

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การ กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีแนวคิด ทฤษฎี และผลงานที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นยิ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และมุ่งตอบสนองตามความคาดหวังของสังคมที่เพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลต้องมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงได้ทบทวนถึงความหมายและความสำคัญของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หลักการและแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

1.1 ความหมายและความสำคัญการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ได้มีผู้รู้ให้ความหมายของ การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

มยุเรศ เกษตรสินสมบัติ (2553) ได้ให้ความหมายของ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ว่าเป็นการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ คือมีความต่อเนื่องของกระบวนการที่เกี่ยวข้องกัน มีความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่างๆ อย่างเป็นองค์รวม มีความสมบูรณ์ของปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลลัพธ์และระบบสะท้อนกลับ ที่เกิดจากการมีเป้าหมายร่วมกัน มีการพัฒนาคน การ

วิเคราะห์งาน การนำกิจกรรมที่มีคุณภาพมาปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ มีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องทั้งองค์กร

กัญญวดี ศรีสวัสดิ์พงษ์ (2554) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง การจัดระบบบริหารจัดการและระบบการทำงานในโรงพยาบาลเพื่อความพึงพอใจและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยมองผู้ป่วยแบบองค์รวม อยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดคุณภาพความปลอดภัยและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

พานิ สิตกะลิน (2555) ได้ให้ความหมาย การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ว่าเป็น การเปลี่ยนแปลงทางด้านการบริการ โดยจะต้องครอบคลุมถึงกระบวนการในการให้บริการและผลลัพธ์ของการให้บริการ ซึ่งคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบองค์รวม โดยจะต้องนำความรู้เทคโนโลยีทันสมัยมาพัฒนาตลอดจนบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น บูรณาการร่วมกันให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2556) ได้กล่าวถึง Hospital Accreditation (HA) คือ กลไกประเมินเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายของ HA คือ การส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความหมายว่าเป็นกระบวนการที่กระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลได้กำหนดมาตรฐาน ตรวจสอบและพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการเรียนรู้แลกเปลี่ยนภายในองค์กร โดยมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่สำคัญคือความปลอดภัยของผู้ป่วย อันสร้างคามพึงพอใจและสนองตอบตามความคาดหวังแก่ผู้รับบริการ และสังคม และมีการรับรองในกิจกรรมคุณภาพเพื่อเป็นหลักประกันในความน่าเชื่อถือทั้งจากภายในองค์กร และภายนอกองค์กรในที่นี่เป็นการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

1.2 ความเป็นมาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และสถานการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

จุดเริ่มต้นของการรับรองโรงพยาบาล เริ่มในสหรัฐอเมริกา เมื่อประมาณ 80 ปีที่แล้ว โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะรับรองโรงพยาบาลสำหรับการฝึกอบรมศัลยแพทย์

ในช่วง 80 ปีที่ผ่านมา ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาเป็นลำดับ ได้แก่

1. เปลี่ยนจากการเน้นที่ “ตัวแพทย์” มาสู่จุดเน้นของ “การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ” มาตรฐานชุดแรก 4 ใน 5 ข้อเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับแพทย์โดยตรง แต่ในปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับเรื่องการทำงานเป็นทีมและการเป็นลูกค้ายภายในระหว่างกัน
2. เปลี่ยนจากจุดเน้นเรื่อง “โครงสร้างและเอกสาร” มาสู่การเน้น “กระบวนการและผลลัพธ์” การเปลี่ยนจุดเน้นนี้ไม่ได้เน้นนี้ไม่ได้หมายความว่าเรื่องโครงสร้างและเอกสารไม่สำคัญ แต่เกิดจากตระหนักว่าโครงสร้างและเอกสารมีความสำคัญน้อยกว่าการพัฒนากระบวนการทำงาน เมื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบเอกสารจนสมบูรณ์ก็ยังไม่ได้คุณภาพตามต้องการ
3. เปลี่ยนจากการเน้นที่ตัว “ผู้ปฏิบัติงาน” มาสู่การเน้น “ผู้ป่วย” เป็นศูนย์กลาง เดิมนั้นยึดเอามาตรฐานของวิชาชีพหรือความสะดวกสบายของผู้ทำงานเป็นหลัก แต่แนวโน้มใหม่คือ การศึกษาความต้องการ (need) ของผู้ป่วยนำเอามาตรฐานวิชาชีพมาตอบสนองความต้องการเหล่านั้น
4. เปลี่ยนจาก “กระบวนการตรวจสอบ” มาเป็น “กระบวนการเรียนรู้” การตรวจสอบสร้างความรู้สึกลำบากตัว พยายามปิดบังจุดอ่อน ในขณะที่กระบวนการเรียนรู้คือการวิเคราะห์จุดอ่อนและปรับปรุงจุดอ่อนเหล่านั้นแล้วนำผลมาเรียนรู้ร่วมกัน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545)

ในประเทศไทยได้นำเอาระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยองค์กรอิสระนอกโรงพยาบาล ที่เรียกว่า Hospital Accreditation มาใช้ครั้งแรกใน พ.ศ.2536 เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการนำระบบ Hospital Accreditation จากนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีการศึกษาดูงาน Hospital Accreditation ทั้งในสหรัฐอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาวิชาชีพผู้ให้บริการต่างๆ และองค์กรที่เกี่ยวข้องได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลขึ้นในปี พ.ศ.2539 ที่เรียกว่า มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก หลังจากนั้นสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ได้ให้ทุนการสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนาในชื่อ โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดำเนินการนำเอามาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 35 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2540 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2543

ในปี พ.ศ. 2541 ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการวิจัยได้เสนอให้จัดตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Collaboration for Hospital Quality Improvement and Accreditation

หรือ CHQIA) เพื่อเป็นองค์กรของการมีส่วนร่วม การสนับสนุน และการเรียนรู้ ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ

ในปี พ.ศ. 2553 ได้มีพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์กรอิสระในการกำกับของรัฐ สำหรับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ในชื่อใหม่ว่า สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือชื่อย่อว่า “สรพ” (วิชาญ เกิดวิชัย, 2555)

ที่ผ่านมาลักษณะการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ไม่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลนั้นๆ ไม่ได้ดำเนินการจัดตั้งในรูปแบบเครือข่ายในระดับแนวเดียวกัน ทั้งนี้ ได้อาศัยการในรูปแบบการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในความร่วมมือในรูปแบบ “ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล” หรือ “HACC : Hospital Accreditation Collaborating Center” ซึ่งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขณะนั้น ได้ร่วมมือกับ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้จัดทำบันทึกความร่วมมือว่าด้วย “ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หรือ HACC : Hospital Accreditation Collaborating Center” โดยได้บันทึกความร่วมมือดังกล่าวได้จัดทำขึ้น ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2547 เพื่อให้สามารถสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการได้อย่างทั่วถึง (งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2556)

ข้อมูลสถานการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด เชียง ใหม่ โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)ในปัจจุบัน ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ข้อมูลสถานการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

ข้อมูลทั่วไป			การรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA		
ลำดับ	โรงพยาบาล	ระดับบริการ	ระดับชั้น	วันรับรอง	วันหมดอายุ
1	ฝาง	M 1	3	30 พ.ค. 57	29 พ.ค. 59
2	จอมทอง	M 1	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
3	หางดง	M 2	3	22 มี.ค. 56	21 มี.ค. 58
4	สันป่าตอง	M 2	r 1	31 ส.ค. 55	30 ส.ค. 58
5	สันทราย	M 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป			การรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA		
ลำดับ	โรงพยาบาล	ระดับบริการ	ระดับชั้น	วันรับรอง	วันหมดอายุ
6	เชิงดาว	F 1	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
7	สารภี	F 2	3	7 ก.พ. 56	6 ก.พ. 58
8	ไชยปราการ	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
9	ดอยเต่า	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
10	ดอยสะเก็ด	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
11	ดอยหล่อ	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
12	พร้าว	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
13	แม่แจ่ม	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
14	แม่แตง	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
15	แม่วาง	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
16	แม่อาว	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
17	แม่อน	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
18	เวียงแหง	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
19	สะเมิง	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
20	สันกำแพง	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
21	อมก๋อย	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
22	ฮอด	F 2	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58
23	วัดจันทร์ฯ	F 3	2	27 ก.ย. 57	26 ก.ย. 58

ที่มา: ข้อมูล สรพ. (30 กันยายน 2557)

หมายเหตุ ระดับ M1 หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง ที่มีขีดความสามารถ
 รองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญที่มีแพทย์
 ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น
 ระดับ M2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย ขนาดเตียง 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ
 ทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก
 ระดับ F1 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดเตียง 60-120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
 หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม

ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์)
เป็นบางสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน

ระดับ F2 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาดเตียง 30-90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และจัดบริการตามมาตรฐานของบริการทุติยภูมิ
โดยไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

ระดับ F3 หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาดเตียง 10 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือ
แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และ
ไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ

r1 หมายถึง re-accreditation ครั้งที่ 1

ผลการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 23 โรงพยาบาล
ในปี พ.ศ. 2557 ดังนี้

1. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับขั้นที่ 3 หรือ Accreditation มีจำนวน 4 แห่ง
คิดเป็นร้อยละ 17.40
2. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับขั้นที่ 2 จำนวน 19 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 82.60
จะเห็นว่าโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ยังอยู่ระหว่างดำเนินการ
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับขั้นที่ 2 ส่วนน้อยที่ได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาลระดับ
ขั้นที่ 3 หรือ Accreditation (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2557)

1.3 หลักการและแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2544) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการ
พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่

1. การกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
การประกาศให้สังคมทราบจะเป็นข้อผูกมัดที่โรงพยาบาลจะต้องดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2. การสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) ซึ่งโรงพยาบาล
ทั้งรัฐและเอกชนจะต้องแสดงออก เพื่อให้สังคมมีความมั่นใจต่อระบบบริการของโรงพยาบาล
ด้วยการยินยอมให้องค์กรภายนอกซึ่งมีความรู้ความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยเข้าไปประเมินตามกรอบ
ที่ตกลงร่วมกัน
3. การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค
4. การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน โดยการที่ผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพ
ของโรงพยาบาลต่างๆ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ประเมินในลักษณะองค์กร

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2556) ได้ให้แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation (HA) มีหลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA คือ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่มีคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการรับรองคุณภาพ

การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมชมจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมชมจากภายนอก คือ การยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเพียงใด

มิติของการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA

กระบวนการคุณภาพของ HA อาจจะมองได้ใน 4 มิติ คือ

1. มิติของลำดับขั้นการพัฒนา: บันไดสามขั้นสู่ HA

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือ การเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน” เป็นพื้นฐานที่ต้องก้าวข้ามมาแล้วซ้ำอีก เพื่อเป็นฐานที่มั่นคงสำหรับขั้นต่อไป เมื่อทำเชี่ยวชาญแล้ว ควรทำให้เป็นเรื่องปกติประจำที่เรียบง่ายของทุกคน ไม่ต้องเน้นรูปแบบ

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือ การพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การหมุนวงล้อการพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด”

บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA คือ การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

2. มิติของพื้นที่การพัฒนา (4 Domains) คือ การมองพื้นที่การพัฒนาตามโครงสร้างการทำงาน ได้แก่ หน่วยงาน/หน่วยบริการ กลุ่มผู้ป่วย ระบบงาน และองค์กร ช่วยในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการพัฒนา ช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ของพื้นที่การพัฒนาและลดความซ้ำซ้อนในการพัฒนา

การทำความเข้าใจความทับซ้อนระหว่างระบบย่อย จะช่วยทำให้เกิดความร่วมมือ มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ลดการทำงานที่ไม่จำเป็น การทำความเข้าใจว่าแต่ละระบบย่อยมีความสัมพันธ์เกี่ยวพันกันอย่างไร จะทำให้เกิดบูรณาการระหว่างระบบย่อย

3. มิติของกระบวนการพัฒนา: 3C-PDSA

3C (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือ องค์ประกอบที่จะทำให้ เกิดการคิดหรือการวางแผนที่ดี เรียกว่า “คิดดี คิดถูก คิดเป็น” ทำให้รู้ว่าอะไรคือลำดับความสำคัญ หรือความจำเป็นที่ตนจะต้องทำ

PDSA คือ วงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้ หรือทบทวนติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น อาจเรียกว่าเป็นวงล้อเพื่อการ “ทำดี ทำถูก ทำเป็น” Plan-Do-Study-Act (PDSA) ก็คือ Design-Action-Learning-Improvement (DALI) โดย ความหมายของ 3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบ ที่เหลือ สิ่งที่เชื่อมระหว่างการศึกษา (3C) กับการทำ (PDSA) คือ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การ เรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ

4. มิติของการประเมินผล การประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของ HA คือ การประเมิน เพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนา คุณภาพที่ผ่านมา และเพื่อให้เห็นว่าโอกาสข้างหน้าคือการพัฒนาในเรื่องใด กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการ ประเมินเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปข้างหน้า

การประเมินจากภายนอก เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรวมตัว การตั้งเป้าหมาย ระยะเวลาที่จะทำให้สำเร็จ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่างๆ ได้ในเวลาที่ไม่ยาวนานเกินไป ข้อสำคัญคือ การมีความสัมพันธ์แบบ ผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ และทีมงานของโรงพยาบาลไม่มีเจตคติที่ไม่ สุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง คือ เจตคติของการยอมจำนน และเจตคติของการปกป้องตนเอง การ ประเมินจากภายนอกจะเป็นการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นที่ระบบ งาน ทีมงานสามารถใช้ Scoring guideline ที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการพัฒนา เป็นเครื่องมือในการกระตุ้น ให้เห็นโอกาสพัฒนาได้

จากหลักการและแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลทำให้สรุปได้ว่า เป็นการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้มองให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ 1. มิติของลำดับขั้น การพัฒนา 2. มิติของพื้นที่การพัฒนา 3. มิติของกระบวนการพัฒนา 4. มิติของการประเมิน

