปในการรวบรวมข้อมูล แบบทดสอบแบบเลือกตอบมีหลายชนิด ที่นิยมนำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่

1). แบบสองตัวเลือก มีลักษณะเป็นแบบถูกผิดเป็นหลัก ใช้ถามข้อเท็จจริง และวัดความรู้ในระดับความจำ เช่น คำนิยามศัพท์และวิธีการ เป็นต้น

2). แบบหลายตัวเลือก เป็นแบบที่กำหนดคำตอบให้มากกว่า 2 คำตอบ ซึ่งมีตั้งแต่ 3 – 5 คำตอบ โดยทั่วไปนิยม 4 คำตอบ จากคำตอบที่กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ซึ่งอาจเป็นแบบให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว หรือเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่เพียงคำตอบเดียว หรือจะเลือกคำตอบที่ผิดก็ได้

ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบทดสอบวัดความรู้แบบเลือกตอบ (multiple choices) ชนิด 4 ตัวเลือก

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

### 2.1 ความหมาย

นักการศึกษาได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้แตกต่างกันไปความตามความเข้าใจของตนเอง ซึ่งได้ประมวลมากล่าวไว้เป็นตัวอย่าง ดังนี้

ทัศนคติ มาจากรากศัพท์ภาษาละติน ว่า “Aptus” ซึ่งหมายความว่า โน้มเอียง เหมาะสม เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ทั้งในด้านการพัฒนาตนเอง การศึกษา รวมทั้งการพัฒนาสังคมเพราะทัศนคติจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ การเรียน การจำ การแสดงออก และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มและสังคมส่วนรวม (ประสาน มาลากุล ณ อยุธยา, 2529 อ้างใน วราภรณ์ เขมโชติกูร, 2540)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ได้ให้ความหมายของ ทัศนคติ ไว้ว่า ทัศนคติ เป็นคำสมาสระหว่าง ทัศนะ ซึ่งแปลว่า ความเห็น กับคำว่า คติ ซึ่งแปลว่า แบบอย่างหรือแนวทาง เมื่อรวมกันเข้าจึงหมายถึง แนวความคิดเห็น

อัลพอร์ต (Allport, 1953 อ้างใน รังสรรค์ คำปลิว, 2542) ได้กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาวะแห่งความพร้อมทางด้านจิตใจและความคิดในการแสดงออก ซึ่งเกิดจากประสบการณ์และเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่น วัตถุ สิ่งของและสถานที่เกี่ยวข้อง

กู๊ด (Good, 1973 อ้างใน สุวิมล ชมภูแก้ว, 2544) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความพร้อมที่จะแสดงในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง อาจจะเป็นการเข้าหาหรือต่อต้านสภาพการณ์บางอย่าง บุคคลหรือสิ่งใดๆ เช่น รักเกลียด กลัวหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้นๆ

กฤษณา ศักดิ์ศรี (2530) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกและท่าทีของคนเราที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นความรู้สึกในทางชอบ ไม่ชอบและมีเหตุผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้นตามความรู้สึกดังกล่าว

ล้วน สายยศ (2541) ทัศนคติ เป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออก ที่บ่งบอกถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ลักษณะของทัศนคติโดยรวมแล้วเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะโต้ตอบ (state of readiness) คนเราจะรู้สึกก็ต่อเมื่อประสาทของเราได้สัมผัสกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งก่อน นั่นคือการรับรู้สิ่งนั้นก่อน ถ้าจิตเราเกี่ยวข้องกับสิ่งนั้นก็จะทำให้เกิดความรู้สึกตั้งแต่ต้นๆ คือ เกิดความสนใจ ความซาบซึ้งพอใจ และเกิดเจตคติติดตามมา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งของต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ รวมทั้งท่าทีการแสดงออกที่บ่งบอกถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2535) ได้ให้ความหมายของทักษะคิด หมายถึง การประเมินความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจของบุคคล ความรู้สึกด้านอารมณ์และแนวโน้มการปฏิบัติที่มีผลต่อความคิดหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือหมายถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

จากความหมายของทักษะคิดที่กล่าวมาแล้วนั้น แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของการมองทักษะคิด โดยมีทั้งการให้ความหมายของทักษะคิดในด้านจิตใจ ในเชิงสติปัญญา และในเชิงการกระทำ ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของทักษะคิด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ทักษะคิดเป็นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันระหว่าง ความรู้สึก และความเชื่อหรือการรู้ของบุคคล กับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมโต้ตอบในทิศทางใดทางหนึ่งต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าทักษะคิดประกอบด้วยความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และความรู้สึก ส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมา ดังนั้น “ทักษะคิด” ในงานวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาความรู้สึกของบุคลากร โรงพยาบาลแม่สะเรียงต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

## 2.2 องค์ประกอบของทักษะคิด

ทักษะคิดเป็นระบบที่มีลักษณะมั่นคงอันหนึ่ง ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่มีอิทธิพล 3 ประการ (Freeman, 1970, อ้างใน ศักดิ์ สุนทรเสณี, 2531) คือ

2.2.1. องค์ประกอบทางด้านความรู้ (cognitive component) เป็นเรื่องของการรับรู้ของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจเป็นการรับรู้เกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ บุคคล หรือเหตุการณ์ต่างๆ ว่ารู้สิ่งต่างๆ ดังกล่าวนั้นได้อย่างไร รู้ในทางที่ดีหรือไม่ ทางบวกหรือทางลบ ซึ่งจะก่อให้เกิดทัศนคติขึ้นถ้าบุคคลใดรู้สิ่งหนึ่งในทางที่ดี บุคคลนั้นก็จะมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นในทางที่ดี และถ้ารู้สิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางไม่ดี ก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้นด้วย แต่ถ้าไม่รู้จักสิ่งใดเลย ทัศนคติก็จะไม่เกิดขึ้นหรือไม่มีสิ่งใดในโลกก็จะไม่มีเกิดทัศนคติต่อสิ่งใดๆ เลย

2.2.2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (affective component) เป็นองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งถูกเร้ามาจากการรู้นั้น เมื่อบุคคลใดเกิดการรู้สิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกในทางที่ดีหรือไม่ดี แต่ถ้ารู้สึกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ไม่ดีก็จะไม่ชอบหรือไม่พอใจในสิ่งนั้น ซึ่งความรู้สึกนี้จะทำให้เกิดทัศนคติในทางใดทางหนึ่งคือ ชอบหรือไม่ชอบ ความรู้สึกนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเปลี่ยนแปลงได้ยากมาก ไม่เหมือนกับความจริง (facts) ต่างๆ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าถ้ามีเหตุผลเพียงพอ

2.2.3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavioral component) เป็นความพร้อมที่จะสนองต่อสิ่งนั้นๆ ในทางหนึ่งคือพร้อมที่จะสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือ หรือในทางที่ทำลาย ขัดขวาง ต่อสู้ เป็นต้น

ดังนั้นส่วนประกอบทางด้านความคิดหรือความรู้ ความเข้าใจ จึงนับได้ว่าเป็นส่วนประกอบขั้นพื้นฐานของทัศนคติและส่วนประกอบนี้จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลอาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกันทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้

### 2.3 ลักษณะของทัศนคติ

จากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยของนักการศึกษาหลายท่าน ได้กล่าวถึงลักษณะของทัศนคติไว้ดังนี้ ประกิจ รัตนสุวรรณ (2525) กล่าวถึงลักษณะทัศนคติว่า ทัศนคติเป็นพฤติกรรมหรือความรู้สึกด้านจิตใจที่มีสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่งในทางสังคม เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับสิ่งเร้าหรือเกี่ยวกับประสบการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งหมายถึง บุคคลใดจะมีทัศนคติอย่างไรต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้นั้นจะต้องเคยพบเห็น รับรู้รายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้นก่อน และการแสดงออกของทัศนคติหรือการตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดจะเป็นไปในรูปการสนับสนุน ส่งเสริม ซึ่งเรียกว่าเป็นไปในทางบวก (positive) หรือในรูปการโต้แย้ง คัดค้าน ซึ่งเรียกว่าเป็นไปในทางลบ (negative) หรืออาจรู้สึกเฉยๆ (neutral) ต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่ง ศักรินทร์ สุวรรณโรจน์ (2540) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อบุคคล หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้นจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ ดังนี้

