



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลการตอบกลับ และข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และโรงพยาบาล

แบบสอบถาม ที่ได้จัดส่งไปยังโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง รวม 92 แห่ง ได้รับการตอบกลับ จำนวน 86 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 93.5 โดยโรงพยาบาลศูนย์ มีอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 94.0 และโรงพยาบาลทั่วไป มีอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 92.0 เมื่อพิจารณารายภาค พบว่า โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการตอบกลับสูงสุด คือ ร้อยละ 100.0 รองลงมา เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือ ร้อยละ 95.0 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการตอบกลับ ตามประเภท จำนวนเตียง และสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล เพื่อประเมินความลำเอียงในการตอบกลับของ โรงพยาบาล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.661, 0.677$ และ 0.664 ตาม ลำดับ) แสดงว่าข้อมูลนี้ น่าจะเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลได้ดีในระดับหนึ่ง

ผู้ตอบแบบสอบถาม มีหน้าที่เป็นผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 47.7 และเป็น แพทย์ที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 45.5 อยู่ในสายวิชาชีพแพทย์เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.5) รองลงมา คือ พยาบาล (ร้อยละ 33.7) ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการมีส่วนร่วมเท่ากับ 4 ปี ($SD= 3.22$) และทำหน้าที่โดยเป็นทั้งทีมนำ ทีมประสานและทีมพัฒนาคุณภาพ มากที่สุด (ร้อยละ 27.9)

เมื่อพิจารณาตามประเภทโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้ง 2 กลุ่ม ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 47.8 และ 47.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ อยู่ในสายงานวิชาชีพแพทย์ ร้อยละ 47.8 และ 55.6 ตามลำดับ ด้าน ระยะเวลาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ พบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 4 ปี เท่ากัน ($S.D.=2.55$ และ 3.46 ตามลำดับ) ส่วนมากจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 73.9 และ 55.6 ตามลำดับ เกี่ยวกับฐานะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม จากโรงพยาบาลศูนย์ จะเป็นทั้งทีมนำและทีมประสานงานมากที่สุด (ร้อยละ 30.4) ส่วนในโรงพยาบาล ทั่วไป มักจะเป็นทั้งทีมนำ ทีมประสาน และทีมพัฒนาคุณภาพ มากที่สุด (ร้อยละ 27.9)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะความแตกต่างของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ตำแหน่งปัจจุบัน สายวิชาชีพ ระยะเวลาที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ และ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.933, 0.440,$

0.516 และ 0.225 ตามลำดับ) แสดงว่าข้อมูลที่ได้มานี้ ไม่น่าจะมีความลำเอียงไปสู่มุมมองของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม มีจำนวนเตียงเฉลี่ย 395 เตียง (SD=193.84, Min- Max = 82-1039) โดยในโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.3) มีจำนวนเตียงมากกว่า 510 เตียง จำนวนเตียงเฉลี่ย 678 เตียง (SD=179.68, Min-Max = 370-1039) ในโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนมาก มีจำนวนเตียง ตั้งแต่ 310- 394 เตียง (ร้อยละ 34.9) จำนวนเตียงเฉลี่ยเท่ากับ 346 เตียง (SD=193.84, Min – Max = 82 -549) ซึ่งในจำนวนนี้มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ที่มีจำนวนเตียง เพียง 82 เตียง ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่ถือว่าผิดปกติ (Outlier) เนื่องจากมีน้อยกว่าจำนวนเตียงของระดับโรงพยาบาลทั่วไป

จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาล พบว่า มีจำนวนบุคลากรเฉลี่ย 818 คน (SD =440.52, Min- Max = 328-2453) โรงพยาบาลศูนย์ จำนวนบุคลากร เฉลี่ย 1500 คน(SD=470.36, Min – Max = 565-2453) ประมาณ 3 ใน 4 ของโรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 78.3) มีจำนวนบุคลากรมากกว่า 1016 คน ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวนบุคลากรเฉลี่ย 752 คน (SD =184.87, Min- Max =328-1100) โดยมีจำนวนบุคลากร ระหว่าง 647-817 คน มากที่สุด (ร้อยละ 36.5)

การเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM/CQI พบว่า โรงพยาบาลทั้งหมด เคยเข้าร่วมโครงการฯ (ร้อยละ 4.7) โดยโรงพยาบาลศูนย์เคยเข้าร่วมโครงการฯ (ร้อยละ4.3) และโรงพยาบาลทั่วไป เคยเข้าร่วมโครงการฯ ร้อยละ 4.8

การเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทั้งหมด เคยเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ร้อยละ 14.0 โดยโรงพยาบาลศูนย์เข้าร่วมโครงการฯ ร้อยละ 26.1 และโรงพยาบาลทั่วไปเข้าร่วมโครงการฯ ร้อยละ 9.5

2.ประเภท ขอบเขตและเหตุผลของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

2.1 ประเภทของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่(ร้อยละ93.0) เคยทำและปัจจุบันยังดำเนินการอยู่คือ กิจกรรม 5 ส. รองลงมาคือ HA (ร้อยละ 92.8) กิจกรรมที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เคยทำแต่ปัจจุบันไม่ได้ดำเนินการแล้ว คือ กิจกรรม 3 S (ร้อยละ30.2). รองลงมา คือ พบส.(ร้อยละ 26.7) ส่วนกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ทำน้อยที่สุด คือ ISO 14001 ซึ่งมีโรงพยาบาลเคยทำเพียงแห่งเดียว

เฉพาะ2.2 ขอบเขตการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ พบว่า กิจกรรมที่โรงพยาบาลมักจะทำทั้งโรงพยาบาล คือ 5 ส.(ร้อยละ 93.0) รองลงมา คือ HA (ร้อยละ 92.8) ส่วนกิจกรรมที่โรงพยาบาลจะดำเนินการ เพียงบางหน่วย/แผนก มากที่สุด คือ ISO guide 25 (ร้อยละ 80.2) โดยจะทำในแผนกพยาธิ

วิทยา/ชั้นสูตรเท่านั้น รองลงมาคือ การประกันคุณภาพ (ร้อยละ 76.7) ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (51 แห่ง) จะทำเฉพาะในกลุ่มงานพยาบาลเท่านั้น

2.3 เหตุผลที่ทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ พบว่า กิจกรรมที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ทำด้วยความสมัครใจมากที่สุด คือ 5 ส, การพัฒนาองค์กร (ร้อยละ 58.1 เท่ากัน) รองลงมา คือ การพัฒนาพฤติกรรมบริการ (ร้อยละ 56.9) ส่วนกิจกรรมที่โรงพยาบาลได้ทำตามนโยบายมากที่สุด พบส. (ร้อยละ 76.7) รองลงมาคือ 3 S. และ การประกันคุณภาพ (ร้อยละ 52.3 เท่ากัน)

2.4 ระยะเวลาที่เคยทำกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.8) เคยดำเนินการมานาน ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป คือ พบส ส่วนกิจกรรมที่ได้ดำเนินการในช่วง 4-6 ปี ที่แล้ว คือ กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า (ร้อยละ 60.5) และกิจกรรมที่โรงพยาบาลได้ดำเนินการในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมามากที่สุด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 73.3) และยังพบว่า พบส. เป็นกิจกรรมที่มีระยะเวลาเจียนานที่สุด คือ นานถึง 15 ปี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมมีระยะเวลาเจียน้อยที่สุด คือ เพียง 1 ปี