1.4 กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2553) ได้ให้แนวคิดสำคัญของกระบวนการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. ส่งเสริมและให้ยกย่องการพัฒนาเป็นลำดับขั้น ด้วยแนวคิดนี้ หมายความว่า
 - 1.1 บันไดสามขั้นสู่ HA ส่งเสริมการพัฒนาในส่วนที่จำเป็นตามกำลังความสามารถของโรงพยาบาล และให้การยกย่องตามลำดับขั้น (stepwise recognition)
 - 1.2 ระบบการให้คะแนนประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน (scoring) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตาม maturity ของการพัฒนา
 - 1.3 การต่อยอดไปสู่ความยั่งยืนด้วยการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และด้านความรู้ (การจัดการความรู้และการวิจัย)
 2. ความครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร ซึ่งจัดกลุ่มได้เป็น หน่วยงาน/หน่วยบริการ กลุ่มผู้ป่วย ระบบงาน และภาพรวมทั้งองค์กร
 3. วงล้อของการเรียนรู้และพัฒนา 3C-PDSA เชื่อมโยงมาตรฐานและค่านิยมเข้ากับบริบทที่เป้าหมายชัดเจน แล้วหมุนวงล้อ PDSA อย่างต่อเนื่อง
 4. Domains ของการพัฒนา คือ การมองพื้นที่การพัฒนาตามโครงสร้างการทำงาน ได้แก่ หน่วยงาน/หน่วยบริการ กลุ่มผู้ป่วย ระบบงานและองค์กร ช่วยในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการพัฒนา ช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ของพื้นที่และลดความซ้ำซ้อนในการพัฒนา
 5. Tracks ของการพัฒนาเป็นการให้แนวทางการนำเครื่องมือการพัฒนาที่สอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ไปสู่การปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน ทำให้สามารถวางแผนและลดความซ้ำซ้อนในการพัฒนา
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2556) ได้กล่าวถึง การพัฒนาอย่างเชื่อมโยงหรือการบูรณาการเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยใช้พลังและทรัพยากรน้อยที่สุด การเริ่มต้นบูรณาการแบบเรียบง่ายคือการคำนึงถึงประเด็นต่อไปนี้
1. สร้างช่องทางการสื่อสารในทีมที่ต้องทำงานร่วมกัน
 2. แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์หน่วยงานที่เป็นลูกค้าของตน รับฟังความต้องการตอบสนอง และรับฟังเสียงสะท้อนจากหน่วยงานที่เป็นลูกค้า
 3. วิเคราะห์กระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดในระบบงานหรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย แล้วจัดระบบการสื่อสาร ประสานงาน และการส่งมอบที่ชัดเจนระหว่างรอยต่อต่างๆ
 4. พัฒนาระบบสารสนเทศที่หน่วยงานและระบบงานต่างๆ ต้องใช้ร่วมกัน
 5. ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบงานสำคัญ มาเรียนรู้ความต้องการของกันและกัน วางแผนการทำงานร่วมกันโดยใช้ systems approach และมีเป้าหมายที่ชัดเจน
 6. ใช้แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และตัวชี้วัด เป็นเครื่องมือในการบูรณาการ

บูรณาการกับเพื่อนร่วมงาน เป็นการบูรณาการที่ไม่อยู่ภายใต้กรอบโครงสร้าง เป็นเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างคนต่อคน รวมถึงความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือเรื่องของการสื่อสาร ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารที่ก้าวหน้าขึ้น แต่ละคนอาจจะมีและควรมีวิธีการสื่อสารเฉพาะกับเพื่อนร่วมงานที่ต้องทำงานสัมพันธ์กันบ่อยๆ ควรจะสร้างความสัมพันธ์และฟื้นฟูความสัมพันธ์กับผู้ที่ต้องทำงานร่วมกันอยู่เนืองๆ

บูรณาการภายในหน่วยงาน ได้แก่

1. เป็นการบูรณาการภายใต้โครงสร้างการบริหารงานของหน่วยงานควบคู่กับความสัมพันธ์ของทีมทำงาน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการบูรณาการก็คือ Unit Profile หรือ 3P (Purpose-Process-Performance) ในระดับหน่วยงาน การมีเป้าหมายร่วมกัน มีกระบวนการทำงานที่สอดคล้องกันและมีการติดตามวัดผลในทิศทางเดียวกันโดยการนำของหัวหน้าหน่วยงานจะช่วยให้เกิดบูรณาการภายในหน่วยงานขึ้น
3. การสื่อสารภายในหน่วยงานอาจจะมีทั้งการสื่อสารที่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ เช่น การประชุมประจำเดือน ประชุมประจำสัปดาห์ และการสื่อสารอย่างสั้นๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานประจำวันในทำนองคุยกันวันละนิด จิตแจ่มใส เช่น morning brief, safety brief
4. ระบบสารสนเทศภายในหน่วยงานมีทั้งสารสนเทศเพื่อการปฏิบัติงานประจำและสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยงาน
5. การแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงานอาจจะเป็นเรื่องที่ทีมงานรวมตัวกันเพื่อแก้ปัญหาคัดค้านของตน หรือเรื่องที่ทำเพื่อตอบสนองเป้าหมายของหน่วยงาน

บูรณาการการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1. โครงสร้างคือทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) หรือทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team) ซึ่งควรเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ อาจจะเป็นทีมที่รับผิดชอบกว้างขวางทั้งแผนก เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม หรือทีมดูแลเฉพาะสาขา เช่น ทีมดูแลผู้ป่วยโรคปอด ทีมดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ หรืออาจจะมีทั้งสองระดับร่วมกัน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการบูรณาการ คือ Clinical tracer ซึ่งเป็นทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสถานการณ์ การหาโอกาสพัฒนา และการติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา
3. การสื่อสาร มีทั้งการสื่อสารในงานประจำ เช่น การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน การสื่อสารที่เป็นทางการ เช่น การประชุมทีมดูแลผู้ป่วย และการสื่อสารในกิจกรรมพิเศษ เช่น การตามรอย (tracer)

4. ระบบสารสนเทศ ระบบที่มีอยู่แล้ว คือระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการทำงานประจำซึ่งสามารถพัฒนาไปสู่การเชื่อมโยงการทำงานของวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆ หากออกแบบให้ดีจะช่วยลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและลดความผิดพลาดลงได้ และควรให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นกับระบบสารสนเทศเพื่อการ monitor ผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ โดยเป็นความร่วมมือระหว่างทีมดูแลผู้ป่วยต่างๆ กับทีมสารสนเทศ

5. การแก้ปัญหา การวางแผน การติดตาม ควรเกิดขึ้นในเวทีของทีมดูแลผู้ป่วย จากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้สรุปได้ว่ากระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกระบวนการส่งเสริมและให้ย่อกองการพัฒนาเป็นลำดับขั้น มีการพัฒนาอย่างเชื่อมโยงหรือเกิดบูรณาการภายในองค์กร โดยเฉพาะการบูรณาการในการดูแลผู้ป่วย อันจะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

พาณี สิตกะลิน (2555) ได้กล่าวปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ได้ดังนี้

1.5.1 ผู้บริหารระดับสูงขององค์กรจะต้องมีพันธสัญญา (Commitment) ศรัทธา และความเชื่อในการพัฒนาบริการสุขภาพ

ความเชื่อและความศรัทธาในเรื่องเกี่ยวกับองค์กรสามารถปรับเปลี่ยนวัฒนธรรม ที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจะประสบความสำเร็จได้เมื่อผู้บริหารระดับสูงมีพันธสัญญาในเรื่องนี้ นอกจากนี้การที่ผู้บริหารแสดงเจตจำนงอันแน่วแน่ในการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรหรือโรงพยาบาล จะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ให้บุคลากรทุกระดับเกิดความมั่นใจต่อการปฏิบัติที่จะนำไปสู่พัฒนาคุณภาพ ตลอดจนมีความเชื่อมั่นว่าเกิดการพัฒนาคุณภาพขององค์กรหรือโรงพยาบาล นอกจากพันธสัญญาที่ผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารทุกระดับจะมีผลต่อองค์กรแล้ว สิ่งที่ยืนยันว่าพันธสัญญานี้จะเกิดขึ้นภายในองค์กร คือ นโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการกำหนดการพัฒนาคุณภาพที่ปรากฏอยู่ในแผนกลยุทธ์ของหน่วยงานทุกระดับ ซึ่งผู้บริหารจะต้องตรวจสอบว่ามีการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรหรือไม่ สิ่งเหล่านี้จะเป็นพฤติกรรมและหลักฐานที่แสดงถึงการมีพันธสัญญา ศรัทธา และความเชื่อของผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารทุกระดับ ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพขององค์กรอย่างต่อเนื่องซึ่งจะค่อยๆปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรหรือโรงพยาบาลที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ จนเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันของบุคลากรทุกคน การปรับเปลี่ยนการทำงานประจำวันของบุคลากรทุกคนโดยคำนึงถึงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องนี้จะต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยน ซึ่งผู้บริหาร

ระดับสูงจะต้องมีความเชื่อและศรัทธาในเรื่องนี้ลำดับแรก ก่อนที่จะนำความรู้หรือเทคนิคต่างๆ มาดำเนินการในองค์กรหรือหน่วยงาน

1.5.2 การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับในการพัฒนาคุณภาพ (Employee involvement) บุคลากรทุกคนจะมีความรู้สึกของการเป็นเจ้าของในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรหรือโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลจะทำให้แต่ละบุคคลมีความรู้สึกถึงการมีคุณค่าของตนเองการพัฒนาบริการให้มีคุณภาพ และเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยพัฒนาหน่วยงานให้เกิดคุณภาพบริการ ผู้บริหารโรงพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการ และเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเกิดความยั่งยืนวิธีการนี้เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะลดแรงต่อต้านหรือความคิดเห็นที่ไม่ต้องการพัฒนาคุณภาพบริการจากบุคลากรทุกระดับ เมื่อผู้บริหารให้ความสำคัญแก่บุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลที่จะช่วยในการพัฒนาคุณภาพบริการ

1.5.3 การให้กลุ่มวิชาชีพที่สำคัญเข้ามามีส่วนในการริเริ่มการพัฒนาคุณภาพ (Initial key professional groups)

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจะประสบความสำเร็จได้ดี เมื่อผู้บริหารระดับสูงและผู้นำของกลุ่มวิชาชีพแพทย์ให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม กลุ่มวิชาชีพที่สำคัญในการบริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เป็นต้น เป็นกลุ่มบุคคลที่ค่อนข้างมีอิทธิพลที่จะนำการพัฒนาคุณภาพบริการไปสู่ความสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เนื่องจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือในเรื่องคุณภาพบริการของโรงพยาบาล นอกจากนี้ การที่กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะให้ความร่วมมือแล้ว ยังผลักดันให้องค์กรเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้ระดับสูง เมื่อผู้บริหารชักจูงให้เข้ามามีส่วนในการพัฒนาคุณภาพบริการ และเป็นส่วนหนึ่งในการลดแรงต้านจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวเหล่านี้

1.5.4 ผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับมีความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่ตรงกัน (Understand the quality improvement concept)

การใช้ภาษาและความหมายที่สามารถสื่อสารกับบุคลากรทุกระดับให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันภายในองค์กรหรือหน่วยงาน การสร้างความเข้าใจในการกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ตลอดจนแนวคิดเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเกิดคุณภาพบริการที่ยั่งยืนนั้น ผู้บริหารควรหาวิธีการทุกวิถีทางที่จะสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการแก่บุคลากรทุกระดับ เนื่องจากบุคลากรที่ให้บริการในการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่มักจะคิดว่าการปฏิบัติงานของตนเองนั้นมีคุณภาพได้มาตรฐานอยู่แล้ว โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ที่เป็นเอกลักษณ์ที่บุคลากรวิชาชีพที่หลากหลาย รวมทั้งบุคลากรอื่นในการ

ให้บริการสุขภาพ การสร้างความเข้าใจในแนวคิดและกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพที่ตรงกัน จึงไม่ใช่เรื่องง่าย และต้องใช้กลยุทธ์ต่างๆที่จะสื่อสารความหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงและสอดคล้องกัน

1.5.5 การสื่อสารนโยบายและเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการให้ครอบคลุมทุกระดับภายในองค์กร (Communication through the organization)

การสื่อสารที่ชัดเจนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคลากรภายในองค์กรหรือโรงพยาบาลทราบว่าขณะนี้องค์กรมีเข็มมุ่งหรือกำลังทำอะไรอยู่ ผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญในเรื่องการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการแก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อเป็นทิศทางในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กร การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องนั้น จะต้องอาศัยการประชาสัมพันธ์และการสื่อสารจากระดับปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานคุณภาพบริการ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.5.6 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการพัฒนาคุณภาพแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Increasing continuous knowledge and skills)

การให้ความรู้และเพิ่มพูนทักษะแก่บุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพ การใช้เครื่องมือคุณภาพที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติงาน เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องความรู้และพัฒนาทักษะในการพัฒนาคุณภาพ สามารถนำความรู้หรือทักษะเหล่านั้นมาใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเกิดคุณภาพในการให้บริการที่ยั่งยืน

1.5.7 การจัดสิ่งเอื้ออำนวยและสิ่งสนับสนุนภายในองค์กร (Supportive structure and facilities of the organization)

เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ สิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกและสิ่งสนับสนุนมีหลายประการ เช่น ในมุมมองด้านปัจจัยนำเข้า คือ งบประมาณในการจัดฝึกอบรม ให้ความรู้ และเพิ่มพูนทักษะแก่บุคลากรทุกระดับเพื่อพัฒนาคุณภาพในการปฏิบัติงาน เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ที่เพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน หรือลดขั้นตอน ลดความผิดพลาดต่างๆ ด้านกระบวนการ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานอย่างมีระบบ เช่น มีศูนย์พัฒนาคุณภาพในการให้คำแนะนำปรึกษา หรือเป็นที่ปรึกษาดูตามการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาระบบการปฏิบัติอย่างมีคุณภาพที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนบุคลากรทุกคนถือเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติการกิจในการทำงานประจำวัน การมีทีมงานที่ให้การสนับสนุนและช่วยอำนวยความสะดวกในการพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ถ้าผู้บริหารโรงพยาบาลมีนโยบายและให้การสนับสนุนการดำเนินการอย่าง

ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และจริงจัง จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดแรงเสริมของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

1.5.8 ภาวะผู้นำที่เด่นชัดในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ (Leadership)

การที่ผู้นำน้องค์กรมีภาวะผู้นำที่เด่นชัดในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการจะทำให้บุคลากรทุกคนเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพบริการมีความสำคัญต่อองค์กร และเป็นทิศทางที่สมาชิกภายในองค์กรจะดำเนินการอย่างปฏิบัติเพื่อให้บรรลุประสงค์เดียวกัน ภาวะผู้นำที่เด่นชัดในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องจนเกิดความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพบริการได้นั้น ผู้บริหารทุกระดับจะต้องมีความรู้ประสบการณ์ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการพัฒนาคุณภาพแก่บุคลากร รวมทั้งการใช้วิธีการหรือกระบวนการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบต่างๆในการบริหารอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่า การดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้ประสบความสำเร็จ นอกจากผู้นำหรือผู้บริหารจะมีบทบาทสำคัญในการเริ่มดำเนินการ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน ทุกระดับก็มีความสำคัญยิ่ง โดยต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังอย่างต่อเนื่อง มีการสื่อสารทั่วทั้งองค์กร ความเข้าใจที่ตรงกัน จะเป็นกุญแจไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง เป็นกระบวนการสำคัญของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มุ่งให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยให้มากที่สุด ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ทบทวนถึง ความหมายของความเสี่ยงในโรงพยาบาล หลักการบริหารความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล และปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ดังนี้

2.1 ความหมายของความเสี่ยงในโรงพยาบาล

ได้มีผู้รู้ได้ให้ความหมายของ ความเสี่ยงในโรงพยาบาล ดังนี้

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2543) ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์

ความเสี่ยงหรือความสูญเสียในโรงพยาบาล (risk heptagon) มี 7 ประการ ได้แก่

1. ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการของโรงพยาบาล
 2. ความเสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลไม่ได้รับความไว้วางใจและขาดการสนับสนุนจากชุมชน
 3. การสูญเสียรายได้ ซึ่งจะมีผลให้เกิดความชะงักงันในการลงทุนพัฒนาและการดำเนินการ ไม่ว่ารายได้นั้นจะเป็นจากรัฐบาลหรือผู้ป่วยโดยตรง
 4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน ซึ่งหมายถึงค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทรัพย์สินที่มีความเสี่ยงในที่นี้ครอบคลุมทรัพย์สินของโรงพยาบาล ของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ หรือบุคคลที่สามซึ่งทำธุรกิจโรงพยาบาล
 5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแรงงานมีฝีมือที่ต้องลงทุนสูง การบาดเจ็บจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้หมายถึงต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเพื่อการทดแทน
 6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งมีชีวิตอื่นๆในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมียค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา
 7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งอาจจะมีมูลค่าเล็กน้อยหรือมหาศาล
- ความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย อาจแบ่งได้เป็นประเภทต่างๆ ดังนี้
1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย
 2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotional risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่มองเห็นหรือพยากรณ์ไม่ได้หรือความไม่เป็นส่วนตัว
 3. ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่นการ expose ผู้ป่วยต่อหน้าผู้อื่น การรักษาความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการกับสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล
 4. ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

สรรพวิช อัสวเรืองชัย (2546) ได้กล่าวถึงความหมายของ ความเสี่ยง ในมุมมองของความปลอดภัยของผู้ป่วย ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) หมายถึง เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจจะเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย โดยอาศัยการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk management) หรือกระบวนการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย การค้นหา การวิเคราะห์ และการควบคุมความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย เพื่อให้แนวคิด

ดังกล่าวได้รับการตระหนักมากยิ่งขึ้น จึงรณรงค์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกโดยใช้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นนโยบายหลักในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ

ผ่องพรรณ จันทนสมบัติ และคณะ (2555) ให้ความหมายของ ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เกิดความผิดพลาดที่ส่งผลให้เกิดความเสียหาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่วนการบริหารความเสี่ยง คือการรับรู้และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น การบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงเพื่อป้องกันความสูญเสีย

จึงพอสรุปความหมายของความเสี่ยงในโรงพยาบาลได้ว่า ความเสี่ยงในโรงพยาบาล หมายถึง เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ที่เกิดหรืออาจเกิดผลต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

2.2 หลักการบริหารความเสี่ยง

สุธรรม ปิ่นเจริญ (2549) ได้กล่าวถึง การบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ เป็นสาขาวิชาที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยนำหลักการแนวคิด ประสบการณ์การบริหารความเสี่ยงจากสาขาอื่นเข้ามาเสริม การจัดระบบบริหารความเสี่ยง มีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. พยายามป้องกันการเกิดปัญหา
2. พยายามแก้ที่ระบบมากกว่าที่จะจ้องจับผิดหรือโยนความผิดให้กับผู้ปฏิบัติงาน
3. สร้างวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์เป็นระบบเปิด เพื่อเร่งรัดขยายผลการเรียนรู้ขององค์กรและสังคม ที่จะพัฒนาระบบความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัต

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) ได้กำหนดเกณฑ์ของระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ ดังนี้

1. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย
 - 1.1 มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง
 - 1.2 มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงาน และในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน
 - 1.3 มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล
 - 1.4 มีระบบรายงานอุบัติเหตุและเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ เพื่อประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้และวางแผน

1.5 มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

1.6 มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

2. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2.1 มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา

2.2 ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ

2.3 ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยเป้าหมาย

2.4 ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2556) ได้กล่าวถึง 6QI (Quality Improvement) ของการพัฒนาในระดับกลุ่มผู้ป่วย ในส่วนTrackที่ 2 เรื่อง ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (patient safety) ว่าเป็นเรื่องของการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มเรียนรู้จากแต่ละเหตุการณ์ไปสู่การวางระบบและการบูรณาการ ดังนี้

1. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ ควรส่งเสริมให้มีการทำอย่างสม่ำเสมอ ให้สามารถครอบคลุมเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ให้มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้รับให้มากที่สุด

2. แปรเรื่องราวให้กลายเป็นดีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกเหตุการณ์ ควรได้บทเรียนที่จะนำมาสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น ด้วยหลักการของการไม่กล่าวโทษ แต่พยายามหาวิธีการสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก

3. ตามรอย patient safety goal/guides: SIMPLE หาส่วนขาดและเติมเต็ม

4. ใช้ Trigger tool เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน เรียนรู้และปรับปรุงเพื่อป้องกันเหตุการณ์อื่นไม่พึงประสงค์

5. จัดให้มี patient safety leadership walkround เพื่อให้ผู้นำได้รับรู้ปัญหา สื่อสารค่านิยมและสนับสนุนการแก้ปัญหา เกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

6. ทบทวนหรือวางระบบบริหารความเสี่ยงในภาพรวมของโรงพยาบาล และในระดับหน่วยงาน

7. นูรณาการข้อมูลและระบบบริหารความเสี่ยง จากระบบต่างๆที่ เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้คุณภาพที่ควรทำให้ง่าย ไม่ติดรูปแบบ ทำให้อยู่ในงานประจำ ทำให้ครอบคลุมมากที่สุด ไม่สำคัญว่าทบทวนด้วยวิธีไหน และ สำคัญว่าเอาผลการทบทวนไปเรียนรู้และพัฒนาอย่างไร

1. การทบทวนข้างเตียง (bedside review) ควรทำทุกวัน ทำทุกโอกาส ทำคนเดียว ทำร่วมกับทีม ใช้ C3THER เป็นแนวทางโดยเลือกประเด็นทบทวนที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย สามารถครอบคลุมเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพด้วย HELP ควรมีส่วนทำให้บันทึกเวชระเบียนปกติ สมบูรณ์ขึ้น (ไม่ต้องมีแบบบันทึกพิเศษ) และควรมีการสรุปบทเรียนสำคัญจากการทบทวน

2. การทบทวนเวชระเบียน ควรตระหนักว่ามี 3 ลักษณะ ดังนี้ (1) ทบทวนความ สมบูรณ์ของการบันทึก (2) ทบทวนการปฏิบัติตามข้อกำหนด/มาตรฐาน (3) ทบทวนคุณภาพการ ดูแลผู้ป่วย ควรให้เจ้าของใช้มีส่วนร่วมหรือรับรู้

3. การทบทวนคำร้องเรียน สามารถทำได้ในภาพรวมของโรงพยาบาล

4. การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ สามารถเชื่อมโยงได้กับการใช้ trigger tool

5. การค้นหาความเสี่ยง ควรค้นหาด้วยการตามรอยในสถานที่จริง และการวิเคราะห์ ความเสี่ยงในขั้นตอนต่างๆ

6. การทบทวนการส่งต่อ ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

7. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า ควรสัมพันธ์กับลักษณะงาน โดยวิเคราะห์ว่าตรงไหนมีโอกาสเป็นจุดอ่อน และจะให้ใครเข้ามาเสริม

8. การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรตามรอยการปฏิบัติตามแนวทาง ที่กำหนดไว้ และติดตามอัตราการติดเชื้อจากการเฝ้าระวัง

9. การทบทวนการใช้ยา ควรครอบคลุมทั้งโอกาสเกิด error/ADE และความเหมาะสม ในการสั่งใช้

10. การทบทวนการใช้ทรัพยากร (utilization review) เลือกจุดที่มี โอกาสใช้ทรัพยากร ที่มีมูลค่าสูง

11. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ สามารถเชื่อมโยงกับ clinical tracer

12. การทบทวนตัวชี้วัด สามารถเชื่อมโยงกับ service profile และ clinical tracer

การแปรเรื่องราวให้กลายเป็นดี

แนวทางการแปรเรื่องราวให้กลายเป็นดี หรือการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อปรับปรุงระบบงานให้รัดกุม มีวิธีการดังนี้

1. หาวิธีรับรู้เรื่องราวให้มากที่สุดและไวที่สุด ด้วยกิจกรรมทบทวนคุณภาพ รายงานอุบัติการณ์ ใช้ trigger tool คัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน
2. เรียนรู้จากรายการด้วยการ วิเคราะห์จุดเปลี่ยน/โอกาสเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ หรือการกระทำ รับฟังความคิด ความต้องการความรู้สึของผู้อยู่ในเหตุการณ์ สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกด้วยหลักการ human factor engineering
3. วางระบบป้องกันที่รัดกุม สื่อสาร ฝึกอบรม จัดสิ่งอำนวยความสะดวก
4. ตามรอยการปฏิบัติตามมาตรการที่วางไว้ หรือสร้างความรู้ด้วยการวิจัย สะสมเป็นทุนทรัพย์ความรู้ขององค์กร และใช้ขับเคลื่อนการพัฒนาต่อเนื่อง

Patient Safety Goals/Guides: SIMPLE

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้ปรับโครงสร้างของ Patient Safety Goals เพื่อให้สามารถรองรับประเด็นความปลอดภัยใหม่ๆ ที่องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานต่างๆ ชี้นำเพิ่มขึ้น โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม เรียกว่า SIMPLE ซึ่งย่อมาจาก “Safe surgery, Infection control, Medication & blood safety, Patient care process, Line/tubing/catheter, Emergency response”

การเยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อรับรู้และเรียนรู้คุณภาพในปีงบประมาณ 2552 ได้ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทำ gap analysis เปรียบเทียบการปฏิบัติกับข้อแนะนำใน SIMPLE เพื่อกระตุ้นให้เกิดการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง

Gap Analysis เป็นเครื่องมือคุณภาพที่ใช้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติจริง กับสิ่งที่เป็ข้อแนะนำทางวิชาการ แล้วพยายามลดความแตกต่างนั้นลง PSG (Patient Safety Goals/Guides): SIMPLE คือการประมวลข้อแนะนำทางวิชาการเกี่ยวกับ patient safety เพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆ ได้มีโอกาสทบทวนและปรับปรุงตามขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ gap

1.1 Recommendation คือสิ่งที่อยู่ใน SIMPLE หรือ evidence-based guideline อื่นๆ

1.2 Current / actual practice คือสิ่งที่ปฏิบัติจริง สามารถรับรู้ได้ด้วยการคุยกันเล่น หรือตามรอยเพื่อเห็นของจริง หรืออาจจะประเมินด้วยการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. ลด gap

2.1 กำหนดเป้าหมายว่าในแต่ละช่วงเวลาจะสามารถปฏิบัติได้ในลักษณะใด

2.2 วางแผนขั้นตอนในการปรับปรุง

2.3 ดำเนินการปรับปรุง

3. ประเมินซ้ำเป็นระยะ

ทั้งนี้ควรมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบเฉพาะเรื่อง เพื่อติดตามการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

Trigger tool หรือตัวส่งสัญญาณ เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event – AE) จากการทบทวนเวชระเบียน การใช้ trigger tool อาจนำไปใช้ได้ ในลักษณะต่อไปนี้

1. ใช้ trigger จำนวนหนึ่งที่มีความไวและมีโอกาสพบ AE สูง เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวน วิธีนี้จะพบ AE จำนวนมาก มีประโยชน์ในการวางระบบป้องกันความเสี่ยงให้ครอบคลุม แต่อาจจะมีปัญหาในการคำนวณอัตราการเกิด AE เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง

2. สุ่มเวชระเบียนอย่าง random จำนวนเดือนละ 20 ฉบับ ใช้ trigger เพื่อช่วยพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ทบทวนนั้นจะมี AE หรือไม่ วิธีนี้จะพบ AE น้อยกว่าวิธีแรก แต่สามารถคำนวณอัตราการเกิด AE ต่อพันวันนอนเพื่อใช้เปรียบเทียบได้