- 1). ความรู้สึกในทางบวก เป็นการแสดงออกในลักษณะของความพึงพอใจ เห็นด้วย ชอบหรือสนับสนุน
- 2). ความรู้สึกในทางลบ เป็นการแสดงออกในลักษณะของความไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ไม่ชอบหรือไม่สนับสนุน
- 3). ความรู้สึกที่เป็นกลาง เป็นการแสดงออกในลักษณะกลางๆ คือ ไม่มีความเห็นว่าเป็นใจหรือไม่พอใจ

จิตยา สุวรรณะชญ (2520) ได้กล่าวถึง ลักษณะที่สำคัญของทัศนคติไว้ 4 ประการ คือ

- 1). ทัศนคติ เป็นภาวะก่อนที่จะมีพฤติกรรมโต้ตอบ ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะ หรือ จะเรียกว่าเป็นภาวะที่พร้อมจะมีพฤติกรรมจริง
- 2). ทัศนคติ จะมีความคงอยู่ในระยะเวลา คือความมั่นคงถาวรพอสมควร เปลี่ยนแปลงได้ยาก แต่มิได้หมายความว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง

3). ทักษะคิดเป็นตัวแปรที่นำไปสู่ความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมความรู้สึกนึกคิดไม่ว่าจะเป็นรูปของความแสดงออกโดยวาจาหรือการแสดงความรู้สึก ตลอดจนการที่ต้องเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

4). ทักษะคิด มีคุณสมบัติของแรงจูงใจในอันที่จะทำให้บุคคลประเมินค่าและเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งหมายความต่อไปถึงการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมจริงได้

ล้วน สายยศ (2535, อ้างใน นาริรัตน์ เลกะกุล, 2543) และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 อ้างใน อัมพร จันทร์คำ, 2544) ได้กล่าวถึงลักษณะที่สำคัญของทักษะคิดไว้ว่าทักษะคิดเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะทำให้เกิดความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ คือ เกิดเป็นทัศนคติและทัศนคติไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ซึ่งทัศนคติเป็นสภาวะทางจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมของบุคคล โดยการโน้มน้าวจิตใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งแสดงออกในทางยอมรับหรือไม่ยอมรับ และสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา อาจแสดงออกด้วยคำพูดหรือด้วยสีหน้าท่าทางที่พอใจหรือไม่พอใจ และทัศนคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ แม้ว่าการเกิดทัศนคติจะต้องใช้เวลา ใช้ความคิดพิจารณาจากความรู้สึกที่สะสมมาเป็นเวลานานพอสมควร แต่ทัศนคติก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการเรียนรู้ สภาพแวดล้อม สถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป แล้วแปรเปลี่ยนมาเป็นความรู้สึกภายในที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้ากลุ่มเดียวกันอาจมีความสัมพันธ์กัน

#### 2.4 การเกิดทัศนคติ

นักการศึกษาหลายท่านกล่าวถึงการเกิดทัศนคติไว้ดังนี้ (พัชนี วรกวิน, 2532) กล่าวว่าทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล (สุวิไล เวียงวัฒนสุข, 2532) กล่าวว่าทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดและเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งเป็นไปตามหลัก 3 ประการ คือ เกิดจากความสัมพันธ์และการติดต่อกับผู้อื่น เกิดการถ่ายแบบอย่างจากสภาพการหนึ่งไปสู่สถานการณ์หนึ่งและเกิดการสนองตอบความต้องการของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ Foster (1952 อ้างใน เอื้อมพร สายเสมา, 2538) กล่าวว่าเกิดการเกิดทัศนคติขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัย 2 ประการคือ เกิดจากประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อบุคคลหรือสถานการณ์ ทัศนคติจึงเกิดในตัวบุคคลจากการได้พบเห็นได้คุ้นเคย ได้ทดลอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง (direct experience) และการได้ยินได้ฟัง ได้เห็นรูปภาพ หรือได้อ่านเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ โดยที่ไม่ได้พบหรือไม่ได้ทดลองกับของจริงด้วยตนเอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นประสบการณ์ทางอ้อม (indirect experience) และเกิดจากค่านิยมและการตัดสินใจค่านิยม เนื่องจากกลุ่มชนแต่ละกลุ่มมีค่านิยมและตัดสินใจไม่เหมือนกัน คนแต่ละกลุ่มจึงอาจมีทัศนคติต่อสิ่งเดียวกันแตกต่างกันก็ได้



ถวิล ชาราโกชน (2532) กล่าวถึง สาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไว้ 4 ประการ คือ

- 1). ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (specific experience) เป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้พบกับเหตุการณ์นั้นมาด้วยตนเอง และฝังใจกลายเป็นทัศนคติ
- 2). การติดต่อสื่อสารจากบุคคลอื่น (communication from others) การเกี่ยวข้อง การติดต่อสื่อสารกับบุคคลในสังคม ทำให้บุคคลได้รับเอาทัศนคติหลายๆ อย่าง เข้าไว้โดยไม่ได้ตั้งใจ
- 3). ตัวแบบ (models) บุคคลจะเกิดทัศนคติได้จากตัวแบบที่ปรากฏให้เห็นและถ้าเกิดทัศนคติทางบวกก็จะเลียนรูปแบบ
- 4). อิทธิพลของสถาบัน (institutional factors) ได้แก่ โรงเรียน วัด ครอบครัว หน่วยงาน สมาคม องค์กรต่างๆ เป็นต้น สถาบันเหล่านี้มีส่วนในการสร้างทัศนคติให้แก่บุคคล

### 2.5 ประโยชน์ของทัศนคติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของทัศนคติไว้ดังนี้

1. ช่วยทำให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว โดยการจัดรูปหรือจัดระบบสิ่งของต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเรา
2. ช่วยให้มีการเข้าข้างตนเอง (self-esteem) โดยช่วยให้บุคคลหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดี หรือปกปิดความจริงบางอย่าง ซึ่งนำความไม่พอใจมาสู่ตัวเขา
3. ช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่สลับซับซ้อน ซึ่งการมีปฏิกริยาโต้ตอบหรือการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไปนั้น ส่วนมากจะทำในสิ่งที่ทำความพอใจมากที่สุด หรือเป็นบำเหน็จรางวัลจากสิ่งแวดล้อม
4. ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถแสดงออกถึงค่านิยมของตนเอง ซึ่งแสดงว่า ทัศนคตินั้นนำความพอใจมาให้บุคคลนั้น

### 2.6 การวัดทัศนคติ

(นพมาศ ชีรเวทิน, 2539, อ้างใน เสาวภา พรหมสุข, 2545) การวัดทัศนคติเป็นมโนภาพ (concept) เป็นสิ่งที่วัดได้ยากเพราะเท่ากับวัดสิ่งที่วัดไม่ได้ นักวิชาการหาวิธีวัดโดยการสร้างเครื่องมือวัดขึ้นมา ที่เรียกว่า สเกล (scale) ซึ่งหมายความว่า เป็นวิธีที่สร้างเครื่องมือโดยใช้ประเด็นต่างๆ ของแต่ละเรื่องทีวัดมาชั่งน้ำหนักและให้คะแนนว่าข้อไหนควรจะมีคะแนนมากน้อยกันอย่างไร พอสร้างวิธีวัดเสร็จแล้วก็ตรวจสอบพิจารณาความเชื่อถือได้ (validity) แล้วก็ใช้วัดทัศนคตินั้นๆ กับกลุ่มคนที่ต้องการศึกษาทัศนคติในเรื่องนั้นๆ ของบุคคลแต่ละบุคคลจะเป็นอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับคะแนนที่ได้รับ

### 2.6.1 ประโยชน์ของการวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการดำเนินชีวิตของคน เพราะการรู้ถึงทัศนคติของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ว่าเป็นไปในทิศทางใด ย่อมจะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถทำนายพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้นของบุคคลนั้นได้ และสามารถวางแผนดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งกับบุคคลหรือกลุ่มคนนั้นได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ซึ่งการวัดทัศนคติมีประโยชน์ (ประภาพีญ สุวรรณ, 2537 อ้างใน อัมพร จันคำ, 2544) ดังนี้