ความสัมพันธ์ของลักษณะโรงพยาบาลกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

3.1 ประเภทโรงพยาบาลกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล พบว่า ประเภทโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์การทำกิจกรรม ISO9002 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.036$) โดยโรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนการทำกิจกรรม ISO9002 มากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนประเภทโรงพยาบาลกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประเภทอื่นๆ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p>0.05$)

3.2 จำนวนเตียง(ขนาด)ของโรงพยาบาลที่แตกต่างกันพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทุกประเภท ($p's >0.05$)

3.3 จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทุกประเภท ($p's >0.05$) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า มีกิจกรรม ISO Guide 25 เพียงกิจกรรมเดียว ที่พบว่าเกือบจะแตกต่างกัน ($p=0.053$) จึงมีความสัมพันธ์กันแบบ Marginal Significant

4. ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ได้จำแนกออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

4.1 ด้านความมุ่งมั่นการพัฒนา

ภาพรวมของโรงพยาบาลทั้งหมด ส่วนใหญ่จะมีความสำเร็จโดยมีกระบวนการที่เห็นผลชัดเจน ในส่วนที่เกี่ยวกับทิศทางและนโยบาย โดยโรงพยาบาลได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นของการพัฒนา ถึงร้อยละ 70.9 และโรงพยาบาลมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อให้ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน (ร้อยละ 65.1) เช่นเดียวกับ

ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ที่ส่วนมาก ได้มีการประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพ เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงความมุ่งมั่นของการพัฒนา (ร้อยละ 73.9 และ 69.8 ตามลำดับ) และมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อให้ทุกคนยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน (ร้อยละ 65.2 และ 65.1 ตามลำดับ)

4.2 ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

ในภาพรวมโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ มีความสำเร็จโดยที่มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โดยโรงพยาบาลมีระบบบำบัดน้ำเสียและระบบกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 61.6 และ 57.1 ตามลำดับ สำหรับในส่วนอื่นๆ มักจะมีความสำเร็จที่มีการปฏิบัติโดยเห็นผลบางส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับ ในการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณภาพมากขึ้นและเกิดกระบวนการที่เรียนรู้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 73.3) สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนมาก(มากกว่าร้อยละ50) จะมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โดยโรงพยาบาล ได้มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 56.5) และเกี่ยวกับระบบสารสนเทศ พบว่า โรงพยาบาลมีการจัดระบบ/ควบคุมเอกสารคุณภาพ ร้อยละ 52.2 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 จะมีความสำเร็จที่มีลักษณะใกล้เคียงกับโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โดยที่โรงพยาบาลมีระบบบำบัดน้ำเสีย และระบบกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 63.5 และ 57.1 ตามลำดับ) และพบว่า โรงพยาบาลมีความสำเร็จโดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน เกี่ยวกับการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจแนวคิดเรื่องคุณภาพมากขึ้น และเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง ถึงร้อยละ76.2

4.3 ด้านกระบวนการคุณภาพ

ภาพรวมของโรงพยาบาลทั้งหมด พบว่า ส่วนใหญ่มีความสำเร็จในระดับที่มีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วน ในกระบวนการคุณภาพทั่วไป ที่โรงพยาบาลมีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมและได้ปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ ร้อยละ 74.4 เช่นเดียวกับ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ส่วนมาก มักจะมีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมและมีการปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ ถึงร้อยละ 76.2 สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ จะพบว่า ได้มีความสำเร็จที่เห็นผลชัดเจน เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลส่วนมาก ได้มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ร้อยละ 73.9)

4.4 ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

ความสำเร็จในภาพรวมของโรงพยาบาลทั้งหมด พบว่า มีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน เป็นส่วนใหญ่ ทั้งองค์กรแพทย์ และการบริหารการพยาบาล โดยเกี่ยวกับองค์กรแพทย์ พบว่า ได้มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ที่เห็นผลชัดเจน ถึง ร้อยละ 64.0 ส่วนในการบริหารการพยาบาล ได้มีการปฏิบัติและเห็นผลชัดเจนในทุกกิจกรรม ได้แก่ มีการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของกลุ่มงานพยาบาลในการรักษา มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ (ร้อยละ 66.3) มีกิจกรรมประกันคุณภาพการพยาบาล ร้อยละ 60.5 และ

มีการนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า องค์กรแพทย์ จะมีความชัดเจนในการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ร้อยละ 65.2 และ 63.5 ตามลำดับ แต่การมีส่วนร่วมของแพทย์พบว่ามีการปฏิบัติเป็นบางส่วนเท่านั้น ส่วนในการบริหารการพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ มีความชัดเจนในทุกกิจกรรม เช่นเดียวกับในภาพรวมของโรงพยาบาลทั้งหมด

4.5 ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

ในภาพรวมโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีความสำเร็จในระดับปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจนในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย โดยมีนโยบายสิทธิผู้ป่วยและและความปลอดภัย (ร้อยละ 50.6) ส่วนในด้านอื่นๆ ยังมีการปฏิบัติที่เห็นผลเป็นบางส่วนเท่านั้น โดยโรงพยาบาลศูนย์ ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นแก่นผู้ป่วยและญาติมากขึ้น (ร้อยละ 65.2) และในด้านจริยธรรมองค์กร ได้มีการรักษาจริยธรรมวิชาชีพ (ร้อยละ 65.2) ทำนองเดียวกับโรงพยาบาลทั่วไป ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีการรักษาจริยธรรมวิชาชีพ (ร้อยละ 66.7)

4.6 ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย

ภาพรวมของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 50) มีความสำเร็จที่มีการปฏิบัติที่เห็นผลบางส่วน ที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการเตรียมความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตปกติ (ร้อยละ 74.4) เช่นเดียวกับความสำเร็จของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 65.2 และ 77.8 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ โรงพยาบาลได้ระบุความสำเร็จเพิ่มเติม โดยใน 3 อันดับแรก ดังนี้

การพัฒนาคน

1. มีความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง
2. บุคลากรมีความตื่นตัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ
3. บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ ในการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น

การพัฒนาระบบ

1. ได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ISO9002:1994
2. ได้รับรางวัลชนะเลิศ, โล่เกียรติคุณ เช่น โรงพยาบาลปรับโฉมดีเด่น รพ.ส่งเสริมจริยธรรมดีเด่น
3. มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและตั้งกลุ่ม/ทีมคุณภาพ โดยมีการดำเนินการและนำเสนอผลงานอย่างต่อเนื่อง

5. ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

5.1 **ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนา** ในภาพรวมของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับปานกลาง เกี่ยวกับทิศทางและนโยบาย โดยเจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายมากที่สุด (ร้อยละ 59.3) โรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ จะมีปัญหาในการนำองค์กร ได้แก่ โครงสร้างการ จัดองค์กรไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพและมีการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร/หัวหน้างาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา (ร้อยละ 60.9 เท่ากัน) และโรงพยาบาลพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเกี่ยวกับทิศทางและนโยบายที่ยังขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย (ร้อยละ 65.1)