การใช้ trigger ในระหว่างการทำงานปกติ เพื่อดักจับโอกาสเกิด AE แต่เนิ่นๆ และดำเนิน การแก้ไขหรือป้องกันปัญหาโดยทันที วิธีนี้มีประโยชน์ในการป้องกัน AE มากที่สุด

บันทึกสรุปลำดับเหตุการณ์

การบันทึกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ตามลำดับวันเวลาที่แสดงไว้ในตัวอย่าง ทำให้ผู้ทบทวนและผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในภาพรวมได้เร็วขึ้น เห็นความเชื่อมโยงและช่วงห่างของเหตุการณ์ต่างๆ ได้ง่ายขึ้น นำไปสู่การวิเคราะห์ขั้นตอนที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ง่ายขึ้น

จากแนวคิดการบริหารความเสี่ยง ทำให้สรุปได้ว่า การบริหารความเสี่ยงเป็นการมุ่งเน้นถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

2.3 กระบวนการบริหารความเสี่ยง

วิชาญ เกิดวิชัย (2555) ได้กล่าวถึง กระบวนการบริหารความเสี่ยง (Risk management process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนพื้นฐาน ได้แก่

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification) มีวัตถุประสงค์เพื่อรับรู้ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นป้องกันการเกิดความเสี่ยง และเฝ้าระวังอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพื่อสามารถพบได้อย่างรวดเร็วและควบคุมความเสียหาย มีกิจกรรมที่ต้องทำ 2 อย่าง คือ

1.1 การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง (Risk profile) เพื่อประกาศให้ผู้เกี่ยวข้องทราบว่ามีความเสี่ยงอะไรบ้างที่มีโอกาสเกิดขึ้นเพื่อกำหนดแนวทางป้องกัน ซึ่งวิธีการค้นหาหลายวิธี

1.2 การเฝ้าระวังความเสี่ยง มีเป้าหมายที่การค้นพบความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานให้ได้รวดเร็วที่สุด

2. การประเมินผลความเสี่ยง (Risk assessment) ต้องทำในลักษณะของการประเมินล่วงหน้าก่อนเกิดอุบัติการณ์ ระบุลงใน Risk Profile แต่ละรายการ ทั้งความรุนแรงและความถี่ ที่คาดว่าจะมีโอกาสดังขึ้นเพื่อช่วยในการเฝ้าระวังและประเมินเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น

3. การจัดการความเสี่ยง (Action to manage risk) ครอบคลุมการป้องกัน ไม่ให้เกิดความเสี่ยงหรือเกิดน้อยที่สุด และจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ให้มีความเสียหายน้อยที่สุด รวมถึงการเจรจาต่อรองเพื่อชดเชยค่าเสียหายด้วย

4. การประเมินผลระบบบริหารความเสี่ยง (Evaluation of risk management system) เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงให้ดียิ่งขึ้น ที่ต้องดำเนินการดังนี้

4.1 การประเมินการปฏิบัติตามระบบ ได้แก่ ความครบถ้วนและถูกต้องของการจัดทำ Risk Profile ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล การวางระบบป้องกันความเสี่ยงในกระบวนการทำงาน

4.2 การประเมินวิธีการแก้ไขปัญหาความเสี่ยง เป็นการวิเคราะห์ลงไปใบรายละเอียด การจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลผู้เกี่ยวข้องทุกระดับดำเนินการได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ ใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จึงมีการออกแบบให้ต้องรายงานการสอบสวนหาสาเหตุ การแก้ไขปัญหาที่ได้ทำไปแล้ว

4.3 การสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์ โดยการรายงานลงไปทีมงานและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ และรายงานขึ้นต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ หรือ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล โดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐาน หรือ Benchmark กับโรงพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นเลิศเพื่อการติดตามแนวโน้มระยะยาว หรือช่วยกันปรับปรุงคุณภาพการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย มีความเสี่ยงน้อยที่สุด

สุธรรม ปิ่นเจริญ (2549) ได้กล่าวถึง การบริหารความเสี่ยงของการรักษาพยาบาล มีขั้นตอน เทคนิค และวิธีการที่หลากหลาย เป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification) ประกอบด้วย

1.1 การรวบรวมจากสถิติเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลของตนเองหรือจากแหล่งอื่น

1.2 ระบบรายงานอุบัติการณ์ (Incident report) โดยจัดระบบความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น

1.3 สรุปรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยงจากระบบรับเรื่องร้องเรียน (complaint management)

1.4 การรวบรวมความเสี่ยงจากการทบทวนกิจกรรมหลักทางการพยาบาล รวม 12 หัวข้อ

1.5 การจัดระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์คู่ขนานไปกับการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเลือกตัวชี้วัด (Indicators) ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) ควรดำเนินการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ 3 ประการ

2.1 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา

2.2 การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง

2.3 การวิเคราะห์สืบค้นต้นเหตุพื้นฐาน

3. การควบคุมหรือลดความเสี่ยง (Risk Control or Risk Reduction) ต้องทำไปพร้อมๆ กัน ดังนี้

3.1 การกำหนดคุณวุฒิพื้นฐานและการพัฒนาสมรรถนะของทีมนักพยาบาล

3.2 การกำหนดขั้นตอน วิธีหรือแนวทางการทำงานที่เป็นมาตรฐาน

3.3 การออกแบบระบบให้มีความปลอดภัย

3.4 การจัดระบบการประกันคุณภาพ (Quality assurance)

3.5 การจัดสถานที่และสภาพแวดล้อมหอผู้ป่วย

3.6 การป้องกันเหตุพิพาทและฟ้องร้อง

4. การลดความสูญเสีย (Loss Reduction) มีขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่

4.1 การรับรายงาน (Incident report) อย่างรวดเร็วตามความรุนแรงของเหตุการณ์ เพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้รับผิดชอบและผู้ที่คาดว่าจะแก้ความเสียหายของผู้ป่วยหรือสถานการณ์ได้ดีที่สุด

4.2 การบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีข้อมูลสำคัญครบถ้วน

4.3 การแก้ไขปัญหาควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่สุด

4.4 การสื่อความเข้าใจโดยการตั้งใจดูแลผู้ป่วยด้วยความจริงใจ ให้ข้อมูลสถานการณ์และแผนการรักษาเป็นระยะๆ กับผู้ป่วยหรือญาติ

5. การเรียนรู้ของบุคคลและองค์กร (Personal and Organizational Learning) เพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัย ควรได้มีการจัดทำระบบบันทึกเหตุการณ์ความเสี่ยงทั้งหมดที่เกิดขึ้นตามช่วงเวลา รวมถึงแนวคิดขั้นตอนและวิธีแก้ไขป้องกัน หาวิธีเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่น

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) กล่าวถึงระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย ระบุถึงกระบวนการ ดังนี้

1. มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง
2. มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน
3. มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึงเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล
4. มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน
5. มีการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม
6. มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

สำนักบริหารการสาธารณสุข (2556) ได้กล่าวถึง การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการติดตามประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง เป็นการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันความสูญเสีย ทำให้สามารถลดความถี่และความรุนแรงของความเสียหายที่จะเกิดขึ้น เราอาจค้นหาความเสี่ยงได้จากการศึกษาจากอดีต และการศึกษาจากสภาพปัจจุบัน

1.1 การค้นหาความเสี่ยงระดับหน่วยงาน

1.1.1 หน่วยงานทำการค้นหา รวบรวมความเสี่ยงต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นภายในหน่วยงานโดย

- 1) ทบทวนกระบวนการหลักของงาน หาจุดที่อาจเกิดความเสี่ยง
- 2) สำรวจสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน
- 3) ทบทวนจากบันทึกรายงานเหตุการณ์/อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน
- 4) ทบทวนเวชระเบียน

- 5) ค้นหาข้อมูลจากข่าวสารสื่อต่างๆ
- 6) ระดมสมองจากประสบการณ์ของบุคลากรในหน่วยงาน
- 7) การตรวจสอบและการสอบเทียบตามมาตรฐานที่กำหนด
- 8) การตรวจการและการนิเทศ

1.1.2 ทำบัญชีรายการความเสี่ยงของหน่วยงาน

- 1) แยกหมวดหมู่ ตามความเหมาะสม
- 2) จัดลำดับความสำคัญโดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของ

ผลกระทบความถี่ของการเกิด

1.1.3 ทบทวนแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับต้นๆ โดยการระดมสมอง

- 1) ทบทวนแนวทางการเชิงระบบ
- 2) วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis)
- 3) เฝ้าระวังและติดตามการดำเนินงานโดยดูจากรายงานอุบัติการณ์

และเครื่องชี้วัดที่มีการเก็บข้อมูล

4) ทบทวนคู่มือ และมาตรการที่จัดทำไว้เป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม และเมื่อเกิดความเสี่ยงที่มีระดับผลกระทบรุนแรง

1.2 การค้นหาความเสี่ยงในระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความเสี่ยงทางคลินิก สิ่งแวดล้อม/โครงสร้างและ อาชีวอนามัย เครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ เวชระเบียนและการสื่อสาร ยา/สารน้ำและเลือด ข้อร้องเรียน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นต้น

1.2.1 ค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง

- 1) จากระบบรายงานที่มีอยู่
- 2) จากข้อมูลข่าวสาร สื่อต่างๆ
- 3) จากการระดมสมอง ประสบการณ์ของคณะกรรมการ/ ทีมงาน

1.2.2 ทำบัญชีรายการความเสี่ยง

- 1) แยกหมวดหมู่ ตามความเหมาะสม
- 2) จัดลำดับความสำคัญโดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบ

ความถี่ของการเกิด

1.2.3 ทบทวนแนวทางการ/มาตรการในการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญระดับต้นๆ และเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบและถือปฏิบัติ

1.3 การค้นหาความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

1.3.1 ค้นหาและรวบรวมความเสี่ยงต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นทั้งหมดใน
โรงพยาบาล โดย

- 1) ข้อมูลจากการรายงานของหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 2) สํารวจ/ สัมภาษณ์หน่วยงาน
- 3) ค้นหาข้อมูลจากข่าวสาร สื่อต่างๆ
- 4) การเรียกร้องคำเสียหาย

1.3.2 ทำบัญชีรายการความเสี่ยงของโรงพยาบาล

- 1) แยกหมวดหมู่ ตามความเหมาะสม
- 2) จัดลำดับความสำคัญโดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบ
ความถี่ของการเกิด

1.3.3 ทบทวนแนวทาง/ มาตรการการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ

- 1) วางแนวทางจัดการเชิงระบบ
- 2) วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Root Cause Analysis)

2. การวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง

การประเมินระดับความรุนแรงที่นิยมใช้คือ การนำการจัดระดับความคลาดเคลื่อน
ทางยา ของ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
(NCC MERP) มาประยุกต์ใช้ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 การประเมินระดับความรุนแรง

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
A	เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาที่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	ไม่ผิดพลาด No Error)
B	เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย	ผิดพลาดแต่ไม่เกิด
C	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย	อันตราย
D	เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้มีการเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่า ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	(Error, Harm)
E	มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้นจากเหตุการณ์นั้น	ผิดพลาดทำให้เกิด
F	มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น	อันตราย

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ระดับ	ผลกระทบ	ความรุนแรง
G	มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ ถาวร	
H	มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องปฏิบัติการกู้ชีวิต	
I	มีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	ผิดพลาดทำให้เกิด อันตรายถึงชีวิต (Error, Death)

3. วิเคราะห์ความสำคัญของความเสี่ยง โดยใช้ Risk Matrix

4. ประเมินระดับความเสี่ยง

จากกระบวนการบริหารความเสี่ยง ทำให้สรุปได้ว่า กระบวนการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีลำดับขั้นตอนการดำเนินการได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการติดตามประเมินผล ซึ่งจะดำเนินการต่อเนื่องไปเรื่อยๆ

2.3 โครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

สำนักบริหารการสาธารณสุข (2556) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบการจัดโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่เพื่อการบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยในโรงพยาบาล ไว้ดังนี้

2.3.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หน้าที่

- 1) กำหนดนโยบายด้านการจัดการความเสี่ยง
- 2) สนับสนุนด้านทรัพยากรให้มีเพียงพอต่อการจัดการความเสี่ยงตามนโยบาย
- 3) ร่วมจัดการแก้ไข และป้องกันความเสี่ยงรุนแรงที่ต้องการแก้ไขด่วน

ดังกล่าว

2.3.2 คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

หน้าที่

ให้ความเห็นชอบต่อนโยบาย รับทราบรายงาน ตอบสนองและประเมินผลเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

2.3.3 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

หน้าที่

- 1) กำหนดนโยบาย และวางแผนกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงในระดับ
โรงพยาบาล
- 2) จัดทำคู่มือ/แนวทาง การปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง
- 3) ประเมินประสาทรระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในด้านต่างๆ ของ
โรงพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมความเสี่ยง
- 4) ดำเนินการและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- 5) ฝึกอบรม ให้ความรู้แก่บุคลากรในเรื่อง การบริหารความเสี่ยง
- 6) ออกแบบ/พัฒนา/จัดระบบรายงาน และฐานข้อมูลความเสี่ยงของ
โรงพยาบาล
- 7) รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวน อุปบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางปรับปรุงและวาง
มาตรการป้องกันความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- 8) ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานและรายงานความก้าวหน้าในการจัดการ
ความเสี่ยงให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล
- 9) ทบทวนนโยบาย มาตรการ วิธีปฏิบัติในการจัดการบริหารความเสี่ยง
ในโรงพยาบาล

2.3.4 ประธานคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล

หน้าที่

- 1) จัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงและกำหนดผู้รับผิดชอบ
- 2) นำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาปฏิบัติโดยเน้นเชิงรุก
- 3) จัดระบบรายงาน ฐานข้อมูลความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- 4) ประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง
- 5) จัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล
- 6) รับรายงานอุบัติการณ์ที่มีความเร่งด่วนและมีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้อง
จากหัวหน้ากลุ่มงานและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- 7) ควบคุมให้มีการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ
- 8) รับผิดชอบบริหารคำเรียกร้องค่าเสียหาย
- 9) รับผิดชอบการบริหารการเงินเพื่อชดเชยความสูญเสียของโรงพยาบาล