- 1). การวัดทัศนคติเพื่อทำนายพฤติกรรม เนื่องจากการวัดทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลจะแสดงถึงความรู้สึกที่มีทางด้านดีหรือไม่ดีเกี่ยวกับสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด หรือมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นเพียงใด ดังนั้นการทราบทัศนคติของบุคคลช่วยให้ทำนายการกระทำของบุคคลได้ และจะเป็นแนวทางให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อบุคคลนั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และอาจเป็นแนวทางให้ผู้อื่นสามารถควบคุมพฤติกรรมของบุคคลนั้นได้ด้วย
- 2). การวัดทัศนคติเพื่อเข้าใจสาเหตุและผล ทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ นั้นเปรียบเสมือนสาเหตุภายในซึ่งมีกำลังผลักดันให้บุคคลกระทำได้ต่างๆ กัน ทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลนี้อาจได้รับสาเหตุมาจากผลภายนอกด้วยส่วนหนึ่ง ดังนั้นการจะเข้าใจอิทธิพลของสาเหตุภายนอกที่มีต่อการกระทำของบุคคลต่างๆ ให้ชัดเจน บางกรณีจึงจำเป็นต้องวัดทัศนคติของบุคคลต่างๆ ต่อสาเหตุภายนอกด้วย
- 3). การวัดทัศนคติเพื่อหาทางป้องกัน การที่จะอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขในสังคมย่อมเป็นไปได้ ถ้าแต่ละบุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งเดียวกัน คล้ายคลึงกัน ดังนั้นการทราบทัศนคติจะเป็นแนวทางให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ และไม่ก่อให้เกิดความแตกแยกในสังคม
- 4). การวัดทัศนคติเพื่อหาทางแก้ไข บุคคลสามารถมีทัศนคติต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งแตกต่างกันไปได้มาก การวัดทัศนคติจึงอาจแสดงให้เห็นว่าบุคคลมีลักษณะที่เหมาะสมหรือไม่เพียงใดเพื่อประโยชน์ในการหาแนวทางแก้ไขทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อไป

### 2.6.2 วิธีการวัดทัศนคติ

ถวิล ธาราโกชน (2532) ได้เสนอวิธีการวัดทัศนคติพอสรุปได้ดังนี้

- 1). การสังเกต (observation) เป็นวิธีการที่ใช้ตรวจสอบบุคคลอื่น โดยการเฝ้ามองและจดบันทึกพฤติกรรมของบุคคลอย่างมีแบบแผน เพื่อที่จะได้ทราบว่าบุคคลที่เราสังเกต มีทัศนคติ ความเชื่อ และอุปนิสัยอย่างไร แต่ในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยาก เพราะทำให้สิ้นเปลืองเวลา และถ้าผู้ถูกสังเกตรู้ตัวก็จะทำให้เกิดการแสวงแสดงพฤติกรรมออกมาได้
- 2). การสัมภาษณ์ (interview) เป็นวิธีการที่ผู้ศึกษา จะต้องออกไปสอบถามบุคคลนั้น ๆ ด้วยปากของตนเอง หรือเป็นการพูดคุยกันอย่างมีจุดมุ่งหมาย ผู้สัมภาษณ์ จะต้องเตรียมข้อรายการที่

จะถามไว้อย่างดี และตรงกับเป้าหมาย ข้อเสียของการสัมภาษณ์ คือ สิ้นเปลืองเวลา ค่าใช้จ่าย และแรงงาน รวมทั้งอาจเกิดความลำเอียงขณะสัมภาษณ์ เนื่องจากความเกรงใจ เกรงกลัว เป็นต้น

3). การใช้แบบสอบถาม (questionnaire) หรือการรายงานตนเอง เป็นวิธีการให้ผู้ถูกสอบวัดแสดงความรู้สึกของตนเองออกมาตามสิ่งเร้าที่เขาได้สัมผัส นั่นคือสิ่งเร้าที่เป็นคำถามให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกออกมาโดยตรงไปตรงมา แบบสอบถามที่นิยมส่วนใหญ่ จะใช้มาตรวัดทัศนคติ แบบเทอร์สโตน (Thurstone Scale) แบบลิเคอร์ท (Likert Scale) แบบออสกู๊ด (Osgood Scale) และแบบกัตต์แมน (Guttman Scale)

4). เทคนิคการจินตนาการ (projective technical) เป็นการวัดทัศนคติทางอ้อมที่ผู้สอบจะต้องอาศัยสถานการณ์หลายอย่างไปเร้าผู้ตอบ เช่น การต่อความหรือคำ หรือประโยคให้สมบูรณ์หาเรื่องราวหรือภาพแปลก ๆ ให้ผู้ตอบจินตนาการออกมา แล้วตีความหมาย การใช้เทคนิคนี้ผู้นำไปใช้จะต้องมีความรู้ทางด้านจิตวิเคราะห์ วิธีการนี้จึงมีการใช้จำกัด

5). การวัดทางสรีระภาพ (physiological) เป็นการวัดที่ต้องอาศัยเครื่องมือไฟฟ้ามาวัดความรู้สึกของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น อากาศใจ เสียใจ ฯลฯ เครื่องมือแบบนี้ยังพัฒนาได้ไม่ดีพอ จึงไม่ค่อยนิยมใช้

การวัดทัศนคติส่วนใหญ่นิยมใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม (questionnaire) มากที่สุด ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ มาตรวัดทัศนคติของลิเคอร์ท

**การวัดทัศนคติแบบลิเคอร์ท** ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ได้กล่าวถึงการวัดทัศนคติโดยวิธี Summated Rating scale หรือ Likert method ซึ่งวิธีการนี้สร้างขึ้นโดย Rinsis Likert กระบวนการของการสร้างแบบวัดทัศนคติก็โดยการสร้างข้อความขึ้นมาหลายๆ ข้อความให้ครอบคลุมหัวข้อที่เราจะศึกษา การตอบแบบวัดทัศนคตินี้มีให้เลือกห้าข้อคือ 1). เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2). เห็นด้วย 3). ไม่แน่ใจ 4). ไม่เห็นด้วย 5). ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งผู้ตอบจะใส่เครื่องหมายลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น การให้คะแนนนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความนั้นแสดง ความหมายทางบวก (positive statement) หรือทางลบ (negative statement) ถ้าข้อความนั้นแสดง ความหมายทางบวก (positive statement) การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

แต่ถ้าข้อความนั้นแสดงความหมายทางลบ (negative statement) การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

คำถามที่แสดงความหมายทางบวกถ้ารวมคะแนนทั้งหมดของผู้ตอบ ถ้าได้คะแนนมาก แสดงว่าผู้ตอบมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้นมาก ในทางตรงข้ามถ้าได้คะแนนน้อยแสดงว่าผู้ตอบมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้นมาก ส่วนคำถามที่แสดงความหมายทางลบถ้ารวมคะแนนทั้งหมดของผู้ตอบได้คะแนนมาก แสดงว่าผู้ตอบมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้นมาก ในทางตรงข้ามถ้าได้คะแนนน้อยแสดงว่าผู้ตอบมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้นมาก

การใช้มาตรวัดทัศนคติของลิเคอร์ท นั้นสามารถใช้ได้กับแบบวัดทัศนคติที่มีจำนวนข้อที่มาก จึงทำให้ครอบคลุมประเด็นเนื้อหาที่น่าสนใจ อย่างกว้างขวาง ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้แบบวัดทัศนคติของลิเคอร์ท ในการศึกษาทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาลแม่สะเรียงที่มีต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยกำหนดให้ข้อความทุกข้อความมีความสำคัญเท่ากันหมด คะแนนของผู้ตอบแต่ละคนในแบบวัดทัศนคติคือ ผลรวมคะแนนทุกข้อ โดยมีระดับการเลือก 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

### 3. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA)

#### 3.1 ความสำคัญของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

แม้ว่าในปัจจุบันประชาชนจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากเทคโนโลยีสารสนเทศที่ก้าวหน้า การศึกษาที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่ระบุไว้ว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ (กระทรวงยุติธรรม, 2544) รวมไปถึงการได้รับความคุ้มครองเกี่ยวกับการรับรองสิทธิผู้ป่วยแต่พบว่ายังมีปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน ปัญหาคุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ ได้แก่ ความไม่พึงพอใจต่อบริการที่ล่าช้า ขาดความคล่องตัวจากการปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการที่มีขั้นตอนและวิธีปฏิบัติมาก (วันชัย มีชาติและอร่าม สิริพันธุ์, 2541) การไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นที่ผู้ป่วยควรทราบ ไม่มีการประชุมงานกันเพื่อความพร้อมในการให้บริการ การไม่กำหนดมาตรฐานในการทำงาน การไม่