5.2 **ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร** ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีปัญหาระดับปานกลาง โดยเกี่ยวกับการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระของผู้ปฏิบัติงานและมีผลเสียต่องานประจำ (ร้อยละ 69.8) และเกี่ยวกับเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ พบว่า เครื่องมือและอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติการ (ร้อยละ 69.8 เท่ากัน) โรงพยาบาลศูนย์ ปัญหาส่วนใหญ่คือ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ที่เจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 73.9) ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหา การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยคิดว่าเป็นการเพิ่มภาระของผู้ปฏิบัติงานและมีผลเสียต่องานประจำ (ร้อยละ 73.0)

5.3 **ด้านกระบวนการคุณภาพ** ในภาพรวมของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัญหาระดับปานกลาง โดยเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการคุณภาพทั่วไป ที่เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 73.3) โรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ ยังมีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการคุณภาพทั่วไป โดยเป็นปัญหาในระดับมาก ที่ยังขาดการวิเคราะห์โน้ตเชิงสถิติ (ร้อยละ 65.2) และมีปัญหาระดับปานกลาง ในการจัดทำคู่มือที่ลงรายละเอียดมากเกินไปจนความจำเป็น (ร้อยละ 65.2) โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนมากมีปัญหาระดับปานกลาง เกี่ยวกับกระบวนการคุณภาพทั่วไป ที่เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 77.8)

5.4 **ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ** ในภาพรวมของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัญหาระดับปานกลาง เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ที่ยังมีการร้องเรียน/ฟ้องร้องเกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล (ร้อยละ 62.8) โรงพยาบาลศูนย์ ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาล ที่โครงสร้างการบริหารการพยาบาลยังไม่ชัดเจน มากที่สุด (ร้อยละ 60.9) และโรงพยาบาลทั่วไป ยังมีปัญหาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กรมากที่สุด ที่ยังมีการร้องเรียน/ฟ้องร้องเกี่ยวกับการรับบริการในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 66.7

5.5 **ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย** ในภาพรวมของโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัญหาระดับปานกลางและมาก โดยจะมีปัญหายังขาดการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 55.8)

ส่วนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ยังมีปัญหาเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติทุกราย เนื่องจากมีผู้ป่วยรับบริการเป็นจำนวนมาก (ร้อยละ 47.8 และ 58.7 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ โรงพยาบาลได้ระบุปัญหาและอุปสรรคเพิ่มเติม 3 อันดับแรก ดังนี้

การพัฒนาคน

1. ระดับผู้บริหาร และหัวหน้ากลุ่มงานฝ่าย ไม่เข้าใจแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ และบทบาทไม่ชัดเจน

2. ทีมบริหารขาดความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วม

3. ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญ/กำลังใจและแรงจูงใจในการทำงานคุณภาพ

การพัฒนาระบบ

1. ขาดการติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพของระดับกระทรวง

2. โครงสร้างองค์กรพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน

3. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพหลากหลายทำให้เกิดความสับสน

6. ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

จำนวนโรงพยาบาล ที่ได้ตอบแบบสอบถาม 86 แห่ง มีโรงพยาบาลที่ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในประเด็นต่างๆ ซึ่งอาจสรุปได้ ดังนี้

ระดับนโยบาย

1. ควรมีนโยบายที่ชัดเจน ทั้งระดับกระทรวง องค์กร และหน่วยงาน
2. ควรมีนโยบายที่ปรับเปลี่ยนแนวคิดและการทำงานแบบใหม่แก่ผู้บริหาร
3. ควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลางให้ชัดเจนและปรับเปลี่ยนแนวคิดผู้บริหาร เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลได้ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
4. ควรส่งที่ปรึกษามาเยี่ยมเพื่อชี้แนะและ ให้คำแนะนำ แนวการแก้ไขปัญหา
5. ควรมีทีมสนับสนุนชี้แนะ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพ
6. ควรมีระบบพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา ประจำโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
7. จัดทีมพิเศษจากส่วนกลาง ด้านการพัฒนาคุณภาพมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอและลงถึงระดับปฏิบัติอย่างจริงจัง
8. ควรสนับสนุนวิทยากร/ผู้รู้ เพื่อให้โรงพยาบาล/องค์กร จะได้มีพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
9. สถาบันควรมีการสนับสนุนและแนะนำ โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
10. มีการให้แรงบวก สำหรับผู้บริหารแต่ละโรงพยาบาล ที่ทำงานคุณภาพสำเร็จ

ระดับโรงพยาบาล

1. ทีมบริหาร จะต้องให้ความสำคัญ ให้ความร่วมมือและมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างจริงจัง
2. ควรมีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตเดียวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพ
3. การกระตุ้นจากองค์กรภายนอกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
4. ควรมีระบบการตรวจสอบภายในและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
5. ควรมีระบบการควบคุมเอกสารและข้อมูล
6. ควรมีศูนย์คุณภาพ(ศูนย์ประสานงาน) และมีเจ้าหน้าที่ทำงานเต็มเวลา
7. แต่ละหน่วยงานควรกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ
8. ควรมีระบบการตรวจสอบคุณภาพ ติดตามดูผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ระดับบุคลากร (ปฏิบัติการ)

1. เจ้าหน้าที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพ
2. เจ้าหน้าที่ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล
3. ควรเน้นการพัฒนาเป็นทีม

อื่นๆ

1. ควรมีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน
2. ควรสนับสนุนเอกสาร/คู่มือในการพัฒนาคุณภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) ได้มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ พบส. 5 ส. การพัฒนาพฤติกรรมบริการ (ESB) กิจกรรมข้อเสนอแนะ(SS.) การพัฒนาองค์กร (OD) QC การประกันคุณภาพ 3 S. การพัฒนาบริการด้านหน้า TQM/CQI HA ISO9002 ISO14001 ISO Guide25 และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยโรงพยาบาลเคยผ่านการทำกิจกรรม พบส. และ 5ส. มาแล้วทุกแห่ง แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่โรงพยาบาลเคยทำ ทั้งกิจกรรมที่เป็นนโยบายเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ พบส. 3S. และการพัฒนาบริการด้านหน้า กิจกรรมที่ดำเนินการเฉพาะกลุ่มวิชาชีพ เช่น การประกันคุณภาพของพยาบาล และการประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการ และกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ 5ส. ESB, OD, SS และ QC รวมทั้ง ระบบคุณภาพ ได้แก่ TQM, ISO9002, ISO 14001, ISO Guide 25 และ HA ซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกันไป แต่ผลจากการทำกิจกรรมดังกล่าว ล้วนส่งผลให้เกิดการพัฒนาคน ที่ให้เกิดจากการร่วมมือ ร่วมคิด ร่วมทำและร่วมเรียนรู้ผลการกระทำ และการพัฒนาระบบ ที่เกิดจากการศึกษาระบบ ประเมินระบบ และปรับปรุงระบบ⁽¹⁴⁾ ซึ่งจากลักษณะดังกล่าว สามารถอนุมานได้ว่า