10) ตรวจสอบข้อมูลจากการบันทึกรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์ และพิจารณาส่งไปยังผู้เกี่ยวข้อง

11) เสนอข้อพิจารณาต่อทีมนำในการสืบสวน/ค้นหาข้อมูลและการดำเนินการเพิ่มเติมเกี่ยวกับเหตุการณ์/อุบัติการณ์ที่สำคัญ

2.3.5 แผนปฏิบัติการคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

หน้าที่

1) รวบรวมสถิติรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ จากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล และควบคุมจัดเก็บให้เหมาะสม

2) เสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาล

3) จัดทำรายงานความเสี่ยงต่อทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน และหน่วยงานต่างๆ ตามวาระที่กำหนด

4) ร่วมวิเคราะห์ ปัญหา กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5) รายงานเหตุการณ์สำคัญ/เร่งด่วน/รุนแรง ให้ผู้อำนวยการทราบภายใน 24 ชั่วโมง และบันทึกรายงาน

2.3.6 ผู้จัดการความเสี่ยง

หน้าที่

1) รวบรวมสถิติรายงานความเสี่ยง/เหตุการณ์ จากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล และควบคุมจัดเก็บให้เหมาะสม

2) จัดทำรายงานความเสี่ยงต่อทีมนำ ทีมนำเฉพาะด้าน และหน่วยงานต่างๆ ตามวาระที่กำหนด

3) ร่วมวิเคราะห์ ปัญหา กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) รายงานเหตุการณ์สำคัญ/เร่งด่วน/รุนแรง ให้ผู้อำนวยการทราบภายใน 24 ชั่วโมง และบันทึกรายงาน

5) ประสานเชื่อมโยงความเสี่ยงแต่ละโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อให้เกิดการ ทบทวนและหา มาตรการร่วมกัน

2.3.7 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการระบบต่างๆ

หน้าที่

1) รับอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน ที่เกี่ยวข้องจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ในโรงพยาบาล เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและมาตรการป้องกันอุบัติการณ์/ข้อร้องเรียน

2) ติดตามผลการดำเนินงานทุกอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3) จัดทำบัญชีความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังและวางแผนดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไข

4) รายงานอุบัติการณ์ ความเสี่ยง ที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเองให้แก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงทุกเดือน

5) กระตุ้นสนับสนุนให้หน่วยงานและบุคลากรในส่วนของตน ให้ความร่วมมือในการรายงานความเสี่ยง

6) ประเมินและวิเคราะห์ประสิทธิภาพผลการดำเนินการและวางแผนการป้องกันปรับปรุงและหากกลยุทธ์ใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในระบบงานต่างๆ ที่รับผิดชอบ

7) กำหนดมาตรการจัดการความเสี่ยงเฉพาะด้านที่รับผิดชอบ

2.3.8 หัวหน้าหน่วยงาน/ฝ่าย/กลุ่มงาน/แผนก

หน้าที่

1) เป็นผู้จัดการความเสี่ยงในหน่วยงานพิจารณาสั่งการและดำเนินการ กรณีมีความเสี่ยงหรือ เหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นภายในหน่วยงาน

2) ค้นหาและจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และวางแผนการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงที่สำคัญ

3) จัดระบบบริหารความเสี่ยงภายในหน่วยงาน

4) ทบทวน และลงนามในบันทึกรายงานเหตุการณ์สำคัญ/อุบัติการณ์ภายในหน่วยงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานบันทึกรายงาน

5) รับทราบสถิติข้อมูล เกี่ยวกับความเสี่ยงภายในหน่วยงาน และร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิเคราะห์ประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในหน่วยงาน

6) นำเสนอข้อมูลการบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานแก่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงระดับกลุ่มงาน/แผนก/โรงพยาบาล

7) สนับสนุนให้บุคลากรในบังคับบัญชาร่วมมือในการเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง

8) ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ

9) รับนโยบาย แผนงาน และมาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล

2.3.9 บุคลากรทุกระดับ ทุกคน

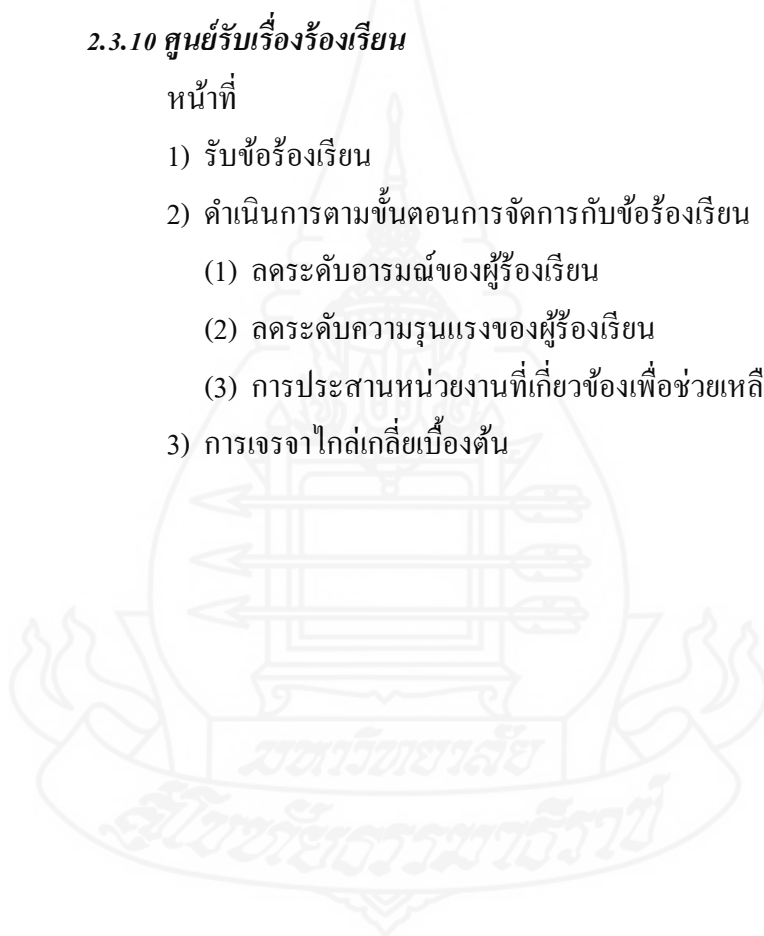
หน้าที่

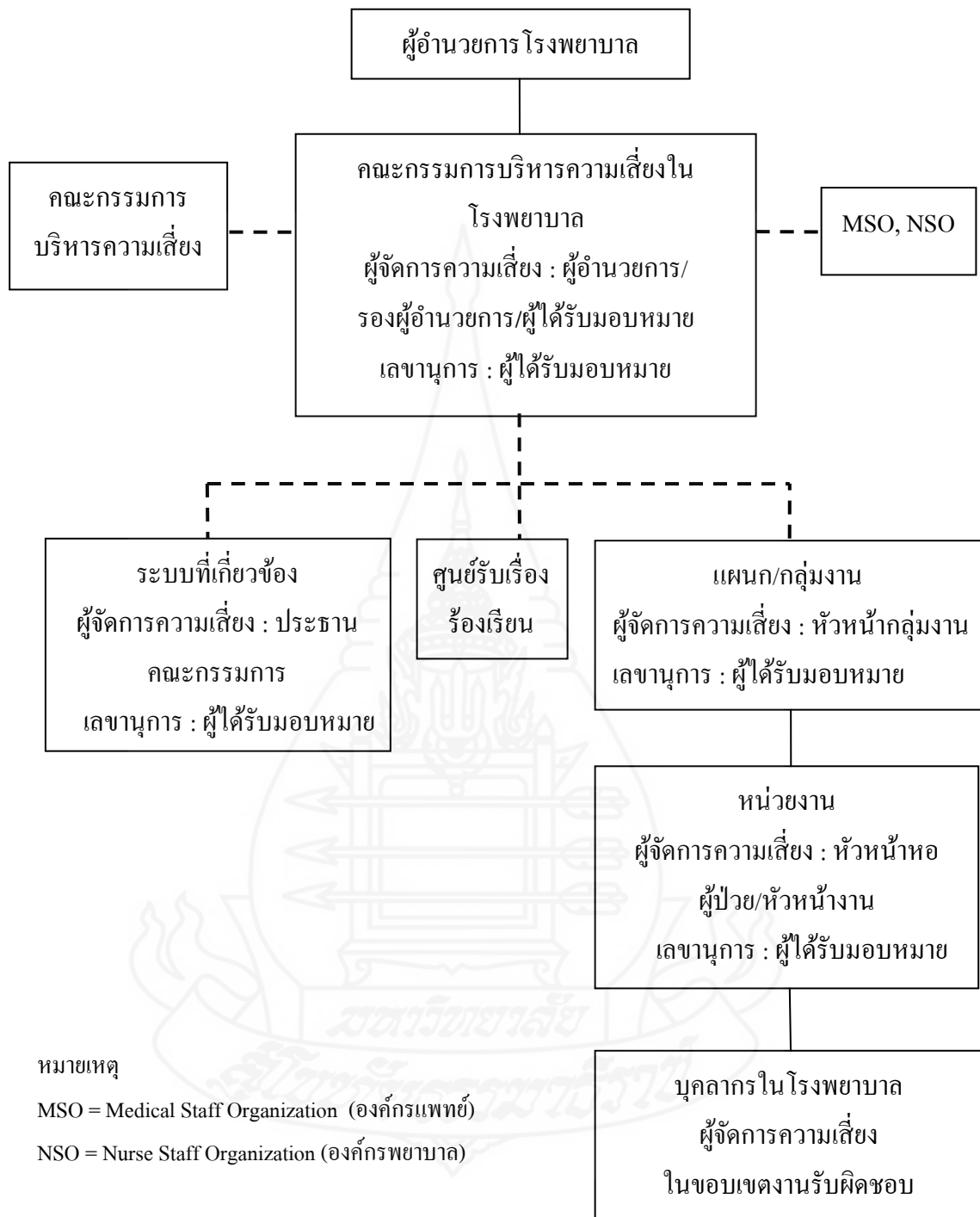
- 1) ทำความเข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือในการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล
- 2) เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเบื้องต้น แก้ไขสถานการณ์/อุบัติการณ์เบื้องต้น
- 3) บันทึกอุบัติการณ์และการแก้ไขความเสี่ยง อุตการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ
- 4) ค้นหาความเสี่ยง และรายงานความเสี่ยง เมื่อพบเห็น

2.3.10 ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

หน้าที่

- 1) รับข้อร้องเรียน
- 2) ดำเนินการตามขั้นตอนการจัดการกับข้อร้องเรียน
 - (1) ลดระดับอารมณ์ของผู้ร้องเรียน
 - (2) ลดระดับความรุนแรงของผู้ร้องเรียน
 - (3) การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือ
- 3) การเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น





ภาพที่ 2.1 โครงสร้างการจัดองค์กรเพื่อการบริหารจัดการความปลอดภัยในโรงพยาบาล

จากรูปแบบการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล ทำให้สรุปได้ว่า ผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้กำหนดนโยบายการจัดการบริหารความเสี่ยง และพิจารณากลุ่มบุคคลที่จะรับผิดชอบดังกล่าว มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในระดับต่างๆตามความจำเป็นเพื่อการประสานงานกับหน่วยงานและจัดโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นให้บุคลากรทุกระดับ ทุกคนดำเนินการกิจกรรมค้นหาความเสี่ยง บันทึกอุบัติการณ์ รายงานความเสี่ยงและการแก้ไขความเสี่ยง ส่วนผู้จัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงทั้งหมด

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2544) กล่าวว่า การบริหารความเสี่ยงสำหรับโรงพยาบาล สิ่งที่ขาดหายไปในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือการประสานกิจกรรมบริหารความเสี่ยง เพื่อให้มีผู้ที่ปฏิบัติงานรู้ว่ากำลังเกิดความเสี่ยงอะไรขึ้น โรงพยาบาลกำลังเผชิญกับความเสี่ยงอะไร กิจกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลได้ผลเพียงใด ผลของการประสานเชื่อมโยงองค์ประกอบทั้งหมดเข้าด้วยกัน คือ ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System) อันได้แก่ การมีโครงสร้างร่วมกัน มีเป้าหมายร่วมกัน มีกิจกรรมที่ครอบคลุมกว้างขวาง ทั้งการรายงาน การสะท้อนข้อมูล การจัดทำฐานข้อมูล กิจกรรมของคณะกรรมการ การฝึกอบรม การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนของผู้ประกอบวิชาชีพ การมีระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล จะส่งผลดังนี้

2.4.1 แสดงการยอมรับบทบาทของโปรแกรมที่มีอยู่เดิมและบทบาทของหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ

2.4.2 เป็นหลักประกันว่าหัวหน้าหน่วยงานจะเป็นผู้จัดการในความเสี่ยงในโอกาสแรก

2.4.3 ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างโปรแกรมและหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ

2.4.4 ทุกคนเป็นผู้จัดการความเสี่ยง จะต้องเสริมพลังให้ทุกคนสามารถจัดการกับความเสี่ยงได้

ปัทมา นนทรี (2555) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพนั้น ผู้บริหารระดับสูงต้องเป็นผู้นำ ให้ความสำคัญและสนับสนุนให้ทุกคนเห็นถึงความสำคัญของการบริหารความเสี่ยง มีการกำหนดนโยบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน มีระบบการติดตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ และสื่อสารให้ทุกคนในองค์กรรับทราบอย่างทั่วถึง มีการอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทุกระดับให้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองในการจัดการความเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลกระบวนการบริหารความเสี่ยงขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ

จะเห็นได้ว่า การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลให้ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน ทุกระดับ อย่างจริงใจและต่อเนื่อง มีการสื่อสารให้ทุกคนในองค์กรรับทราบอย่างทั่วถึง มีความเข้าใจที่ตรงกัน

3. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การ

บรรยากาศองค์การซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการจูงใจและพฤติกรรมในการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของบุคคลในองค์การ ผู้วิจัยจึงทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความหมายของบรรยากาศองค์การ องค์ประกอบของบรรยากาศองค์การ รูปแบบของบรรยากาศองค์การและปัจจัยบรรยากาศองค์การที่มีต่อความสำเร็จ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ความหมายของบรรยากาศองค์การ

ได้มีผู้รู้ได้ให้ความหมายของ บรรยากาศองค์การ ดังนี้

Litwin และ Stringer (1968) ได้ให้ความหมาย บรรยากาศองค์การว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมภายในองค์การทั้งทางตรงและทางอ้อม

บุญสม ภัทรกุลวณิช (2546) บรรยากาศองค์การ หมายถึง องค์ประกอบสภาพแวดล้อมภายใน การปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมภายใน ซึ่งรับรู้และคาดหวังโดยบุคลากรภายในองค์การ มีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคลากร อันเป็นผลต่อการพัฒนาองค์การให้มีประสิทธิภาพ

เพ็ญศิริ สุขอ้วน (2550) บรรยากาศองค์การ หมายถึง ลักษณะสภาพแวดล้อมในการทำงานที่บุคลากรสามารถรับรู้ได้ทั้ง โดยตรงและอ้อม และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของเขา

ณัฐพันธุ์ เขื่อนันท์ (2551) กล่าวว่าบรรยากาศองค์การ หมายถึง รูปแบบและลักษณะต่างๆ ขององค์การ ทั้งสภาพแวดล้อมของงาน บุคคลในองค์การ และปัจจัยอื่นๆ ที่อยู่ในบริเวณองค์การ โดยคุณลักษณะของสิ่งเหล่านี้จะมีความเฉพาะเจาะจง ในแต่ละองค์การจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน บรรยากาศองค์การเป็นสิ่งที่พนักงานที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์การสามารถสัมผัสและรับรู้ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ถือได้ว่าเป็นแรงผลักดันที่สำคัญอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากรในการทำงาน การปฏิบัติงาน ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในองค์การนั้นๆ ซึ่งจะมีผลกระทบทั้งทางด้านความคิด ทัศนคติ ความพึงพอใจ และประสิทธิภาพขององค์การ

สุชานุช พันธนิยะ (2553) บรรยากาศองค์การ หมายถึง สิ่งประกอบขึ้นมาเป็นสภาพแวดล้อมขององค์การ ซึ่งแต่ละองค์การจะมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน และบุคลากรในองค์การ

สามารถรับรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยบรรยากาศองค์การนี้จะเป็แรงผลักดันหรือมีอิทธิพลต่อบุคลากรในองค์การให้ปฏิบัติงานจนบรรลุผลสำเร็จขององค์การได้

พสุ เดชะรินทร์ (2554) บรรยากาศองค์การ (Organizational Climate) หมายถึงความรู้สึกของบุคลากรภายในองค์กรต่อบ้างอย่างต่างๆ ภายในองค์กรที่ส่งผลต่อการทำงาน หรืออีกนัยหนึ่งคือ การรับรู้ของบุคลากรภายในองค์กรต่อสภาวะแวดล้อมในการทำงาน ถ้าบรรยากาศหรือ Climate ในการทำงานมีความเหมาะสมจะส่งผลต่อการจูงใจบุคลากรภายในองค์กร หมายความว่าถ้าผู้บริหารสามารถที่จะบริหารและดูแลบรรยากาศในการทำงานให้เหมาะสมย่อมจะส่งผลต่อการจูงใจบุคลากรภายในองค์กร เปรียบเสมือนวันที่อากาศดี ท้องฟ้าแจ่มใส ทุกคนย่อมอยากที่จะทำงานให้ได้ผลดีที่สุด แต่ถ้าในองค์กรที่บรรยากาศไม่ดีแล้ว ย่อมทำให้บุคลากรในองค์กรไม่รู้สึกจูงใจที่จะทำงาน

จากความหมายดังกล่าว จึงพอสามารถสรุปความหมายของ บรรยากาศองค์การ คือ การรับรู้ของบุคลากรที่อยู่ภายในองค์กรต่อสภาวะแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร อันจะส่งผลหรือมีอิทธิพลให้บุคลากรภายในองค์กรนั้นปฏิบัติงานจนบรรลุผลสำเร็จขององค์การได้

3.2 ความสำคัญของบรรยากาศองค์การ

สมยศ นาวิการ (2536) บรรยากาศขององค์การที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีการทำงานที่ดีขึ้น สิ่งที่จะสร้างให้เกิดบรรยากาศที่ดีเหมาะสมแก่การทำงาน ได้แก่ การมีการบังคับบัญชาที่ดี การที่สมาชิกในองค์การมีขวัญและกำลังใจที่ดีในการทำงาน รวมทั้งการที่องค์การมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม ทางจิตใจที่ดี เพียงพอที่จะเสริมสร้างให้เกิดบรรยากาศที่ดีได้

Steers และ Porter (1979) กล่าวถึงบรรยากาศองค์การว่าเป็นตัวแปรสำคัญในการศึกษาองค์การ วิเคราะห์การทำงานของบุคคล ประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์การ ซึ่งจะไม่ต้องสมมุติฐาน หากไม่พิจารณาถึงสภาพแวดล้อมองค์การ (Internal Environment) ซึ่งเขาเรียกว่าบรรยากาศองค์การที่มีส่วนกำหนดทัศนคติและพฤติกรรมการทำงานของคน ตลอดจนบรรยากาศองค์การนอกจากจะช่วยวางรูปแบบความคาดหวังของสมาชิกต่อองค์ประกอบต่างๆ ขององค์การแล้วยังเป็นตัวกำหนดทัศนคติที่ดีและความพอใจที่จะอยู่กับองค์การของสมาชิกด้วย ดังนั้นหากต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาองค์การแล้ว สิ่งที่ต้องพิจารณาเปลี่ยนแปลงก่อนอื่น คือ บรรยากาศองค์การ

สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยบรรยากาศองค์การเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลให้บุคลากรนั้นปฏิบัติงานจนบรรลุผลสำเร็จขององค์การได้

3.3 องค์ประกอบของบรรยากาศองค์การ

Litwin และ Stringer (1968) ได้จำแนกปัจจัยของบรรยากาศองค์การ ออกเป็น 8 ปัจจัย ดังนี้

1. โครงสร้างองค์การ โครงสร้างองค์การที่กำหนดมาสำหรับใช้ในองค์การย่อมมีผลต่อบุคลากรในองค์การ ไม่ว่าองค์การนั้นจะเป็นองค์การรูปนัย หรือองค์การรูปนัยก็ตาม
2. ความท้าทายและความรับผิดชอบ ปัจจัยนี้จะวัดเกี่ยวกับความเข้าใจ หรือการรับรู้เกี่ยวกับความท้าทายของแรงงาน ปริมาณงานที่ต้องทำ และเส้นทางที่จะทำงานให้สำเร็จ ความท้าทายของงานเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการพัฒนาแรงจูงใจในทางด้านความสำเร็จของบุคลากรในองค์การและแรงจูงใจทางด้านความสำเร็จจะทำให้บุคคลมีความรับผิดชอบสูงด้วย ส่วนในการตอบสนองความพอใจจากงานที่ทำ และระดับของผลการปฏิบัติงานนั้นจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับ โอกาสที่จะได้แสดงออกโดยตนเอง การควบคุมตนเอง การเข้ามามีส่วนร่วม ความรับผิดชอบ และความมีอิสระในการปฏิบัติงานของแต่ละคน นอกจากนี้การเพิ่มหน้าที่ความรับผิดชอบมีผลทำให้เกิดความจงรักภักดีต่อหน่วยงาน เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานและทำให้ผลงานดียิ่งขึ้น
3. ความอบอุ่นและการสนับสนุน ปัจจัยนี้จะวัดการสนับสนุนแทนที่จะเป็นการลงโทษสำหรับการปฏิบัติงาน ความอบอุ่นและการสนับสนุนที่มีอยู่ภายในองค์การจะช่วยลดความกังวลและความตึงเครียดในการปฏิบัติงานลงได้ องค์การที่ให้ความสำคัญในการช่วยเหลือสมาชิกใหม่ขององค์การ ย่อมจะกระตุ้นแรงจูงใจทางด้านความผูกพันต่อองค์การของสมาชิกใหม่ได้ เพราะความต้องการของพวกเขา คือ บรรยากาศขององค์การที่มีความอบอุ่นและการสนับสนุน
4. การให้รางวัลและการลงโทษ การเห็นด้วยและการไม่เห็นด้วย ปัจจัยนี้จะวัดความรู้ทางด้านการให้ความสำคัญการให้รางวัลและการลงโทษภายในสถานการณ์ของการทำงาน Litwin และ Stringer ได้อธิบายมิติของบรรยากาศองค์การทางด้านนี้ว่าภายในสภาพแวดล้อมที่ทำให้ความสำคัญกับการจัดการรางวัลแทนที่จะเป็นการลงโทษนั้น ย่อมจะเป็นสิ่งกระตุ้นแรงจูงใจในด้านความสำเร็จของผู้ปฏิบัติงานและความผูกพันต่อองค์การได้ และลดความหวาดกลัวต่อความล้มเหลวในการทำงานของเขาได้ การให้รางวัลเท่ากับแสดงให้เห็นว่ายอมรับหรือเห็นด้วยกับพฤติกรรมหรือการกระทำที่เกิดขึ้น ในขณะที่การลงโทษจะเป็นสัญญาณที่แสดงให้เห็นถึงการไม่ยอมรับในพฤติกรรมหรือการกระทำที่เกิดขึ้น
5. ความขัดแย้ง ปัจจัยนี้จะวัดการรับรู้เกี่ยวกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานในองค์การ ซึ่งในหน่วยงานต่างๆ จะต้องเผชิญกับความขัดแย้งอยู่เสมอ

6. มาตรฐานการปฏิบัติงาน และความคาดหวัง ปัจจุบันจะวัดการรับรู้เกี่ยวกับความสำคัญของผลการปฏิบัติงาน และความชัดเจนของความคาดหวังเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงานภายในองค์กร ทฤษฎีที่ว่าแรงจูงใจทางความสำเร็จจะเป็นทฤษฎีที่ถูกสร้างขึ้นมาจากความคิดเห็นที่เกี่ยวกับความสำเร็จ ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐาน และอาจจะคาดหวังได้ว่าระดับมาตรฐานที่กำหนดขึ้นมา โดยผู้ปฏิบัติงานนั้นจะเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจทางความสำเร็จ ในการปฏิบัติงานของพวกเขาด้วย

7. ความเสี่ยงและการรับความเสี่ยง ปัจจุบันจะเป็นการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับปรัชญาของฝ่ายบริหารทางด้านการยอมรับความเสี่ยง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่มีความต้องการทางความสำเร็จสูงนั้นชอบที่จะยอมรับความเสี่ยงปานกลางในการตัดสินใจ ดังนั้นบรรยากาศขององค์กรที่ยอมให้มีการยอมรับความเสี่ยงปานกลางนั้นจะกระตุ้นความต้องการทางความสำเร็จของบุคลากรได้ ในขณะที่บรรยากาศที่ให้ความสำคัญกับแนวทางการป้องกันตัวเองในการตัดสินใจแล้วย่อมจะก่อให้เกิดความไม่สมหวังและความอ่อนแอของความต้องการทางความสำเร็จ

8. ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ปัจจุบันเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้เกี่ยวกับความจงรักภักดีต่อกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าความจงรักภักดีต่อกลุ่มมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันยิ่งขึ้น และช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Steers (1977) ได้แบ่งองค์ประกอบของบรรยากาศองค์กรไว้ 6 ด้าน ดังนี้

1. โครงสร้างการทำงาน (Task Structure) จากการสำรวจความรู้สึกนึกคิดของพนักงานในองค์กรเห็นว่าโครงสร้างในการทำงานเป็นอุปสรรคหรือบั่นทอนต่อจิตใจในการทำงานหรือไม่ ตัวอย่างโครงสร้างในการทำงานที่เป็นอุปสรรค เช่น การรวบอำนาจในการบังคับบัญชา ระบบประมาณที่ค่อนข้างเข้มงวด กฎระเบียบที่ไม่ยืดหยุ่นและกรรมวิธีในการทำงานมีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นต้น

2. ระบบรางวัลตอบแทน (Reward Systems) ต้องวิเคราะห์ว่าเป็นระบบที่มีความยุติธรรมและเพียงพอต่อมาตรฐานการครองชีพหรือไม่

3. ความเป็นอิสระ (Autonomy) หมายถึง ความรู้สึกของพนักงานที่เห็นว่าเขามีอิสระและได้รับอนุญาตจากองค์กรให้สามารถแสดงออกซึ่งความคิดสร้างสรรค์งานใหม่ๆ ขึ้นมา

4. ความอบอุ่นและการสนับสนุน (Warmth and Support) หมายถึง ภาระการเป็นผู้นำของหัวหน้าที่ให้ ความอบอุ่นหรือการสนับสนุนต่อสมาชิกภายในองค์กรในการทำงานและความก้าวหน้ามากขึ้นเพียงใด

5. การยอมรับความขัดแย้ง (Tolerance of Conflict) หมายถึง การวิเคราะห์ว่าองค์กรทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าความคิดเห็นที่แตกต่างกัน สามารถได้รับการยอมรับให้เกิดขึ้นได้หรือไม่

6. ความรักในหมู่คณะ (Esprit) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของพนักงานที่เห็นว่าสมาชิกภายในองค์กรมีความรักกันฉันเพื่อนในการทำงานร่วมกันหรือไม่

Forehand (1999) ได้กล่าวถึงปัจจัยทั้ง 5 ที่เป็นองค์ประกอบบรรยากาศองค์กรมีการเกี่ยวข้องกับระหว่างกันและกัน ซึ่งแต่ละด้านจะมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขนาดและโครงสร้างขององค์กร (Size and Structure) มีข้อสมมติว่าองค์กรขนาดใหญ่มีความมั่นคงและความเป็นทางการ