ใส่ใจและไม่ปฏิบัติตามระบบที่กำหนดไว้ และความรู้ไม่เพียงพอไม่ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของวิทยาการและเทคโนโลยี (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543) อีกทั้งในการเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ใช้บริการยังขาดข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเพื่อเลือกใช้บริการ ข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมได้ ผู้ที่จะประเมินคุณภาพทางด้านเทคนิคบริการของโรงพยาบาลได้ดีที่สุด คือผู้ประกอบวิชาชีพด้วยตนเอง รวมทั้งคุณภาพการดูแลผู้ป่วยยังขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541)

สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความไม่มีระบบหรือต่อคุณภาพในการจัดบริการ ดังนั้นเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ จึงนำไปสู่การฟ้องร้องกันมากขึ้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543) และจากสภาพการณ์ดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลของรัฐจะต้องปรับตัวเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการในการเพิ่มคุณภาพบริการให้ดีขึ้น

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกระบวนการที่ประเทศต่างๆทั่วโลกนำมาใช้เป็นกลไกในการกระตุ้นให้เกิดการประกันคุณภาพ และพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในโรงพยาบาล ได้รับการยอมรับและส่งเสริมให้องค์การอนามัยโลกใช้เป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพและการดูแลรักษา (World Health Organization, 1999 อ้างใน สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542) กล่าวว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบงานการดูแลผู้ป่วยและระบบงานทั่วไปทั้งหมดอย่างมีทิศทาง ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่น่าทำงาน การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และความอยู่รอดของโรงพยาบาล ซึ่งผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล

ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการประสบความสูญเสียหรือภาวะแทรกซ้อนลดลง คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคนมากขึ้น

ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการทำงานลดลง ความเสี่ยงต่อการเข้าใจผิดระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงานและการประสานงานดีขึ้น เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองมากขึ้น

ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นองค์กรเรียนรู้ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ ทำให้องค์กรอยู่รอดและยั่งยืน ซึ่งจะต้องมีหลักการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

### 3.2 ความเป็นมา

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข องค์กรต่างๆ และเครือข่าย ได้มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นกระบวนการทำงานที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และทำการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้จัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในการนี้ได้มีการกำหนดมาตรฐานที่เกี่ยวข้องและให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งทดลองเยี่ยมประเมิน ตลอดจนได้จัดตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Collaboration for Hospital Quality Improvement Accreditation: CHIA) ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ องค์กรวิชาชีพ และส่วนราชการ เพื่อให้การสนับสนุนกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2541 จากนั้นภาคีได้ก่อตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) (Hospital Accreditation Thailand) เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2542 เป็นองค์กรอิสระภายใต้การกำกับของภาคีฯ เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (จรัส สุวรรณเวลา, 2541)

### 3.3 ความหมาย

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) จากความหมายของคำศัพท์ Accreditation คือ การให้ความไว้วางใจ ให้ความเชื่อถือ ดังนั้น Hospital Accreditation จึงหมายถึง การประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งการสร้าง ความไว้วางใจหรือความน่าเชื่อถือนั้น จะต้องทำโดยโรงพยาบาลเอง (นารีรัตน์ เลกะกุล, 2543)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกที่กระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาองค์กรอย่างมีระบบโดยมีกิจกรรมหลัก คือการพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพและการรับรองคุณภาพ (ภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ สุขขุติกุลและคณะ, 2542)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกระบวนการที่มีผู้ประเมินจากภายนอก องค์กรมาประเมินและให้การรับรองว่าสถานบริการสุขภาพนั้นๆ มีคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการมีคุณภาพตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ (วิภาดา คุณาวิคิตกุล, 2540)

### 3.4 แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ในช่วงที่ผ่านมาได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการมาเป็นลำดับ ได้แก่ (อนุวัฒน์ ศุภชอุฏ และคณะ, 2542)

3.4.1. เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัวแพทย์ สู่จุดเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ปัจจุบันได้ให้ความสำคัญการทำงานเป็นทีม และการเป็นผู้ให้บริการภายในระหว่างกัน

3.4.2. เปลี่ยนจากจุดเน้นเรื่องโครงสร้าง และเอกสาร สู่การเน้นกระบวนการและผลลัพธ์เพราะตระหนักว่าโครงสร้าง และเอกสาร มีความสำคัญน้อยกว่าการพัฒนากระบวนการทำงาน เมื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบเอกสารจนสมบูรณ์แล้วก็ยังไม่ได้คุณภาพตามต้องการ สำหรับประเทศไทย โครงสร้างและระบบเอกสารยังมีข้อมูลที่ด้อยอยู่มาก จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กันไป

3.4.3. เปลี่ยนจากเน้นที่ตัวผู้ปฏิบัติงานสู่การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ศึกษาความต้องการของผู้ป่วย และนำเอามาตรฐานวิชาชีพมาตอบสนองความต้องการเหล่านั้น

3.4.4. เปลี่ยนจากกระบวนการตรวจสอบ มาเป็นกระบวนการเรียนรู้ คือการวิเคราะห์จุดอ่อนและ ปรับปรุงจุดอ่อนเหล่านั้นแล้ว นำผลมาเรียนรู้ร่วมกัน

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) ได้กำหนดแนวคิดของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ไว้ดังนี้

1. การมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (ทั้งภายนอกและภายใน)
2. การทำงานเป็นทีมในทุกระดับ ทั้งภายในหน่วยงาน / วิชาชีพและระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ โดยทุกคนมีความมุ่งมั่นร่วมกัน
3. มุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานและการออกแบบระบบ เพื่อป้องกันปัญหา โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ควบคู่กับการคิดอย่างเป็นระบบและใช้ข้อเท็จจริง

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพ หน่วยงานและโรงพยาบาล จะต้องมีการปรับเปลี่ยนเจตคติ และสนับสนุนความรู้ เพื่อให้บุคลากรมีความพร้อมต่อการพัฒนา และโรงพยาบาลต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ โดยให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนด ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการดำเนินการตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ที่กำหนดไว้ร่วมกัน และต้องมีวิธีการสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติทราบวิสัยทัศน์ และกลยุทธ์

เมื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรในด้านเจตคติและทีมงาน กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลแล้ว ต้องพัฒนากระบวนการเพื่อพัฒนาคุณภาพงานในทันที กระบวนการพัฒนาคุณภาพงานนั้นจะใช้เทคนิคอะไรก็ได้ตามความเหมาะสมกับชนิดงานด้านต่างๆ และระดับของงาน

บุคลากร เช่น 5 ส. , QC , TQM , CQI , QA หรือ Cross Functional Process เป็นต้น (ชาติรี บานชื่น, 2541)

### 3.5 หลักของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อนวัตนันท์ ศุภชุตินกุลและคณะ (2542) กล่าวถึงหลักการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ไว้ดังนี้

3.5.1. เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ หากไม่เกิดความเข้าใจจุดนี้ โรงพยาบาลจะ ไม่ได้รับแก่นที่เป็นประโยชน์อย่างแท้จริง

3.5.2. การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการ ทบทวนผลการประเมินโดยผู้อื่น เป็นการลงมือกระทำด้วยตนเอง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับ บุคคลอื่น สิ่งที่สำคัญ คือ ต้องทำก่อนพูด ไม่ใช่พูดก่อนทำ

3.5.3. เน้นการพัฒนาศักยภาพของคน เพื่อให้คนมาพัฒนาระบบงาน เป็นการให้คุณค่า ว่าคน คือทรัพย์สินที่พัฒนาได้และมีค่าสูงสุดสำหรับองค์กร

3.5.4. ใช้กรอบแนวทาง (มาตรฐาน โรงพยาบาล) ซึ่งเน้นเป้าหมายและเปิดโอกาสให้มีความหลากหลาย ยืดหยุ่นในการปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับศักยภาพ และภาระงานของแต่ละ โรงพยาบาล

3.5.5. กรอบแนวทางหรือมาตรฐานนั้นเป็นสิ่งซึ่งผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลมีความต้องการและมีความคาดหวัง จึงไม่มีการแยกเป็นมาตรฐานเฉพาะของ โรงพยาบาลแต่ละ ประเภทหรือแต่ละระดับ

3.5.6. การรับรองมีลักษณะเป็นพลวัต การรับรองในครั้งนี้อาจจะยอมรับที่ระดับหนึ่ง แต่ในครั้งต่อไปจะต้องแสดงให้เห็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.5.7. การรับรองไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่จะรับรองว่าระบบที่เป็นอยู่จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด

### 3.6 กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2543)

3.6.1. การพัฒนาคุณภาพ คือ การจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาล ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพ ของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบ ตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (risk management:



RM) การประกันคุณภาพ (quality assurance: QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continual quality improvement: CQI) เข้าด้วยกัน

1). การบริหารความเสี่ยง คือ การค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือลดความสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้น

2). การประกันคุณภาพ คือ การวางระบบเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและมีผลลัพธ์ตามที่คาดไว้ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดมาตรฐาน การวัดผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแก้ไขเมื่อไม่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดหรือผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาด

3). การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ

การพัฒนาคุณภาพจะต้องทำควบคู่กันไปในด้านวิชาชีพและระบบงาน การมีผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพเข้าไปให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะจะทำให้พัฒนาไปได้ถูกทิศทางยิ่งขึ้น

3.6.2. การประเมินคุณภาพ คือการตรวจสอบระบบงานและสิ่งทีปฏิบัติกับข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งจะทำโดยโรงพยาบาลและโดยผู้ประเมินภายนอก

1). การประเมินคุณภาพโดยโรงพยาบาล (self assessment) เป็นการประเมินตนเองเพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ และตรวจสอบความพร้อมที่จะได้รับการประเมินและรับรองจากภายนอก การประเมินตนเองของโรงพยาบาลควรประเมินโดยทีมที่เกี่ยวข้อง โดยควรครอบคลุมการประเมินเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การตรวจเยี่ยมเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานจริง การทบทวนแนวคิด แนวทางปฏิบัติ การปฏิบัติงานจริง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและพัฒนาวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง การใช้แบบประเมินตนเองเพื่อบันทึกและวิเคราะห์ระบบงานตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล

ก่อนที่จะมีการประเมินจากผู้ประเมินภายนอก ทางโรงพยาบาลจะต้องประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม ซึ่งมีทั้งระดับการปฏิบัติ และรายละเอียดวิธีการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ การประเมินตนเองนี้จะทำให้โรงพยาบาลเห็นจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง และดำเนินการพัฒนาไปตามความเหมาะสม

2). การประเมินโดยผู้ประเมินภายนอก (external survey) การประเมินโดยผู้ประเมินภายนอก มี 3 ลักษณะ คือ การประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล การประเมินเพื่อพิจารณารับรอง และการประเมินหลังการรับรอง

การประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล (preparation survey) เป็นการประเมินเพื่อดูว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามข้อกำหนดในกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วนหรือไม่ มีประเด็นความเสี่ยงที่ชัดเจนอยู่หรือไม่ โรงพยาบาลจะขอให้มีการทำการประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล ต่อเมื่อผลการประเมินตนเองอยู่ในระดับที่มั่นใจว่าได้มีการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลในประเด็นสำคัญๆ ครบถ้วน ผลการประเมินในขั้นตอนนี้คือการให้คำแนะนำเพื่อให้โรงพยาบาลนำไปปรับปรุง การประเมินความพร้อมอาจจะทำเป็นระยะๆ หลายครั้ง จนกว่าจะมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมเต็มที่สำหรับการประเมินเพื่อรับรอง

การประเมินเพื่อพิจารณารับรอง (accreditation survey) คือ การไปรับทราบหลักฐานและความจริงว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล สิ่งที่จะระบุไว้ในนโยบายหรือคู่มือการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงจากการประเมินความพร้อม เครื่องมือสำคัญที่ผู้ประเมินภายนอกจะใช้ คือข้อมูลที่โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้ประเมินภายนอกจะต้องศึกษาล่วงหน้าก่อนที่จะไปประเมินในพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของมาตรฐานซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การประเมินจะเน้นกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร ในเรื่องการออกแบบหรือจัดระบบงาน (system design) การปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดไว้ (deployment) การประเมินผลกระบวนการ (assessment & result) และการพัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล (continual improvement)

ข้อที่ผ่านการประเมินเป็นจุดแข็งของโรงพยาบาล ส่วนข้อที่ยังต้องปรับปรุง ผู้เชี่ยวชาญจะให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่อไป ข้อเสนอแนะมี 2 ประเภทได้แก่

ข้อเสนอแนะประเภทที่ 1 คือ ข้อเสนอแนะซึ่งมีผลต่อการรับรองคุณภาพในครั้งนี้ โรงพยาบาลจะต้องปรับปรุงแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนจึงจะได้รับการรับรอง การติดตามผลการแก้ไขปรับปรุงอาจจะเป็นการดูรายงาน หรือการสำรวจซ้ำเฉพาะเรื่อง (focused survey)

ข้อเสนอแนะประเภทที่ 2 คือ ข้อเสนอแนะเพื่อให้โรงพยาบาลพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปสู่ความเป็นเลิศ การได้รับข้อแนะนำประเภทนี้ไม่มีผลต่อคำตัดสินการรับรองในครั้งนั้น แต่อาจจะนำมาพิจารณาในการประเมินรอบต่อไปว่าได้นำข้อแนะนำเหล่านี้มาพิจารณาเพียงใด การประเมินหลังการรับรอง มี 3 ลักษณะได้แก่

1). การประเมินเฝ้าระวัง (surveillance survey) เป็นการประเมินตามกำหนดเวลาทุก 6-12 เดือน โดยเน้นประเด็นสำคัญหรือประเด็นที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาในภาพรวม

2). การประเมินเมื่อมีปัญหา (unscheduled survey) เป็นการประเมินเมื่อได้รับทราบว่าจะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือความปลอดภัย

3). การประเมินเมื่อมีการปรับเปลี่ยน (verification survey) ได้แก่ การเปิดบริการ การขยายบริการ การเปลี่ยนเจ้าของหรือผู้บริหารระดับสูง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โรงพยาบาลจะต้องแจ้งให้ทราบภายใน 30 วัน และจะมีการประเมินซ้ำเพื่อยืนยันการรับรองหากอายุการรับรองยังมีเหลือมากกว่า 9 เดือน โดยอายุการรับรองจะไม่ขยายมากกว่าเดิม

3.6.3. การรับรองโรงพยาบาล คือ การรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานที่ดี เอื้อต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจสอบตนเองอย่างสม่ำเสมอ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) ยังได้กล่าวถึงเป้าหมายของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ไว้ดังนี้

- 1). การกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 2). การสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) ซึ่งโรงพยาบาลต้องแสดงออกเพื่อให้สังคมมีความรู้ความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วย เข้าไปประเมินตามกรอบที่ตกลงร่วมกัน
- 3). การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค
- 4). การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน โดยคนที่ผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพของโรงพยาบาลต่างๆ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ประเมินในลักษณะของอาสาสมัคร

ในการให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ตัดสิน คือ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแต่งตั้งขึ้น คณะกรรมการจะตัดสินโดยพิจารณาข้อมูลที่ได้รับจากผู้ประเมินภายนอก ลักษณะของการรับรองมีดังนี้ คือ รับรอง 2 ปี สำหรับโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้ครบถ้วน บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ไม่มีความเสี่ยงที่ชัดเจน มีหลักฐานของความพยายามในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และไม่รับรองสำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐาน โรงพยาบาลได้ครบถ้วน ยังมีความเสี่ยงปรากฏอย่างชัดเจน

ซึ่งการรับรองคุณภาพจะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้นจะเป็นที่น่าเชื่อถือ โดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอกเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ ก่อนที่จะขอรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะต้องประเมินและพัฒนาคุณภาพตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลมาก่อน ซึ่งหัวใจสำคัญคือการสร้างระบบทบทวนตรวจสอบตนเองเพื่อนำไปสู่การ

พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้ประเมินจากภายนอกภายนอกทำหน้าที่ยืนยันผลการประเมินตนเอง และกระตุ้นให้มองเห็นโอกาสพัฒนาใหม่ๆ

ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล

#### 1). การดำเนินการพัฒนาคุณภาพของ โรงพยาบาล

ในการวางแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ แบ่งลำดับขั้นของการพัฒนาออกเป็น สี่ช่วง (phase) ดังนี้

ช่วงที่หนึ่ง การเตรียมการ เป็นการทำความเข้าใจของผู้บริหารเพื่อตัดสินใจ กำหนดผู้รับผิดชอบ รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้อง

ช่วงที่สอง การพัฒนาและเรียนรู้ เป็นการฝึกทักษะของการทำงานร่วมกัน สร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการลงมือปฏิบัติกับของจริงในลักษณะของโครงการนำร่อง รวมทั้งการจัดทำแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