โรงพยาบาลอาจเลือกทำในบางกิจกรรมที่เหมาะสมกับหน่วยงานของตน โดยที่ผลของการทำกิจกรรมน่าจะ ไม่แตกต่างจากการทำหลายกิจกรรม และสามารถประหยัดงบประมาณ บุคลากร และเวลา ได้มากกว่า ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ ไม่เป็นไปตามแนวคิดดังกล่าว ทั้งนี้เพราะการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการสรุปผลที่ชัดเจนว่ากิจกรรมใดดี หรือ เหมาะสมกับโรงพยาบาลตน แต่ยังคงเป็นรูปแบบการทดลองทำหลายๆ กิจกรรมเพื่อหากิจกรรมที่เหมาะสม จึงทำให้มีความหลากหลายของการทำกิจกรรม ประกอบกับลักษณะกิจกรรมส่วนมากมักจะเป็นพื้นฐาน หรือจุดเริ่มต้น ที่ก่อให้เกิด การพัฒนาในขั้นต่อไป ดังเช่น ธงชัย ธาระวานิช⁽⁵³⁾ ได้เสนอว่า การเริ่มต้นด้านคุณภาพที่มักพบอยู่เสมอคือ การเริ่มต้นด้วย 5 ส และ QC เป็นต้น และ วิชาญ เกิดวิชัย ได้กล่าวถึง การพัฒนาคุณภาพใน โรงพยาบาลเสนา ที่เริ่มจาก การปรับโฉมสถานบริการ การพัฒนาด้านหน้ากิจกรรม 5ส. TQM โครงการปฏิรูปสาธารณสุข และจึงทำ HA (ในเวลาต่อมา)⁽⁵⁴⁾ ซึ่งเป็นตัวอย่างการทำกิจกรรมของโรงพยาบาลที่มีการทำกิจกรรมเริ่มต้นแล้วต่อด้วยกิจกรรมอื่นๆ ตามลำดับ และเป็นที่สังเกตว่า 5 ส.เป็นกิจกรรมหนึ่ง ที่มักจะนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจาก ที่ทำได้ง่าย ได้ผลเร็ว สามารถจัดความสิ้นเปลืองของทรัพยากร และปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น รวมทั้งเป็นกิจกรรมสามารถสนับสนุนและเชื่อมโยงกับระบบบริหารคุณภาพ และระบบคุณภาพได้เป็นอย่างดี⁽¹⁶⁾ ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า ทุกโรงพยาบาลได้เคยผ่านการทำกิจกรรม 5 ส.มาแล้วทุกแห่ง

นอกจากนี้ หากย้อนกลับไปในระยะหนึ่ง (ดังการศึกษาครั้งนี้) จะพบว่า มีหลายกิจกรรม ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ได้ทำด้วยเหตุผลที่ทำตามนโยบาย ซึ่งอาจเนื่องจากระบบบริหารประเทศในขณะนั้น อำนาจส่วนใหญ่อยู่ที่ส่วนกลาง แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพจึงมักจะเกิดขึ้นจากระดับกระทรวง ทำให้โรงพยาบาล จำเป็นต้องดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามนโยบายที่มีการเปลี่ยนแปลง ตามการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารแต่ละยุคแต่ละสมัย ดังเช่น กิจกรรม 3 S. และ การพัฒนาบริการด้านหน้า เป็นต้น ดังผลของการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มักจะทำกิจกรรมดังกล่าวด้วยเหตุผลที่ทำตามนโยบาย ถึงร้อยละ 52.3 และ 44.2 ตามลำดับ จากสาเหตุดังกล่าว จึงส่งผลทำให้การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลมีความหลากหลายยิ่งขึ้น

หากสังเกตลักษณะการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ จะพบว่า กิจกรรมที่โรงพยาบาลเคยทำ เฉพาะในอดีตแต่ปัจจุบันไม่ได้ดำเนินการแล้ว มากที่สุด คือ 3 S (ร้อยละ 30.2) รองลงมา คือ พบส. (ร้อยละ 26.7) แสดงให้เห็นถึง การขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งอาจมีสาเหตุเนื่องมาจาก กิจกรรม 3 S. เป็นกิจกรรมที่เป็นโครงการเร่งรัดโดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการริเริ่มทำกิจกรรมของโรงพยาบาล ส่วนมาก (ร้อยละ 52.3) จึงมาจากการทำตามนโยบาย โดยโรงพยาบาลยังไม่เห็นความจำเป็น และไม่เห็นความสำคัญของการทำกิจกรรม 3 S. ส่วน พบส.นั้น เมื่อพิจารณารูปแบบการดำเนินการจะเห็นว่า เป็นการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ ซึ่งมีความสลับซับซ้อน หลายมิติ และลักษณะโครงสร้างองค์กรที่จะต้องจัดตั้งมีมากหลายระดับ⁽⁵⁾ ทำให้การผ่านเกณฑ์ พบส.นั้นเป็นไปค่อนข้างยาก ดังผลสรุปการประเมินศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานพบส.ของสถานบริการ

สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ยังไม่มีโรงพยาบาลใดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พบส.เลย⁽⁵³⁾ และจากผล การศึกษาคั้งนี้ ที่พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีเหตุผลการทำกิจกรรมพบส. มาจากการทำตามนโยบาย ถึงร้อยละ 76.7 จึงมีผลที่ทำให้โรงพยาบาลเกิดความเบื่อหน่าย และไม่เกิดแรงจูงใจที่จะดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณารูปแบบการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ตามระยะเวลาที่เริ่มทำกิจกรรม พบว่า พบส. เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.8) ได้เริ่มดำเนินการมานาน ถึง 10 ปี ขึ้นไป เนื่องจาก เป็นแนวนโยบายเร่งรัดจากกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2529⁽⁵⁾ โรงพยาบาล จึงได้ดำเนินการมาแล้วทุกแห่งและมักจะดำเนินการมานานกว่า 10 ปี แต่ถ้านหากพิจารณารูปแบบของ การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ตามระยะเวลาของการทำกิจกรรมที่ผ่านมา จะพบว่า โรงพยาบาลมีการ ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เห็นชัดมากขึ้น ในระยะไม่เกิน 6 ปี ที่แล้ว โดยกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50) ได้ดำเนินการในช่วง 4-6 ปี (ปี พ.ศ.2538-2540) ที่ผ่านมา คือ การพัฒนาพฤติกรรมบริการ (ร้อยละ 53.4) การพัฒนาบริการด้านหน้า (ร้อยละ 60.5) นอกจากนี้ เกือบครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาล ยังได้ดำเนินกิจกรรมTQM/CQI (ร้อยละ40.7) และการพัฒนาองค์กร (ร้อยละ43.0) การที่โรงพยาบาลได้ทำกิจกรรม ที่มีรูปแบบหลากหลายกว่าที่ผ่านมา อาจเป็นผลสืบเนื่อง มาจาก การนำโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาลของรัฐ ในปี 2536-2538 ที่ส่งผลทำให้กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้นในปี 2539 โดย กำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลคุณภาพ โดยใช้แนวคิด TQM/CQI ภายในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8⁽⁶⁾ ดังนั้นโรงพยาบาล จึงต้องมีความตื่นตัวต่อการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล โดยการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประเภทต่างๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของ โรงพยาบาลคุณภาพที่ได้กำหนดไว้ ดังนั้น จึงมีผลทำให้การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ระยะ 4-6 ปีที่ผ่านมา จึงมีรูปแบบต่างๆ มากกว่าที่ผ่านมา สำหรับรูปแบบการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งถือว่าเป็นยุคปัจจุบันนั้น เป็นที่สังเกตว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาล ได้ เริ่มทำ HA (ร้อยละ 65.1) ISO 9002 (ร้อยละ 61.6) ISO Guide 25 (ร้อยละ 62.8) และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 73.3) ซึ่งเป็นรูปแบบของการทำกิจกรรมที่เป็นระบบคุณภาพ และเป็นกระบวนการ พัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่โรงพยาบาลจำนวนไม่น้อย ได้เริ่มดำเนิน กิจกรรม HA, ISO9002 และ ISO Guide 25 แสดงให้เห็นถึงเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีความชัดเจน ที่จะมุ่งเข้าสู่การรับรองคุณภาพมากขึ้น เพื่อเป็นการยืนยันว่าโรงพยาบาล มีการให้บริการที่ มีคุณภาพ ได้ตามมาตรฐาน และเป็นที่ยอมรับของประชาชน ซึ่งแตกต่างจากที่ผ่านมา ส่วนสาเหตุ ที่โรงพยาบาล ได้มีการทำกิจกรรมดังกล่าวมากขึ้น อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจาก

ประการแรก กระแสของระบบคุณภาพ ISO ที่ได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในวงการ อุตสาหกรรมในประเทศไทย และขยายสู่งานบริการโรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจาก ISO เป็นระบบคุณภาพ มาตรฐาน ที่มีการยอมรับโดยทั่วไปในระดับสากล⁽⁵⁴⁾ ตลอดจนมีหน่วยงานบริษัท ที่สามารถให้การปรึกษา

และการรับรองได้หลายแห่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ISO 9002 ที่มีหน่วยงาน/บริษัท ที่สามารถให้การปรึกษา และฝึกอบรมถึง 35 แห่ง และมีหน่วยงาน/บริษัท ให้การรับรอง 16 แห่ง⁽⁵⁵⁾ (ข้อมูล ณ.ปี 2542) จึงทำให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ได้นำ ISO 9002 มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ เป็นจำนวนมาก (ร้อยละ 61.6) ส่วน ISO Guide / IEC 25 แม้ว่ามีหน่วยงานที่ให้การรับรอง มีจำนวนไม่มาก เหมือนกับ ISO 9002 แต่เนื่องจากมีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่รับผิดชอบโดยตรง สามารถให้การฝึกอบรมและให้การรับรองระบบคุณภาพได้เอง รวมทั้งได้มีการจัดอบรมให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับ ISO Guide / IEC25 แก่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป แล้วทุกแห่ง⁽⁵⁶⁾ จึงทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ทำกิจกรรมมากขึ้น ดังผลการศึกษาค้นคว้า ที่มีโรงพยาบาลทำ ISO 9002 และ ISO Guide 25 ถึงร้อยละ 61.1 และ 62.8 ตามลำดับ

ประการที่สอง ผลจากการนำแนวคิดของ HA มาทดลองใช้ในประเทศไทย ในโรงพยาบาลนำร่อง 35 แห่ง ที่เป็นโครงการวิจัยและพัฒนา ภายใต้ชื่อโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2540 - กรกฎาคม 2543 ผลจากโครงการนี้ จึง ทำให้โรงพยาบาลทั้งในโครงการและนอกโครงการ มีความเข้าใจและความตื่นตัวมากยิ่งขึ้น ประกอบกับทางผู้บริหารของกองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้เห็นความสำคัญและได้มีการปรับแผนดำเนินการ โดยให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สามารถเริ่มต้นพัฒนาสู่ HA ภายใน ปี 2542 และได้มีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมการพัฒนาและรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลในกองโรงพยาบาลภูมิภาค ที่ให้สนับสนุนและส่งเสริมในการทำ HA แก่โรงพยาบาล⁽¹⁾ อีกทั้งการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ ให้เป็นองค์กรอิสระ ที่ทำหน้าที่ในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ และให้การรับรองคุณภาพแก่โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน จึงทำให้โรงพยาบาลมีความตื่นตัว และมั่นใจในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลมากขึ้น ดังที่ จรัส สุวรรณเวลา ได้กล่าวว่า การดำเนินงานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จะเป็นการประสานพลังความพยายามที่มีมาแต่เดิม รวมทั้งจะเป็นกัลยาณมิตรที่เข้าไปประเมิน และให้ข้อเสนอแนะแก่โรงพยาบาลได้อย่างดี⁽¹⁹⁾ ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมา จึงทำให้โรงพยาบาลมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65.1) ดำเนินกิจกรรม HA ในช่วงระยะ 3 ปี ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทโรงพยาบาลกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทโรงพยาบาลกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ พบว่า มีเพียง ISO9002 กิจกรรมเดียวเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับประเภทโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลศูนย์ มีสัดส่วนการทำกิจกรรมมากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป ประมาณ 3.85 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ISO9002 เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลมักจะดำเนินการด้วยความสมัครใจ(ร้อยละ31.4)มากกว่าทำตามนโยบาย (ร้อยละ 24.4) อีกทั้งผลจากการศึกษาค้นคว้า นี้ ยังพบอีกว่า โรงพยาบาลส่วนมาก ทำกิจกรรม ISO9002 โดยดำเนินการเพียงบางหน่วย/แผนกเท่านั้น (ร้อยละ86.7) ซึ่งปัญหาความรวดเร็วและทั่วถึงของการสื่อสาร ภายในองค์กรจึงมีน้อย เมื่อพิจารณาประกอบกับประเภทของโรงพยาบาล จะเห็นว่า โรงพยาบาลศูนย์

เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่า จึงมีความพร้อมทั้งในบุคลากรรวมถึงทรัพยากรและงบประมาณมากกว่า รวมทั้งในด้านโครงสร้างองค์กรและการจัดแบ่งงาน ที่ชัดเจนกว่า ดังที่ Shortell SM⁽⁷⁾ ได้กล่าวว่า โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีหน่วยรับผิดชอบมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก เพื่อที่จะช่วยชี้นำกิจกรรมที่มีความสำคัญ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจมีผลต่อความพร้อมและและเอื้ออำนวยต่อการตัดสินใจในการเลือกทำ ISO9002 มากกว่า โรงพยาบาลทั่วไป แต่ถ้าหากพิจารณาในภาพรวมทั้งโรงพยาบาล จะเห็นว่า โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ทำให้การสื่อสาร(Communication) รวดเร็วและทั่วถึงได้ง่ายกว่า⁽²⁸⁾ ประกอบกับ Shortell SM⁽⁷⁾ ได้เคยวิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรค ของการดำเนินงาน TQM /CQI ในบริการสุขภาพว่า องค์กรบริการสุขภาพขนาดใหญ่ มักจะมีการจัดองค์กรที่เน้นสายบังคับบัญชา ทำให้ชัดเจนวางแผนคิดการเสริมพลังผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งประเด็นดังกล่าว อาจจะมีผลต่อการทำ ISO 9002 ด้วยเช่นกัน ดังนั้น ในการจัดองค์กรของโรงพยาบาล จึงเป็นประเด็นที่น่าจะมีการศึกษาต่อไป

3. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเตียง(ขนาดโรงพยาบาล)กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