2. แบบของความเป็นผู้นำ (Leadership Patterns) เป็นแรงกดดันที่สำคัญต่อการสร้างบรรยากาศที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการผลิตและการตอบสนองความพึงพอใจของพนักงาน

3. ความซับซ้อนของระบบ (System Complexity) ภายในสภาพแวดล้อมที่เป็นระบบนั้น องค์กรจะแตกต่างกันในเรื่องของความซับซ้อนของระบบที่นำมาใช้

4. เป้าหมาย (Goal Direction) องค์กรย่อมจะแตกต่างกันในเป้าหมายที่กำหนดขึ้นมาสำหรับองค์กรความแตกต่างในเป้าหมายจะมาจากการแยกประเภทขององค์กรอย่างหนึ่ง

5. สายใยของการติดต่อสื่อสาร (Communication Network) สายใยของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรนั้น จะแสดงให้เห็นถึงสายใยของสถานภาพ การจัดระเบียบเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่และการเกี่ยวข้องกับระหว่างกันของกลุ่มการติดต่อสื่อสาร จากเบื้องบนมาสู่เบื้องล่าง จากเบื้องล่างไปสู่เบื้องบน หรือตามแนวนอน ภายในองค์กรนั้นจะให้ความรู้เกี่ยวกับปรัชญาในการบริหารโดยส่วนรวมภายในองค์กรได้

Litwin & Burmeister (1992) ได้พัฒนาบรรยากาศองค์กรของ Litwin & Stringer โดยแบ่งมิติของบรรยากาศขององค์กรออกเป็น 12 มิติ ดังต่อไปนี้

1. ความชัดเจนของเป้าหมายและนโยบาย (Clarify) หมายถึง เป้าหมายและนโยบายขององค์กรที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานขององค์กร มีความกระชับ ง่ายต่อความเข้าใจ สามารถนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม มีความสอดคล้องกับพันธกิจ

2. ข้อตกลงเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จ (Commitment) หมายถึง องค์กรมีการสนับสนุนให้บุคลากรมีการประชุมตกลงร่วมกันให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยการอุทิศตนเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จขององค์กร

3. มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard) หมายถึง องค์กรได้กำหนดขั้นตอนและแนวทางในการปฏิบัติสำหรับให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน มีการตรวจสอบและ

ประเมินคุณภาพ และนำผลจากการตรวจสอบประเมินคุณภาพมาปรับปรุงพัฒนางานเพื่อให้ได้คุณภาพมาตรฐานเพิ่มสูงขึ้น

4. โครงสร้างองค์การ (Structure) หมายถึง องค์การได้จัดระบบโครงสร้างขององค์การที่เอื้อต่อการดำเนินงาน มีการกระจายอำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานและมีการติดต่อสื่อสารและประสานงานที่คล่องตัว เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์การ

5. การปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Conformity) หมายถึง องค์การมีการกำหนดกฎระเบียบและข้อปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรให้บุคลากรในองค์การได้รับทราบอย่างทั่วถึง สามารถปฏิบัติตามได้ และเป็นกฎระเบียบที่ใช้กับบุคลากรอย่างเท่าเทียมกัน

6. การยกย่องชมเชยและให้รางวัล (Rewards) หมายถึง องค์การให้แรงกระตุ้นใจ โดยการกล่าวคำยกย่องชมเชยเมื่อบุคลากรปฏิบัติหน้าที่เป็นที่พึงพอใจ ตามความเหมาะสม มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบ

7. ความรับผิดชอบในงาน (Responsibility) หมายถึง องค์การได้มอบหมายภาระความรับผิดชอบให้กับบุคลากรได้อย่างเหมาะสมกับหน้าที่ในแต่ละตำแหน่งงาน

8. การเปิดโอกาสให้เรียนรู้โดยการทดลอง (Trial and Error) หมายถึง องค์การได้เปิดโอกาสให้บุคลากรทดลองเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือแสดงออกในด้านความคิดสร้างสรรค์เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงาน แม้ว่าการทดลองริเริ่มสิ่งใหม่นั้นจะไม่ประสบผลสำเร็จ บุคลากรจะไม่ถูกลงโทษ ถูกตำหนิ หรือมีผลกระทบต่อดำเนินงานหน้าที่

9. ความจงรักภักดีในองค์การ (Loyalty) หมายถึง องค์การได้มีกลยุทธ์ให้บุคลากรมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีคุณค่าในตนเอง โดยการคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน

10. การสนับสนุนในการปฏิบัติงาน (Working Supportive) หมายถึง องค์การได้ให้การสนับสนุนส่งเสริม และช่วยเหลือบุคลากรในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ งบประมาณ และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานให้เหมาะสม

11. ความอบอุ่นในการปฏิบัติงาน (Warmth) หมายถึง ผู้บังคับบัญชาขององค์การให้ความเป็นกันเองกับผู้ใต้บังคับบัญชา โดยผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถขอคำปรึกษาหารือกับผู้บังคับบัญชาเมื่อมีปัญหาหรือต้องการคำแนะนำปรึกษา รวมถึงการได้รับความไว้วางใจจากผู้บังคับบัญชา

12. การทำงานเป็นทีม (Teamwork) หมายถึง องค์การสนับสนุนให้บุคลากรมีการทำงานเป็นทีม มีความเอื้อเฟื้อ แบ่งปันในทีมงาน พร้อมทั้งจะเผยแพร่และให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์แก่กัน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทีม เต็มใจและเสียสละเพื่อความสำเร็จของทีม

สามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบของบรรยากาศองค์การ มีนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งความหลากหลายในแนวคิด ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ใช้แนวคิดของ Litwin & Burmeister (1992) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า เนื่องจากมีมติบริบทของ Litwin & Burmeister ซึ่งมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับองค์การอย่าง โรงพยาบาลที่มีความมุ่งมั่นในการทำการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นองค์กรที่มีความหลากหลายวิชาชีพ ก่อนข้างซับซ้อนมีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ ซึ่งปัจจัยบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร

4. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะให้การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประสบความสำเร็จได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายของการมีส่วนร่วม ลักษณะและรูปแบบการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

ได้มีผู้รู้และผู้วิจัยได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วม ดังนี้

Cohen & Uphoff (1980) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วม ว่าเป็นการเกี่ยวข้องกันของแต่ละบุคคลเพื่อการปรับปรุงสถานะความเป็นอยู่ในสถานการณ์เดียวกันซึ่งได้อธิบายไว้ 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

Cohen & Uphoff (1997) เชื่อว่า การมีส่วนร่วม ในความหมายเชิงการพัฒนาเป้าหมายเจตนาธรรม และพฤติกรรมในความเท่าเทียมและความเป็นประชาธิปไตย บุคคลต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการ การวางแผน ลงมือปฏิบัติการ ประเมินผล เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับทิศทาง การเปลี่ยนแปลง และแนวโน้มของการพัฒนาโปรแกรมและโครงการดังกล่าว

Davis & Newstrom (1985) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลเข้าร่วมอยู่ในสถานการณ์กลุ่มด้วยความเต็มใจในการที่สนับสนุน และร่วมกันรับผิดชอบการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

กาญจนาวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ (2554) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มต้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคลหรือกลุ่ม ร่วมคิด ร่วมมือ ร่วมปฏิบัติร่วมแรง ร่วมใจ และร่วมรับผิดชอบ เพื่อให้เกิดการดำเนินการพัฒนา และการ

เปลี่ยนแปลง เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งที่ผู้บริหารต้องการ เพราะเมื่อบุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมแล้วจะไม่ค่อยเกิดการต่อต้าน รวมทั้งช่วยลดความขัดแย้งและความเครียดจากการทำงาน ทำให้บุคคลได้ร่วมกันพิจารณาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน บุคคลจะรู้สึกพึงพอใจในผลงานที่เกิดขึ้นและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมุ่งมั่นในการสร้างความสำเร็จให้กับองค์กร เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและผูกพันกับองค์กรเพื่อนำไปสู่เป้าหมายขององค์กร และสามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

สามารถที่จะสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม มีความหมายว่า การที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมอันเกี่ยวข้อง ร่วมมือ ร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอันนำสู่การบรรลุความสำเร็จขององค์กร

4.2 ลักษณะและรูปแบบการมีส่วนร่วม

โคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้จำแนกรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ด้าน คือ

4.2.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) การตัดสินใจชนิดนี้เป็นศูนย์กลางของการเกิดทางเลือกตัดสินใจความคิดที่หลากหลาย มีการกำหนดและประเมินทางเลือกและการตัดสินใจเลือก ซึ่งเปรียบได้กับการวางแผนเพื่อนำทางที่เลือกมาสู่การปฏิบัติ สามารถแบ่งการตัดสินใจนี้ออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) **การตัดสินใจช่วงเริ่มต้น (Initial decision)** เป็นการเริ่มต้นหาความต้องการ และวิธีการเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการที่สำคัญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะเลือกเอาโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มคนและมีความเป็นรูปธรรม โดยผ่านการใช้กระบวนการตัดสินใจในระยะนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญและเสนอกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหา

2) **การตัดสินใจในช่วงดำเนินการ (Ongoing decision)** ความสำเร็จในช่วงนี้เกิดขึ้นได้มากกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจช่วงเริ่มต้น ซึ่งโครงการจะต้องค้นหาความต้องการของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในภายหลังนี้ และจัดลำดับความสำคัญของโครงการและวิธีการดำเนินโครงการและวิธีการดำเนินโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม

3) **ตัดสินใจในช่วงปฏิบัติการ (Operational decision)** เป็นความเกี่ยวข้องในองค์กรเมื่อโครงการเข้ามามีการเชื่อมโยงโครงการ มีการรวมตัวขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเกณฑ์ สำหรับปฏิบัติกิจกรรมในโครงการกรอบที่สมาชิกยึดถือประกอบการประชุมเพื่อจัดทำนโยบายการคัดเลือกผู้นำที่มีอิทธิพลต่อองค์กร

4.2.2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (Participation in implementation) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ แบ่งได้ 3 ทาง คือ

1) **การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร (Resource contribution)** สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ แรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์และข้อมูลข่าวสาร ทั้งหมดนี้เป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญเพื่อพัฒนาโครงการส่งเสริมโดยใช้แรงงานในท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ดี การบริจาคเงินและวัสดุต่างๆ แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม สิ่งสำคัญของการร่วมนี้คือ การรู้ว่าใครเป็นผู้สนับสนุนและทำอะไรโดยวิธีการจริงใจ การได้รับคำตอบแทนหรือโดยการบีบบังคับสนับสนุนเรื่องทรัพยากรบ่อยครั้งที่พบว่ามีความไม่เท่าเทียมกันและแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว

2) **การมีส่วนร่วมในการบริหารและประสานงาน (Project administration and coordination)** คนในองค์กรสามารถรวมตัวกันในการปฏิบัติงาน หรือสมาชิกทีมที่ปรึกษาหรือเป็นผู้บริหารโครงการเป็นสมาชิกอาสาซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกิจกรรมของโครงการมีการฝึกอบรมให้รู้เทคนิคการปฏิบัติงานในโครงการสำหรับผู้เข้ามาบริหารหรือประสานงานวิธีนี้ นอกจากจะเพิ่มความไว้วางใจให้กับคนในองค์กรแล้วยังช่วยให้สมาชิกเกิดความตระหนักถึงปัญหาของตนเองอีกด้วย อีกทั้งยังทำให้เกิดการสื่อสารข้อมูลภายในและได้รับคำแนะนำซึ่งเป็นปัญหาของคนในท้องถิ่น ตลอดจนผลกระทบที่ได้รับเมื่อโครงการเข้ามา

3) **การมีส่วนร่วมในการขอความร่วมมือ (Participation in enlistment)** การขอความร่วมมือไม่จำเป็นต้องการผลประโยชน์เสมอไปแต่พิจารณาข้อเท็จจริงที่ว่าผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังนำโครงการมาใช้และผลกระทบต่อคนในองค์กรที่เข้าร่วมโครงการ

4.2.3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Participation in benefits) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานและมีผลในทางเศรษฐกิจมีความสำคัญต่อการยอมรับเอาโครงการที่สำคัญๆ เข้ามาทั้งที่การตัดสินใจอาจไม่เกิดขึ้นหรือมีขีดจำกัด การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ แบ่งได้ 3 ชนิด ดังนี้

1) **ผลประโยชน์ด้านวัตถุ (Material benefits)** เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น เป็นการเพิ่มการบริโภค รายได้ ทรัพย์สิน แต่สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้การสรุปข้อมูลล้มเหลวได้ ซึ่งควรวิเคราะห์ให้ได้ว่า ใครคือผู้มีส่วนร่วมและดำเนินการให้เกิดขึ้น

2) **ผลประโยชน์ด้านสังคม (Social benefits)** เป็นความต้องการด้านพื้นฐานด้านสาธารณะ ได้แก่ บริการหรือความพึงพอใจจากสาธารณูปโภค โดยใช้รูปแบบผสมผสานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนยากจนจึงจำเป็นต้องมีการกำหนดการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทั้งในเรื่องปริมาณ การแบ่งผลประโยชน์ และคุณภาพบริการและความพึงพอใจ

3) **ผลประโยชน์ด้านบุคคล (Personal benefits)** เป็นความปรารถนาที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มหรือได้รับการคัดเลือกเข้ามา เป็นความต้องการอำนาจทางสังคมและการเมือง

โดยผ่านความร่วมมือในโครงการ ผลประโยชน์สำคัญที่ได้จากโครงการมี 3 ชนิด คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อำนาจการเมืองและความรู้สึกที่ตนเองทำงานมีประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ควรศึกษาผลเสียที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังด้วยเพราะอัตราการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์แตกต่างกันจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางนโยบายหลักที่เกี่ยวข้องว่าจะให้ใครมีส่วนร่วมหากผลออกมาตรงข้ามกับความคาดหวัง จะได้แก้ไขเพื่อหาแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการวางรูปแบบใหม่