ช่วงที่สาม การดำเนินการ เป็นการทำกิจกรรมคุณภาพซึ่งบูรณาการแนวคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน เป็นการดำเนินงานทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงาน และทั้งองค์กร โดยหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องรับผิดชอบกระบวนการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตนและร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ช่วงที่สี่ บูรณาการและวางรากฐานเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เป็นการปรับโครงสร้างองค์กรเพิ่มเติม ปรับระบบแรงจูงใจ บูรณาการกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้องกัน วางระบบเพื่อจุดประกายการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการทบทวนความก้าวหน้าและกำหนดเป้าหมายให้สูงขึ้น

#### 2). การประเมินความสำเร็จในการพัฒนา

กระบวนการรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation: HA) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก ครอบคลุมองค์ประกอบที่กว้างขวาง คาดหวังการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังด้วยความเข้าใจ ความร่วมมือประสานงาน และเห็นผลลัพธ์ได้ในระดับหนึ่ง

เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย กล่าวคือ ประชาชนในทุกพื้นที่ต้องการได้รับบริการที่มีคุณภาพโดยเร็วที่สุด สถานพยาบาลต้องการพัฒนาด้วยวิธีการที่ลัดที่สุสุดและเห็นความสำเร็จเป็นลำดับขั้น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลจึงได้แบ่งลำดับขั้นของการประเมินและรับรองเป็น 3 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 สู่ HA เป็นการดำเนินการที่เน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหาความเสี่ยงต่างๆ นำมาแก้ไขป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ มีการปฏิบัติตามมาตรการ

ป้องกันที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งนี้โดยไม่ปรากฏความเสี่ยงทางด้านโครงสร้างกายภาพและกำลังคนที่ชัดเจน

กิจกรรมที่จะต้องให้ความสำคัญสูงในขั้นนี้คือการสร้างระบบทบทวนวิธีการทำงาน และผลงาน ซึ่งจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องเห็นปัญหาและโอกาสพัฒนาได้ชัดเจนขึ้น ได้แก่ เครื่องชี้วัดของหน่วยงาน คำร้องเรียน การส่งต่อ การตรวจรักษาโดยผู้ที่มีไข้แพทย์ เหตุการณ์วิกฤติ เวชระเบียน ความเหมาะสมทางวิชาชีพและวิชาการ ความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากร ปัญหาของเครือข่าย บริการปฐมภูมิ การทบทวนเหล่านี้จะต้องนำมาสู่การแก้ไขป้องกันให้ ผู้เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติ

แม้ว่ากิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่มิได้หมายความว่าหน่วยงานที่มีได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรงจะไม่ต้องทำอะไร กิจกรรมที่ทุกหน่วยงานสามารถทำได้ คือ การทบทวนคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง การทบทวนอุบัติการณ์ การทบทวนการใช้ทรัพยากร การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA เป็นการบูรณาการแนวความคิดการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันในทุกระดับ

กิจกรรมที่จะต้องให้ความสำคัญสูงในขั้นนี้คือการนำข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพมาสู่การปฏิบัติ การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องชี้วัดทางคลินิก การแสดงให้เห็นรูปธรรมของการให้บริการ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานเป็นทีม ระหว่างวิชาชีพ

บันไดขั้นที่ 3 หรือการได้รับ HA มีการปฏิบัติตามระบบและกระบวนการที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน มีการเชื่อมโยงระบบงาน ข้อมูลข่าวสาร และความพยายามในการพัฒนาอย่างชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร

### 3.7 มาตรฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลแห่งชาติฉบับปีกาญจนาภิเษกขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและรักษาคุณภาพบริการ ให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐานตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2539)

มาตรฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานที่กำหนดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาคุณภาพบนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอยู่ สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเองและพัฒนาส่วนที่ยังเป็นจุดอ่อน มุ่งที่จะให้มีการใช้มาตรฐาน

เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่ง  
 นักบริหาร นักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันศึกษาเอกสารและ  
 ข้อมูลที่เกี่ยวกับมาตรฐานโรงพยาบาลในที่ต่างๆ นำมายกร่างมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อประยุกต์ใช้  
 ภายในประเทศ ทั้งนี้โดยผ่านการรับฟังความคิดเห็นตลอดจนข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องแต่ละ  
 สาขา มาตรฐานนี้จะครอบคลุมในเรื่องสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์กร มาตรฐานทั่วไปและการบริหาร  
 จัดการด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนภิเษก เป็นมาตรฐานที่กล่าวถึงระบบงานที่เป็น  
 องค์ประกอบสำคัญของโรงพยาบาลในภาพรวม การประเมินตามมาตรฐานนี้จึงมุ่งเน้นที่การ  
 ประเมินระบบงาน ไม่ได้มุ่งประเมินการทำงานในระดับบุคคลหรือวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย  
 ระบบงานที่กำหนดไว้จะส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพมาปฏิบัติมากขึ้น การพบปัญหาใน  
 ระดับบุคคลจะนำมาสู่การตั้งคำถามต่อระบบงานที่เกี่ยวข้อง ในมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร  
 เช่น คน สถานที่ เครื่องมือ จะเน้นหนักในเรื่องการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรเหล่านั้น  
 เพื่อให้มีทรัพยากรที่มีคุณภาพและพร้อมที่จะใช้งานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากกว่า  
 ที่จะเฉพาะปริมาณของทรัพยากรเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้โดยพิจารณาสมดุลของความจำเป็นด้าน  
 คุณภาพและขีดจำกัดของโรงพยาบาลแต่ละแห่งควบคู่กันไป มาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปี  
 กาญจนภิเษก ที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น สามารถบูรณาการเนื้อหา  
 สำคัญได้เป็น 6 หมวด 20 ประเด็น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ดังนี้

#### หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

- 1) การนำองค์กร
- 2) ทิศทางนโยบาย

#### หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

- 3) การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ
- 4) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- 5) การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- 6) เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ
- 7) ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

#### หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ

- 8) กระบวนการคุณภาพทั่วไป
- 9) กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ
- 10) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

#### หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

- 11) องค์กรแพทย์
- 12) การบริหารการพยาบาล

#### หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

- 13) สิทธิผู้ป่วย
- 14) จริยธรรมองค์กร

#### หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย

- 15) การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย
- 16) การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
- 17) การประเมินและวางแผนดูแลรักษา
- 18) กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย
- 19) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
- 20) การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

### 3.8 มาตรฐานทั่วไป (general standard)

สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คือ มาตรฐานทั่วไป ซึ่งเป็นมาตรฐานที่แสดงหลักการสำคัญของการจัดบริการและบริหารหน่วยงาน ครอบคลุมในเรื่อง ทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบติดตามและประเมินคุณภาพ ซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในแต่ละโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งใช้เป็นกรอบในการพัฒนาและประเมินผลคุณภาพโรงพยาบาล โดยถือว่าเป็นมาตรฐานในเชิงระบบงานขององค์กร มิใช่มาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อ

3.8.1. ชี้นำทิศทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปในทิศทางที่เหมาะสม โดยใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการทำความเข้าใจกับปัญหาและโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาล ทำการพัฒนาคุณภาพของตนบนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอยู่ โดยสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเอง และพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อนหรือข้อจำกัด

3.8.2. ให้ทีมงานของโรงพยาบาลและผู้ประเมินภายนอก มีกรอบที่จะเรียนรู้และประเมินร่วมกัน จากการทำผู้เชี่ยวชาญหรือที่ปรึกษาจากภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และให้ข้อคิดเห็น จะช่วยให้เกิดการมองอย่างเป็นกลาง และมีมุมมองที่กว้างขึ้น ซึ่งนอกจากจะเป็นการยืนยันผลการประเมินโดยโรงพยาบาลเองแล้ว ยังสามารถยืนยันกับสาธารณชน ได้ว่าโรงพยาบาลมีระบบควบคุมคุณภาพที่สามารถให้ความไว้วางใจได้

### 3.8.3. ใช้เป็นกรอบในการพิจารณารับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มาตรฐานทั่วไปที่ใช้ในการพิจารณาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นการประเมินและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีมาตรฐาน (GEN.) 9 ข้อ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2539) ดังต่อไปนี้

#### **GEN. 1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์**

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดการบริการหรือของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

GEN.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขต ของการจัดการบริการหรือของหน่วยงาน สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

GEN.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

GEN.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดการบริการหรือของหน่วยงานไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

GEN.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในความหมายของการจัดการบริการหรือของหน่วยงานและทราบบทบาทของตนเอง