จากการศึกษาพบว่าจำนวนเตียงโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประเภทใดทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลมีขนาดแตกต่างกัน อาจจะไม่มีความแตกต่างกันในด้านอื่นๆ เช่น การเป็นโรงพยาบาลในสังกัดของโรงพยาบาลภูมิภาคเช่นเดียวกัน จึงมีการรับนโยบายและแนวคิดต่างๆ ที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งถ้าพิจารณากิจกรรมการดำเนินงานในภาพรวมของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจะมีลักษณะคล้ายกัน ประกอบกับการผลศึกษาของวงศ์เดือน จันทร์งาม⁽⁵¹⁾ ที่พบว่าขนาดโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ จึงพอที่จะเป็นเหตุผลสนับสนุนผลการศึกษานี้ได้ แต่เมื่อพิจารณาประกอบกับประเภทของโรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวนเตียงเป็นเกณฑ์ ในการจัดประเภทโรงพยาบาล จะเห็นว่ามี ความแตกต่างกันในกิจกรรม ISO 9002 ซึ่งขัดแย้งกับผลการทดสอบในข้อนี้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้มีการจัดแบ่งตาม Quartile ดังนั้น อาจมีการรวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในกลุ่ม Quartile เดียวกันในบางกลุ่ม จึงทำให้ผลการทดสอบไม่แตกต่างกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า จำนวนบุคลากรไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวงศ์เดือน จันทร์งาม⁽⁵¹⁾ ที่พบว่าจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสาคร ใจพยอม⁽⁵⁷⁾ ที่พบว่า ปัจจัยสนับสนุนด้านกำลังคน จำนวนบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ของหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน และการศึกษาของปลายมาศ ชุนภักดี⁽⁵⁸⁾ ที่พบว่า จำนวนบุคลากรในฝ่ายมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นว่าสอดคล้องกับการศึกษาของวงศ์เดือน จันทร์งาม⁽⁵¹⁾ แต่ไม่ สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่มีในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เนื่องจาก การศึกษาดังกล่าว

เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีความลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคคลเพียงกลุ่มสายงานเดียวกันเท่านั้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงไม่มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาดังที่กล่าวมา ประกอบกับ ในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลนั้น จำเป็นจะต้องมีความพร้อมในด้านปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย ที่นอกเหนือจากจำนวนบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเริ่มต้นงานคุณภาพที่จะต้องเริ่มจากผู้บริหารเป็นอันดับแรก รวมทั้งปัจจัยในด้านบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ ที่ต้องการการทำงานเป็นทีม มีความร่วมมือและประสานงานกัน ความมุ่งมั่นที่นำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน รวมทั้งการได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญ ที่ทำให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพขึ้นในโรงพยาบาลได้ทั้งสิ้น ดังนั้นจึงทำให้ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการผลศึกษาของวงเดือน จันทร์งาม⁽⁵¹⁾ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ความสัมพันธ์ของจำนวนบุคลากรกับการทำกิจกรรม ISO Guide 25 ที่มีความสัมพันธ์กับแบบ Marginal significant โดยพบว่า จำนวนบุคลากรที่ต่างกันมีการทำกิจกรรม ISO Guide 25 ที่เกือบจะแตกต่างกัน ($p=0.052$) ซึ่งเป็นประเด็นน่าสนใจ ที่ควรจะทำการศึกษาในรายละเอียดต่อไป

5.การเข้าร่วมโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพด้วยTQM/CQIในโรงพยาบาลของรัฐ และ การเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กับ การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วม โครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM/COI จำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง ในจำนวนทั้งหมดนี้เคยผ่านทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประเภทต่างๆ ทุกแห่ง ได้แก่ 5ส การพัฒนาองค์กร คิวซี การประกันคุณภาพ กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า TQM/CQI HA และ ISO guide 25 ครบทุกแห่ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วมโครงการฯ ดังกล่าว ได้ผ่านการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงก่อนและระหว่างปี 2536-2538 ซึ่งผ่านมาไม่น้อยกว่า 6 ปี ซึ่งพบว่าในระยะนั้น ยังไม่มีโรงพยาบาลใด ที่ได้ ทำกิจกรรม HA และ ISO guide 25 ดังนั้น นอกจากการทำกิจกรรมที่ดำเนินการตามนโยบาย อันได้แก่ พบส. 3 S และการพัฒนาบริการด้านหน้ากิจกรรมแล้ว อาจพอสรุปได้ว่า กิจกรรม 5 ส. การพัฒนาพฤติกรรมบริการ การพัฒนาองค์กร คิวซี การประกันคุณภาพ มักเป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วมโครงการฯทุกแห่ง ใช้เป็นกิจกรรมพื้นฐานสำหรับการทำ TQM ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุลและคณะ⁽⁷⁾ ได้สรุปการสร้างเสริมความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าว ในช่วงปี พ.ศ.2535-2536 ว่า มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานโดยใช้เครื่องมือและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Tools & Technique) กิจกรรมพัฒนาองค์กรและการฝึกอบรมด้านพฤติกรรมบริการ (ESB) และบางแห่งเคยทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพมาก่อน นอกจากนี้ ยังเป็นที่น่าสนใจว่า โรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วมโครงการทั้งหมด ยังมีการทำกิจกรรมที่ต่อยอดจากกิจกรรมเดิม ได้แก่ กิจกรรม ISO guide 25 และ HA ซึ่งแสดงให้เห็นว่า

โรงพยาบาลดังกล่าว ยังคงมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ และเข้าสู่การรับรองคุณภาพที่มีเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับของสังคมต่อไป

สำหรับโรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 12 แห่ง พบว่า เคยทำกิจกรรม พบส. 5ส การพัฒนาพฤติกรรมบริการ การพัฒนาองค์กร กิจกรรมพัฒนาบริการด้านหน้า TQM/CQI HA และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมทุกแห่ง ซึ่งเมื่อพิจารณา ตามระยะเวลาของการเริ่มโครงการดังกล่าว ที่มีการดำเนินการ ตั้งแต่ ปี 2540-2543 และพิจารณาจากผลการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นว่า การทำกิจกรรมของที่โรงพยาบาลดังกล่าว ก่อนปีที่เริ่มโครงการฯ (ในระยะ ตั้งแต่ 4-6 ปี ขึ้นไป) ที่นอกเหนือจาก พบส.และการพัฒนาบริการด้านหน้า คือ กิจกรรม 5ส. การพัฒนาพฤติกรรมบริการ การพัฒนาองค์กร และ TQM/CQI ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ จะเห็นว่า การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ที่เคยเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความคล้ายคลึงกับการทำกิจกรรมในโรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพบริการด้วย TQM/CQI ดังนั้น จึงอาจเป็นข้อเสนอแนะ สำหรับโรงพยาบาลที่กำลังจะดำเนินการ HA ในการพิจารณา เลือกใช้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ที่เคยมีการนำมาใช้ในโรงพยาบาลที่เคยเข้าร่วม ทั้ง 2 โครงการดังกล่าว เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลต่อไป

6. ความสำเร็จของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล

จากการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (มากกว่า ร้อยละ 50) มีความสำเร็จโดยมีกระบวนการที่เห็นผลชัดเจน ในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนา เกี่ยวกับการนำองค์กร ได้แก่ มีการประชุม และรายงานผลความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพทุก 1-2 เดือน และผู้บริหารเข้าใจแนวคิดและให้ความสำคัญในกระบวนการทำงานมากขึ้น เกี่ยวกับทิศทางนโยบาย ได้แก่ การประกาศนโยบายพัฒนาคุณภาพเป็นลายลักษณ์อักษรและการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกัน นอกจากนี้โรงพยาบาลได้ระบุความสำเร็จเพิ่มเติม ที่พบว่า มีความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง เกิดการตื่นตัวและมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ และบุคลากรมีความรู้ และความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อองอาจ วิพุธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมยุรี จิระวิศิษฐ์⁽²⁸⁾ ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการ TQM/CQI ประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลว คือ การที่เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและร่วมมือ ฝ่ายบริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง และการฝึกอบรมให้เกิดความเข้าใจเรื่อง TQM การศึกษาของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และยุพิน อังสุโรจน์⁽⁵⁹⁾ ที่พบว่า ความสำเร็จ ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จากการประเมินตนเอง พบว่า ความสำเร็จ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การบริหารความเสี่ยง ระบบเอกสารคุณภาพ และการพัฒนาระบบซ่อมบำรุง ด้านการพัฒนาคนและทีมงาน ได้แก่ มีแผนยุทธศาสตร์ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรมีความกระตือรือร้นต่อการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น และการศึกษาของนงลักษณ์ ประเทืองไพศรี⁽⁴⁴⁾ ที่พบว่า