4.2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in evaluation) แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ การมีส่วนร่วมทางตรง และการมีส่วนร่วมทางอ้อมในการประเมินผลด้านงบประมาณ ความพึงพอใจของบุคคลต่อโครงการ การมีส่วนร่วม วิธีการเข้ามามีส่วนร่วม การแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อต่างๆ หรือผ่านตัวแทนที่เลือกเข้าไป เพื่อนำความคิดเห็นไปใช้ประโยชน์

จากลักษณะและรูปแบบการมีส่วนร่วม ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้านี้ เนื่องจากรูปแบบการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับองค์กรอบอย่างโรงพยาบาลไว้ 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

Reilly (1980) กล่าวถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพ คือ

1. สร้างบรรยากาศการทำงานให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้บริหารและบุคลากร และมีความจริงใจ
2. ผู้บริหารเป็นฝ่ายเข้าหาบุคลากรและมีความจริงใจ
3. ใช้วัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจมากกว่าเกณฑ์ของแต่ละบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ไม่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของบุคลากร
5. ผู้บริหารควรเข้าใจและตระหนักถึงข้อจำกัดของบุคลากรแต่ละคนเพื่อให้ความช่วยเหลือ
6. ควรมีนโยบายในการพัฒนาบุคลากรให้การฝึกอบรม
7. ปรับระบบงานให้เหมาะสมกับบุคลากรมากกว่าการบังคับให้บุคลากรปรับตัวเหมาะสมกับงาน

Davis & Newstrom (1985) กล่าวถึงพื้นฐานที่จะทำให้การมีส่วนร่วมประสบความสำเร็จ คือ

1. มีเวลาเพียงพอกับการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่รีบเร่ง
2. จะต้องให้ความสำคัญกับการกำหนดวัตถุประสงค์
3. ผู้มีส่วนร่วมต้องมีความสามารถ เช่น ความรู้เกี่ยวกับเทคนิค
4. ผู้มีส่วนร่วมควรมีความสามารถสื่อสารซึ่งกันและกันได้ ใช้ภาษาที่มีความเข้าใจ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันได้

5. ในการประชุมไม่ควรทำให้เกิดความรู้สึกคุกคาม หากบุคลากรรู้สึกเช่นนี้รุนแรงมากทำให้ไม่เกิดการมีส่วนร่วม เกิดการปฏิเสธหรือต่อต้าน

6. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในองค์กร สามารถทำได้ในองค์กรที่ให้อิสระในการทำงานแต่บางครั้งความเข้มงวดก็ยังจำเป็นต้องรักษาความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

7. ควรมีการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้บุคลากรมีส่วนร่วมมากที่สุด

Cotton (1997) ได้เสนอลักษณะที่จะทำให้การมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพ คือ

1. การมีส่วนร่วมที่มุ่งเน้นงานประจำ บุคลากรต้องการมีส่วนร่วมในเรื่องเกี่ยวกับงานประจำมากกว่าในประเด็นนโยบายองค์กร
2. การเสริมสร้างอำนาจให้บุคลากรโดยมีความเชื่อว่าบุคลากรมีความคิดที่ดี ต้องกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นออกมามาให้เน้นการทำงานอย่างฉลาด ไม่ใช่การทำงานหนัก เพิ่มแรงจูงใจและช่วยให้บุคลากรตัดสินใจเอง
3. การเปลี่ยนแปลงในครั้งแรกผู้บริหารควรกำหนดรูปแบบ หลังจากนั้นบุคลากรควรเป็นผู้กำกับพัฒนาและปรับปรุง
4. ความสำเร็จในการมีส่วนร่วมคือ มีการทำงานเป็นทีมที่ง่ายขึ้น

Shadur M A, Kienzle R, Rodwell J J (1999) ได้กล่าวเกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมของบุคลากรและองค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสื่อสารการทำงานเป็นทีมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พบว่าบรรยากาศองค์การจะสนับสนุนการจะเชื่อมโยงในทางบวกกับการรับรู้การมีส่วนร่วม ดังนั้นบรรยากาศองค์การเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการมีส่วนร่วม

จากผู้รู้และผู้วิจัยต่างๆ ได้กล่าวไว้ สามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ส่งผลให้เกิดสำเร็จ เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรทุกคน ทุกระดับ มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม จึงควรมีการส่งเสริมสนับสนุนในปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมทั่วทั้งองค์กร

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้ศึกษาพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศองค์การ กับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากร ดังนี้

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศองค์การ

พิชิต เทพวรรณ (2547) ได้ทำการศึกษา มิติบรรยากาศองค์การที่มีต่อการพัฒนาองค์การแห่งการเรียนรู้ : แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศของมหาวิทยาลัยนอร์ท-เชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศขององค์การกับความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ มิติบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัย นอร์ท-เชียงใหม่ ตามการรับรู้ของบุคลากร และเมื่อจำแนกบรรยากาศองค์การเป็นรายด้านมิติพบว่า ด้านการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยนอร์ท-เชียงใหม่มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านโครงสร้างองค์การ ส่วนด้านมิติที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่ำที่สุดคือ ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบ และทุกด้านของมิติบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัย นอร์ท-เชียงใหม่

บุษบา หน่ยคอน และ อุไรวรรณ กะจะชาต (2553) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย บรรยากาศในองค์การกับความสามารถ ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบว่า บรรยากาศในองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่าบรรยากาศองค์การและการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายความส

รรอง เรื่องจิระอุไร (2553) ได้ทำการศึกษา การสร้างบรรยากาศองค์การของหัวหน้าหอผู้ป่วย อุปนิสัยเชิงรุก และการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีมของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 126 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสร้างบรรยากาศองค์การของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ ($M=3.51$, $SD=.65$) และการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีมพยาบาลประจำการ ($M=3.62$, $SD=.53$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนเฉลี่ยอุปนิสัยเชิงรุกของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับสูง ($M=3.81$, $SD=.42$) การสร้างบรรยากาศองค์การของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีมของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50$, $p<0.01$)

พรพรรณ สุนทรสุด และประจักษ์ บัวผัน (2554) ได้ศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บรรยากาศองค์การ มิติความรับผิดชอบ ($p\text{-value} < 0.001$) และมิติความอบอุ่น ($p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหาร ($p\text{-value} < 0.001$) และด้านเทคโนโลยี ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 59.0

อรัญญา ไชยสร (2556) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ บรรยากาศขององค์การ ความผูกพันต่อองค์การกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของครูโรงเรียนอาชีวศึกษาเอกชนในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นครู จำนวน 250 คน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศขององค์การกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.31$)

โณมฤทัย ทองนุช (2556) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศองค์การ ความเครียดในการปฏิบัติงาน และคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัฐในเขตจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดปทุมธานี จำนวน 311 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บรรยากาศองค์การโดยรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.59 และการรับรู้บรรยากาศองค์การ โดยรวมและรายด้านทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.759$)

ประสพ อินสุวรรณ (2557) ได้ศึกษาบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ ทำการศึกษากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจำนวน 41 คน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$, $SD = 0.36$) ระดับบรรยากาศองค์การพบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับสูง ($\bar{X} = 3.73$, $SD = 0.39$) และผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .796$, $p < .001$)

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรและการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

พิมลพรรณ คุณสิทธิ์ (2549) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงจิตกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน ได้ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน จำนวน 210 คน จำนวน 12 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการ

พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับมาก ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ รายได้ ต่อเดือน ตำแหน่งงาน และประสบการณ์ในการอบรม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีส่วนร่วม ปัจจัยเชิงใจทั้งโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการรับรองและยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐนิชา ธรรมสุนทร (2552) ได้ทำการศึกษาแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทำการศึกษาในบุคลากร จำนวน 223 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 27-33 ปี สถานภาพโสด วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ตำแหน่งงานอยู่ในระดับผู้ปฏิบัติงาน และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมากกว่า 9 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมดำเนินการจัดการความเสี่ยงมากที่สุด และเห็นด้วยกับแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติด้านการบริหารจัดการในระดับมากที่สุด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลทุกด้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาวิชาชีพ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้อง การร่วมเป็นคณะกรรมการการดำเนินงานในโครงการ และจำนวนครั้งในการอบรมที่แตกต่างกันจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพแตกต่างกัน

มุกิตา พัวพิพัฒน์พงษ์ (2552) ได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลกในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้ทำการศึกษาบุคลากรที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 8 แห่ง จำนวน 317 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในด้านการดำเนินการ รองลงมาเป็นการมีส่วนร่วมในด้านการรับผลประโยชน์ ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผลตามลำดับ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ได้แก่ บทบาทหน้าที่ การเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.266$) ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ได้แก่ ระยะ

เวลาปฏิบัติงาน และระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เปล่งศรี ไวยวุฒินันท์ (2554) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของสุขภาพมารดาและทารกของโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพเรือได้ทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลในหอผู้ป่วยและแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 152 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของสุขภาพมารดาและทารก อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่าง ที่มีสถานที่ปฏิบัติงานที่ต่างกันมีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของสุขภาพมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กัญญวลัย ศรีสวัสดิพงษ์ (2554) ได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตำแหน่งต่างๆ ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างสายขาดแคลนและลูกจ้างประจำ ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 321 คน ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับมาก ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุและตำแหน่ง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ประสิทธิภาพการทำงานพัฒนาคุณภาพและการได้รับการฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยค่าจ้างด้านสถานภาพของวิชาชีพ ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรด้านการใช้เวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านการได้รับการฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพ การสนับสนุนจากองค์กรด้านการกระบวนการบริหาร คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และปัจจัยค่าจ้างด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งปัจจัยทั้ง 8 ด้าน สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากร

ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 66.4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบส่วนใหญ่ คือ ปัจจัยเชิงจิตด้านความรับผิดชอบและปัจจัยด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน

ปพิชญา เจียวสวัสดิ์ (2555) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 220 คน ผลการศึกษาพบว่า (1) บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับความคิดเห็นสูงสุดด้านความผูกพันต่อองค์กร ระดับความคิดเห็นต่ำสุดด้านปัจจัยลักษณะงาน (2) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แก่ ปัจจัยลักษณะงาน ปัจจัยด้านความผูกพันต่อองค์กร และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (3) ปัจจัยลักษณะงาน ปัจจัยด้านความผูกพันต่อองค์กร สามารถร่วมกันทำนายการมีส่วนร่วมทำนายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนครพิงค์ได้ร้อยละ 31.2

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของบุคลากรและการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

บุญสม ภัทรกุลวณิชย์ (2546) ได้ทำการศึกษา บรรยากาศองค์กรกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้ทำการศึกษาเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลยทุกระดับ จำนวน 320 คน ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศองค์กรทั้ง 8 มิติของโรงพยาบาลเลยอยู่ระดับปานกลาง โดยพบว่าในด้านพฤติกรรมผู้ร่วมงาน พฤติกรรมในมิติขวัญสูงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ด้านพฤติกรรมผู้บริหาร พฤติกรรมในมิติเป็นแบบอย่างมีค่าเฉลี่ยสูงสุด มิติด้านกฎเกณฑ์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กรกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 องค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านสารสนเทศและการวิเคราะห์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และองค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านการนำองค์กรและผลการปฏิบัติงานขององค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนองค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้านการวางแผนยุทธศาสตร์การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การบริหารกระบวนการยัดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อาทิยา หมั่นเดช (2550) ได้ทำการศึกษา การรับรู้บรรยากาศองค์กรกับการยอมรับการพัฒนาและรับรองโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้ทำการศึกษาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งจำนวน 269 คน ผลการศึกษา (1) การรับรู้บรรยากาศองค์กรโดยรวมของบุคลากรทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางและการยอมรับการพัฒนาและรับรองโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (2) การรับรู้บรรยากาศองค์กรโดยรวมและแยกแต่ละด้านของ

บุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการยอมรับการพัฒนาและรับรองโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศองค์กร โดยรวมกับการยอมรับการพัฒนาและรับรองโรงพยาบาลโดยรวม อยู่ที่ระดับ $r = .563$ (3) ตัวแปรการรับรู้บรรยากาศองค์กรที่มีอิทธิพลในการทำนายการยอมรับการพัฒนาและรับรองโรงพยาบาลโดยรวมของบุคลากร ได้แก่ ด้านโครงสร้างองค์กรและด้านความสัมพันธ์ภายในองค์กร ได้ร้อยละ 37.7

วัชร ภิรมย์ไกรภักดิ์ (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของพนักงานธนาคารนครหลวงไทย อาคารสวนมะลิ จำนวน 321 คน พบว่า บรรยากาศองค์กรของพนักงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของพนักงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นินนาท หมอชาติ (2552) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา ได้ทำการศึกษาในบุคลากรทุกกลุ่มสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา จำนวน 174 คน ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรกลุ่มข้าราชการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา คือ ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรและวัฒนธรรมองค์กร และปัจจัยด้านแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 53.3 (2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรกลุ่มพนักงานช่วยราชการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา คือ ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรและวัฒนธรรมองค์กรและปัจจัยด้านแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับมีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 60.2

บุญทริกา วรรณกลิ้ง, ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข และวงเดือน ปั่นดี (2555) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรม บรรยากาศองค์กร กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยนาท กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 102 คน พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรม เรื่องการพัฒนาองค์กร ร้อยละ 71.60 การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 39.20 บรรยากาศองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (2) การได้รับการอบรมเรื่องการประกันคุณภาพการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล บรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับปานกลาง ($r = 0.666$) (3) บรรยากาศองค์กร และการได้รับการอบรมเรื่องการประกันคุณภาพการพยาบาล สามารถร่วมกัน

พยากรณ์การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลประจำการได้ร้อยละ 47.50 ($R^2 = 0.475$)