#### **GEN.2 การจัดการองค์กรและการบริหาร**

มีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

GEN.2.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน / บริหาร ชัดเจนและเหมาะสม

GEN.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้

GEN.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

GEN.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

GEN.2.5 มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจและกำหนดนโยบาย ของระดับโรงพยาบาลในภาพรวม

#### **GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล**

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ



### GEN.3.1 การจัดการกำลังคน

GEN. 3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงาน ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

GEN. 3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

GEN.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

GEN.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะ ตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงานจะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

### GEN.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

GEN.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

GEN.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน / บริการ

GEN.4.3 มีเจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคน ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

GEN.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

GEN.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบต่อการดูแล / บริการแก่ผู้ป่วย

### GEN.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจในการให้บริการผู้ป่วย / กวาระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

GEN.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย / วิธีการปฏิบัติที่ตีรวมทั้งมีระบบในการรองรับ เผยแพร่และทบทวน

GEN.5.2 นโยบาย / วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและมีแนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

GEN.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

GEN.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

GEN.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

GEN.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

GEN.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

GEN.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

GEN.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจและปฏิบัติตามนโยบาย / วิธีปฏิบัติ

GEN.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความ  
สมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

### **GEN.6 สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่**

สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอย่างสะดวก ปลอดภัย มี  
คุณภาพและประสิทธิภาพ

GEN.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการหรือหน่วยงานมีความเหมาะสม สะดวกต่อการ  
เข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

GEN.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสม  
สำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

GEN.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มี  
แสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะดวกและเป็นระเบียบ

GEN.6.4 สถานที่ตรวจ / รักษา / ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้น  
จากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

GEN.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

### **GEN.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก**

มีเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้  
อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

GEN.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก / ประเมินเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่  
จำเป็นในการให้บริการ

GEN.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอ สำหรับการปฏิบัติงาน

GEN.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษ ได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการ  
ใช้งานเป็นอย่างดี

GEN.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการ  
ให้บริการได้ตลอดเวลา

GEN.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

GEN.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งาน  
ได้ตลอดเวลา

### **GEN.8 ระบบงาน / กระบวนการให้บริการ (งานคลินิกบริการ)**

มีระบบงาน / กระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และ  
ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- GEN.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- GEN.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- GEN.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีม  
ผู้ให้บริการ
- GEN.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ  
เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
- GEN.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่ง  
วิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม
- GEN.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติ  
ตามแผนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความ  
ต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- GEN.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็ว  
ที่สุด

### **GEN.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ**

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงาน  
เป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

GEN.9.1 หน่วยบริการหรือหน่วยงานทุกหน่วยงานมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ  
โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ / ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงานและระหว่าง  
หน่วยงาน

#### **GEN.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย**

GEN.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและ  
ลูกค้า (customer) หรือ บุคคล / หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

GEN.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการ  
ปฏิบัติงานที่สำคัญ

GEN.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง

GEN.9.2.4 การดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เน้นการวิเคราะห์ และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลแต่ละข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

GEN.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

GEN.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องระยะยาว

GEN.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักวิทยาศาสตร์ (evidence – based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

GEN.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline)

GEN.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปใช้ปรับปรุง

### 3.9 การใช้มาตรฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การนำมาตรฐานไปใช้ในหน่วยงาน ควรมีการวางแผนการดำเนินการและการประเมินผลตาม ขั้นตอนต่อไปนี้ (กฤษดา แสงวดี และคณะ, 2542)

3.9.1. จัดกิจกรรมเพื่อให้เจ้าหน้าที่เข้าใจกับมาตรฐาน ยอมรับการเปลี่ยนแปลง เห็นคุณค่าของมาตรฐานและคุณภาพมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพ

3.9.2. กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพ

3.9.3. จัดองค์กรให้มีคณะทำงานในการพัฒนามาตรฐานการบริการ และการนำไปใช้

1). วิเคราะห์ประเมินสภาพการจัดบริการของหน่วยงาน โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานของสถาบัน

2). ใช้เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพในการวัดประเมินคุณภาพ

3). วางแผนปรับปรุงคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน

4). กำหนดแนวทางการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

3.9.4. กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกเรื่องที่มีมักเป็นปัญหาอยู่เสมอ เรื่องที่มีความเสี่ยงสูง เรื่องที่มีผู้ใช้บริการมากๆ เรื่องที่มีวิธีปฏิบัติหลากหลาย และเรื่องที่มีค่าใช้จ่ายสูง

3.9.5. วางแผนและปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อเอื้ออำนวยให้ปฏิบัติตามมาตรฐาน

3.9.6. จัดกิจกรรมพัฒนาเจ้าหน้าที่เพิ่มพูนทักษะและความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรฐาน

3.9.7. จัดระบบควบคุมเพื่อให้เกิดคุณภาพ

3.9.8. สร้างทีมงานเพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

3.9.9. ส่งเสริมให้มีการใช้มาตรฐานในการให้บริการ

การนำมาตรฐานไปใช้ในหน่วยงานจะต้องให้บุคลากรเข้าใจมาตรฐาน มีทัศนคติที่ดีจึงจะเห็นคุณค่าของมาตรฐานและมีใจยอมรับที่จะพัฒนาคุณภาพ จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้จะต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบสร้างความมุ่งมั่นร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายคุณภาพของทุกหน่วยงาน กำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมินและพัฒนาตนเอง เพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานการทำงาน การพัฒนาระบบงานและกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2541) ได้กล่าวถึงคุณค่าของการรับรองไว้ ดังนี้

คุณค่าในส่วนของเนื้อหา เป็นการใช้แนวคิดเชิงบวกในการปรับปรุงคุณภาพ กระตุ้นและส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีความมุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศ ด้วยการประเมินว่าสถานพยาบาลนี้มีการปรับปรุงคุณภาพบริการอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

เป็นการใช้แนวทางสำหรับการบริหารและปฏิบัติงานที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากมาตรฐานที่ใช้ประเมินนี้ เป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่มีพื้นฐานอยู่บนปรัชญาการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำมาตรฐานมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันเพื่อรักษาไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี และมีทิศทางการพัฒนาเดียวกัน มาตรฐานนี้ไม่ใช่กิจกรรมพิเศษที่เพิ่มเข้ามา ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าต้องทำงานเพิ่มขึ้นและใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้นเพื่อให้บรรลุมาตรฐาน

**คุณค่าในส่วนกระบวนการ** มีความเต็มใจในการประเมินและปรับปรุงการทำงานของสถานพยาบาลทั้งระหว่างเตรียมรับการประเมิน และกระทำอย่างต่อเนื่องหลังจากประเมินโดยบุคคลภายนอก ทีมงานที่มีความรับผิดชอบผู้ช่วยกลุ่มงานเดียวกันมาร่วมปรึกษาหารือเพื่อทบทวนผลการให้บริการ และหาโอกาสปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

การทบทวน โดยกลุ่มเพื่อนผู้เชี่ยวชาญ คือ การให้บุคคลภายนอกเข้ามาสำรวจและยืนยันผลการประเมินตนเองของสถานพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การที่บุคคลภายนอกเข้ามาเป็นผู้ช่วยกระตุ้นองค์กร จะทำให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้นได้ ถ้าบุคคลในองค์กรมีความเต็มใจที่จะเรียนรู้ และรับคำแนะนำโดยไม่ปิดบังจุดอ่อนของตนเอง

**คุณค่าในส่วนของการนำไปใช้ประโยชน์** เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับประชาชนว่าระบบงานและคุณภาพบริการของสถานบริการที่ได้รับการรับรองนั้นเป็นไปตามมาตรฐานระดับดีเลิศ สถานพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการและดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และมีความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลแม่สะเรียงได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาใช้ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการภายใต้มาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาปฏิบัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยดำเนินกิจกรรมตามลำดับขั้นของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตั้งแต่การทำความเข้าใจ และให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับเกี่ยวกับมาตรฐานทั่วไปที่ทุกหน่วยงานร่วมรับผิดชอบ การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ การบูรณาการและวางรากฐานการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากนั้นก็มีการประเมินความสำเร็จในการพัฒนา โดยมีลำดับขั้นของการประเมินและรับรอง ตั้งแต่ขั้นที่ 1 ประเมินการดำเนินการที่เน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา ความเสี่ยงต่างๆ นำมาแก้ไขป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และขั้นที่ 2 เป็นการบูรณาการแนวคิด การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน ซึ่งขณะนี้โรงพยาบาลแม่สะเรียงอยู่ระหว่างการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในขั้นที่ 2 และมีเป้าหมายที่จะก้าวสู่ขั้นที่ 3 คือการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายในปี พ.ศ. 2548 แต่ในช่วงระยะเวลาที่โรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ผ่านมา ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานแต่ยังไม่มีการศึกษาและเก็บข้อมูลไว้อย่างชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอปัญหาจากการวิเคราะห์ของทีมนำระดับต่างๆ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการนำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีผู้ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ได้รวบรวมไว้ดังนี้ (องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ, 2539 ; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2541)