กระบวนการบริหารโครงการพัฒนาบริการด้านหน้าของโรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง มีการจัดโครงสร้างที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งการศึกษาของ สุกชัย ปันศิริ⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่า ปัจจัยกำหนดความสำเร็จของกิจกรรม คิวซี (QC Circle) โดยบริษัทที่ประสบความสำเร็จ บทบาทผู้บริหารระดับสูง จะมีการประกาศ นโยบายของบริษัท ที่สนับสนุน ส่งเสริม และเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำคิวซี การศึกษาของ วรางคณา ผลประเสริฐ⁽⁴⁰⁾ ที่พบว่า รูปแบบการบริหารและการสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ

ดังนั้น จะเห็นว่า ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลนั้น ผู้บริหารหรือผู้นำจะมีบทบาทสำคัญเป็นอันมาก ที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ ดังแนวคิดและทฤษฎีการพัฒนาคุณภาพของ Deming ที่เรียกว่า "Deming 14 point" ซึ่งได้ระบุความสำคัญของผู้บริหารว่า คุณภาพเป็นผลจากการกระทำและตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารจะเป็นผู้กำหนดวิสัยการทำงานและสร้างระบบงาน และผู้บริหารจะต้องมีการเปลี่ยนจากการบริหารสู่การนำ ไม่ลงมาตัดสินใจทุกขั้นตอน สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุงงานที่รับผิดชอบได้⁽⁷⁾

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในครั้งนี่ยังพบว่า มีโรงพยาบาลอีกหลายแห่ง ที่ยังมีความสำเร็จที่ไม่ชัดเจนในด้านนี้ซึ่งอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากที่โรงพยาบาลยังมีปัญหาในระดับปานกลางเกี่ยวกับโครงสร้างการจัดตั้งองค์กรยังไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ (ร้อยละ 54.7) รวมทั้งเจ้าหน้าที่ยังขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย (ร้อยละ 60) จึงทำให้โรงพยาบาลบางส่วน ยังไม่มีความสำเร็จที่มีการปฏิบัติอย่างชัดเจน

ในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ เกี่ยวกับการบริหารการพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่(มากกว่าร้อยละ 50) มีความสำเร็จโดยมีการปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน ในทุกกิจกรรมทั้งในการกำหนดโครงสร้าง/บทบาทของงานพยาบาลในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การนำมาตรฐานมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล และมีกิจกรรมประกันคุณภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในหน่วยงานพยาบาล ได้เคยมีการทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพมาก่อน เช่น การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล การประกันคุณภาพการพยาบาล รวมทั้งการกิจกรรม QC จะเห็นได้จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า โรงพยาบาลเคยทำกิจกรรมประกันคุณภาพ และ QC ในหน่วยงานพยาบาลมากที่สุด (51 แห่ง และ 26 แห่ง ตามลำดับ) ส่วนความสำเร็จเกี่ยวกับองค์กรแพทย์ จะเห็นผลชัดเจนเฉพาะในการจัดตั้งองค์กรแพทย์ เท่านั้น สำหรับในการมีส่วนร่วมของแพทย์ยังไม่เห็นผลชัดเจนนัก ดังผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวนถึง 36 แห่ง (ร้อยละ 41.9) ยังมีปัญหาในระดับมาก เกี่ยวกับแพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shortell SM⁽⁷⁾ ที่ได้สรุปอุปสรรคในการนำ TQM/CQI มาใช้ในบริการสุขภาพ โดยระบุส่วนหนึ่งของอุปสรรคด้านวัฒนธรรม ว่า การแพทย์มีส่วนร่วมในกระบวนการนี้น้อยเกินไป เนื่องจากไม่มี

เวลาและมีความเชื่อว่าตัวเองให้บริการที่มีคุณภาพอยู่แล้ว ซึ่งการมีส่วนร่วมของแพทย์เป็นประเด็นสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เนื่องจากการมีส่วนร่วมของแพทย์จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดำเนินงานในโรงพยาบาล ดังผลการศึกษาของ วงศ์เดือน จันทร์งาม⁽⁵¹⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมของแพทย์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล ความสำคัญขององค์กรแพทย์และความร่วมมือของแพทย์ต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เนื่องมาจาก องค์กรแพทย์จะเป็นตัวแทนของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยจะทำหน้าที่ ได้แก่ การควบคุมดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของการประกอบวิชาชีพในกลุ่มแพทย์ อีกทั้งยังเป็นตัวแทนแพทย์ในการตัดสินใจและวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย ดังนั้น ในการจัดตั้งองค์กรแพทย์ของโรงพยาบาล จึงควรเริ่มต้นจากกิจกรรมที่สมาชิกแพทย์ส่วนใหญ่ เห็นพ้องกันว่าเกิดประโยชน์ และมีใจรักที่จะรับผิดชอบในเรื่องนี้ จะทำให้แพทย์รู้สึกมีศักดิ์ศรีในการดูแลกันเอง และจะทำให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชัดเจนขึ้น⁽⁶⁰⁾

8. ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพ

ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลในด้านต่างๆ ส่วนใหญ่มีปัญหาในระดับปานกลาง โดยปัญหาในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ มีปัญหาเจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพมากที่สุด ในด้านทรัพยากรและการจัดการ ที่เป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติและมีผลเสียต่องานประจำ และเครื่องมืออุปกรณ์ยังไม่เพียงพอสำหรับปฏิบัติการ ในด้านกระบวนการคุณภาพ ที่เจ้าหน้าที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ที่ส่วนมากยังมีการฟ้องร้องเกี่ยวกับการบริการในโรงพยาบาล และด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่มักมีปัญหาขาดการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อให้แสดงความคิดเห็นโดยคำถามปลายเปิด พบว่า ปัญหาและอุปสรรค ทั้งในด้านการพัฒนาคนและในด้านพัฒนาระบบ ที่โรงพยาบาลได้ระบุนามากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้ คือ

ด้านพัฒนาคน ได้แก่ ผู้บริหาร และหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายไม่เข้าใจแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพและบทบาทไม่ชัดเจน ทีมบริหารขาดความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วม และผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญ/กำลังใจและแรงจูงใจในการทำงานคุณภาพ

ด้านพัฒนาระบบ ได้แก่ ขาดการติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพของระดับกระทรวง โครงสร้างองค์กรพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพหลากหลายทำให้เกิดความสับสน

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องและใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่