1. สมาชิกในทีม ไม่ได้เป็นเจ้าของกระบวนการหรือไม่ได้มีหน้าที่โดยตรงในประเด็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไข เป็นเพียงผู้ได้รับความเดือดร้อนจากผลของการปฏิบัติ ไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงระบบงานได้

2. บุคลากรไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาประชุมเนื่องจากติดกิจกรรมอื่น ทำให้ประชุมห่างเกินไป หรือสมาชิกไม่ครบ ต้องเสียเวลาทบทวนทำความเข้าใจกับเรื่องเดิม ไม่มีความต่อเนื่อง การประชุมและระบบของเอกสารใช้เวลามาก ทำให้การรับรู้ของบุคลากรมองไม่เห็นการพัฒนา เพราะยิ่งพัฒนายิ่งห่างไกลจากผู้ป่วยออกไปทุกที ไม่มีความก้าวหน้าในเรื่องของคุณภาพ ทำให้เกิดการเบื่อหน่าย

3. ระบบและวัฒนธรรมขององค์กรที่ยังรากลึกมานานขององค์กรบริการสุขภาพที่มีแนวโน้มมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ให้บริการ องค์กรขนาดใหญ่ที่มีการจัดองค์กรเป็นการบังคับบัญชาลักษณะของการนำในองค์กรเป็นแบบสั่งการมากกว่าการสร้างเสริมอำนาจ หรือเป็นนักบริหารการพัฒนา ระบบไม่เอื้ออำนวยต่อทางออกของการแก้ปัญหา ระดับล่างไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น การรับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ

4. การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกระดับทั้งกลุ่มผู้ปฏิบัติและผู้บริหารที่จะให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในด้านของทรัพยากร การไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การพัฒนากระบวนการคร่อมสายงาน ยังไม่มีความชัดเจนทั้งๆ ที่แก่นสำคัญของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล คือ การทำงานเป็นสหวิชาชีพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

5. การฝึกอบรม ต้องมีเป้าหมายอย่างชัดเจน ใช้ปัญหาและทีมเป็นจุดเน้น ต้องพัฒนากลุ่มนำหรือที่ปรึกษาให้มีความเข้าใจกับแนวคิด เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับองค์กรอย่างเหมาะสม การสร้างคุณภาพไม่ได้อยู่บนกระดาษ แต่อยู่ที่การกระทำ ระบบบางอย่างต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร ระบบบางอย่างเป็นวัฒนธรรม เป็นการปฏิบัติโดยอัตโนมัติด้วยความเคยชิน การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้สร้างทักษะให้เกิดขึ้นได้

จากการศึกษาของ นาริรัตน์ เลกะกุล (2543) โดยการประเมินผลโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า อุปสรรคต่อการนำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ไปปฏิบัติคือทัศนคติของบุคลากรในระดับที่ไม่เห็นด้วยต่อกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงได้เสนอให้ทางโรงพยาบาลจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการนำ HA มาปฏิบัติ และเพิ่มระบบสนับสนุนต่อกิจกรรมของ HA. การสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนงบประมาณ ข้อเสนอแนะดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สุเมธ ชำนิ (2546) ที่ได้ศึกษาการเข้า

ร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนใน จังหวัดสุโขทัย พบว่า การพัฒนาความรู้ความเข้าใจและเพิ่มประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนิน กิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพให้กับแกนนำในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทั้งระดับ บริหารและระดับปฏิบัติการ จะช่วยให้สามารถที่จะดำเนินกิจกรรมได้ถูกต้องเหมาะสม และสามารถให้คำแนะนำบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้

กมลทิพย์ เล้าพรพิชยานุวัฒน์ (2544) ประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการ การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานตามโครงการฯ มีความเข้าใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 โดย มีความเข้าใจต่อขั้นตอนการดำเนินงานตามโครงการการพัฒนาและรับรองคุณภาพ และการ ประเมินการให้บริการตามโครงการฯอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการนำโครงการไปปฏิบัติขาด ความชัดเจนจากผู้บริหารโครงการฯ เบลญา รอดจ้อย (2544) ได้ศึกษาความพร้อมในการพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านแผนพัฒนาสิ่งแวดล้อมของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่ พบว่า ความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพและแผนพัฒนาสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง แต่ ไม่สามารถนำความรู้ ความเข้าใจไปใช้ในการเตรียมกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพได้ เช่นเดียวกับการศึกษามีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร ของอารีรัตน์ เกกิงสรคันท์ (2545) ที่พบว่า การขาดความรู้ ความเข้าใจใน การดำเนินงานและการทำงานประจำมีมาก ไม่มีเวลา เป็นปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสอดคล้องกับ วราภรณ์ เขมโชติกูร (2540) ที่ได้ศึกษา ความรู้และทัศนคติต่อระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่พบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพให้มีคุณภาพและประสบความสำเร็จโดยการให้ความรู้เพียงอย่าง เดียวนั้นไม่เพียงพอ ต้องมีการพัฒนาทัศนคติต่อเรื่องนั้นไปพร้อมๆกัน เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมี ความรู้ในเรื่องนั้นอย่างถูกต้อง มีความชัดเจน พร้อมทั้งต้องมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งที่ปฏิบัติด้วย

ดังนั้นหากบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน ก็จะทำให้ขาดความ กระตือรือร้น ไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลไม่ประสบ ผลสำเร็จ ซึ่งการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นเพียงกระบวนการกระตุ้นให้ โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบงานการดูแลผู้ป่วยและระบบงานทั่วไปอย่างมีทิศทาง ซึ่งจำเป็นต้อง อาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนจึงจะสามารถจะนำไปสู่คุณภาพของการให้บริการของ โรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลต้องมีการส่งเสริมและกระตุ้น ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของ โรงพยาบาลโดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอกเพื่อที่จะรับรองคุณภาพ



การให้บริการของโรงพยาบาล เมื่อโรงพยาบาลสามารถผ่านการรับรองคุณภาพ ย่อมได้รับการยอมรับและความเชื่อมั่นว่าเป็นโรงพยาบาลมีระบบการให้บริการเป็นที่ไว้วางใจ ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ไ้ด้มีคุณภาพตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ไม่เสี่ยงต่อการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐานหรือถูกปล่อยปละละเลย ตลอดจนผู้ให้บริการก็สามารถปฏิบัติงานภายใต้ความเสี่ยงในระดับต่ำที่สุด มีความราบรื่นและคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้ที่ได้รับประโยชน์ คือ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรโรงพยาบาลทุกคนที่จะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยอาศัยกรอบมาตรฐานโรงพยาบาล เป็นเครื่องมือในประเมินและพัฒนาคุณภาพ โดยการสร้างระบบการทบทวน ตรวจสอบตนเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสร้างหลักประกันคุณภาพการให้บริการให้กับประชาชน

#### กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาคำรู้และทัศนคติที่มีต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ใช้กรอบแนวคิด ตามมาตรฐานร่วมหรือมาตรฐานทั่วไป 9 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ (Mission) องค์ประกอบที่ 2 การจัดองค์กรและการบริหาร (Organization) องค์ประกอบที่ 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล (Manpower) องค์ประกอบที่ 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Education or Development) องค์ประกอบที่ 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ (Policy and Procedure) องค์ประกอบที่ 6 สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ (Environment) องค์ประกอบที่ 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก (Instrument) องค์ประกอบที่ 8 ระบบงาน / กระบวนการให้บริการ (System of service) และ องค์ประกอบที่ 9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (Evaluation and Improvement activity) ซึ่งใช้เป็นกรอบในการพัฒนาและประเมินผลคุณภาพโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาล แนวทางพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ฉบับปี ๒๕๖๓ กฤษฎานาภิเชก ซึ่งกำหนดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ปี 2539