องอาจ วิพุธศิริ และคณะ⁽²⁸⁾ ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้โครงการ TQM ประสบความสำเร็จล้มเหลวคือ การที่เจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญและไม่ความร่วมมือ ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและสนับสนุนจริงจัง และ ความไม่รู้เข้าใจเรื่อง TQM และขาดการฝึกอบรม การศึกษาจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

และยุพิน อังสุโรจน์⁽⁶⁰⁾ ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในด้านการพัฒนาระบบ ได้แก่ ผู้บริหารขาดความมุ่งมั่น เปลี่ยนผู้บริหารบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่อง ความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพไม่ตรงกัน นโยบายไม่ชัดเจน โครงสร้างขององค์กรที่ซับซ้อน การขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากร การสื่อสารและประสานงานที่ล้มเหลว ระบบเอกสารที่ยังไม่ดีพอ การมี Clinical practice guideline ที่ยังมีจำนวนน้อยและยังไม่ได้นำมาใช้จริง โดยโรงพยาบาลของรัฐ ยังมีปัญหาจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น งานประจำมีมาก มีการประชุมมากเกินไป การศึกษาของวราภรณ์ ผลประเสริฐ⁽⁴⁰⁾ พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง โดย 5 อันดับแรก ได้แก่ การขาดการฝึกอบรม QC อย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารเร่งให้ทำ QC ขาดการฝึกอบรม QC อย่างเพียงพอ การร่วมทำกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ขาดความต่อเนื่องและขาดแรงจูงใจ สิ่งตอบแทนหรือรางวัลในการทำกิจกรรม QC และได้พบอีกว่า ปัญหาเกิดจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการ คือ ปัญหาด้านเจ้าหน้าที่ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ปัญหาด้านการดำเนินงานและการสนับสนุนการทำกิจกรรมกลุ่ม และปัญหาด้านคณะกรรมการ QC และผู้บริหารโรงพยาบาล และการศึกษาของบุญหลง คำสมุทร⁽⁴⁹⁾ พบว่า ปัญหาอุปสรรค ในการนำกิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพมาพัฒนาบุคลากร ได้แก่ ความเกรงใจต่อกัน ขาดงบประมาณสนับสนุน และไม่มีเวลาสำหรับทำกิจกรรม QC รวมทั้งผลการศึกษาของนัยนา ศรีสุขสันต์⁽⁴⁷⁾ ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการทำ QC คือ พนักงานยุ่งกับงานประจำจนไม่มีเวลาทำกิจกรรม QC

9. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา ณ.จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) แต่เนื่องจากข้อมูลในการศึกษาค้างนี้ ในบางส่วนเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการติดตามระยะยาว เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมาระยะเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปีที่เริ่มทำกิจกรรม ซึ่งบางกิจกรรมได้ผ่านการทำมาหลายปี จึงอาจจะเกิด Recall Bias ได้ หรือ ผู้ตอบอาจจะไม่สามารถจะหาคำตอบได้เนื่องจาก ในบางกิจกรรม โรงพยาบาลอาจจะมีการดำเนินการมาก่อนที่ผู้ตอบแบบสอบถาม จะทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ ดังข้อมูลจากผลการศึกษาค้างนี้ ที่พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 60.5) จึงทำให้โรงพยาบาลจำนวนไม่น้อย ที่ไม่ได้ระบุข้อมูลเกี่ยวกับปีที่เริ่มทำกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมพบส. และกิจกรรม 3 S. ที่โรงพยาบาลไม่ได้ระบุข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 29.1 และ ร้อยละ 24.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ การใช้รูปแบบการศึกษาแบบ Cross-sectional Study ในการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในค้างนี้ จะทำให้ทราบแค่เฉพาะปัญหาและอุปสรรคในปัจจุบันเท่านั้น แต่ไม่ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคของโรงพยาบาลที่มีโอกาสจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมาระยะเวลา จึงนับเป็นข้อจำกัดของการศึกษาในค้างนี้ ซึ่งถ้าหากมีการศึกษาในเรื่องนี้ ที่มีรูปแบบการศึกษาในระยะยาว ก็จะทำให้ทราบข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และมีชัดเจนมากยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยในการพัฒนาคุณภาพ ควรมีการพิจารณาถึงประเด็นต่างๆ

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพและบทบาทที่ไม่ชัดเจน รวมทั้งทีมบริหารขาดความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ จึงมีข้อเสนอแนะในระดับนโยบายดังนี้
 - 1.1 ควรทบทวนในด้านการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ให้เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพอย่างแท้จริง โดยจัดหลักสูตรเฉพาะสำหรับผู้บริหาร โดยมีวิทยากรผู้ชำนาญการที่สามารถถ่ายทอดแนวคิดและโน้มน้าวจิตใจให้ผู้บริหารมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และมีวิสัยทัศน์ที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
 - 1.2 ควรมีทีมที่ปรึกษา หรือ ทีมพิเศษจากระดับส่วนกลาง เพื่อเป็นที่ปรึกษา นิเทศงาน และให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลที่ประสบปัญหาในระหว่างการทำกิจกรรม พัฒนาคุณภาพ และยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้บริหารได้เห็นความสำคัญของการ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอีกด้วย
2. จากปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพ พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งยังไม่เข้าใจแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพเท่าที่ควร และยังขาดการทำงานเป็นทีม ดังนั้น ในระดับโรงพยาบาล จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร ดังนี้
 - 2.1 ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ ทั้งเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ ได้มีโอกาสได้รับการฝึกอบรม/ ประชุม และศึกษาดูงานในโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพแล้ว
 - 2.2 ควรสนับสนุนการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และการทำงานเป็นทีม เช่น กิจกรรมข้อเสนอแนะ การพัฒนาองค์กร การระดมสมอง เป็นต้น
 - 2.3 ควรมีการติดตามประเมินผลภายในโรงพยาบาลโดยทีมผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้เห็น ว่า ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพอย่างเต็มที่
 - 2.4 ควรมีการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพและเวทีสำหรับการนำเสนอผลงานกลุ่ม เช่น ให้โอกาสนำเสนอผลงานในที่ประชุมประจำเดือน การให้รางวัลแก่กลุ่มที่มีผลงานดีเด่น เป็นต้น
 - 2.5 โรงพยาบาลควรมีการกำหนดโครงสร้างและทีมผู้รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพ โดยกำหนดบทบาทที่ชัดเจน และถ่ายทอดการประสานงานพัฒนาคุณภาพภายในโรงพยาบาล

3. ในด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ที่พบว่า ยังมีการฟ้องร้องเกี่ยวกับการบริการในโรงพยาบาลเป็นส่วนมาก จึงควรนำประเด็นนี้มาพิจารณาโดยมีการศึกษาข้อมูล สาเหตุของการฟ้องเรียน และนำข้อมูลดังกล่าว นำเสนอในที่ประชุมผู้บริหาร เพื่อให้ทุกวิชาชีพได้เห็นความสำคัญของการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ และร่วมกันกำหนดแนวทางการป้องกันปัญหาดังกล่าวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เพื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับโรงพยาบาลในสังกัดอื่นๆ

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะผู้นำ ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ที่นอกเหนือจากการศึกษาปัจจัยด้านโรงพยาบาล

3. การศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำเร็จ และปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควรมีการศึกษาในบุคลากรทุกระดับบริหาร ระดับแกนนำและระดับปฏิบัติการเพื่อให้ได้มุมมองที่มีความหลากหลายมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษารูปแบบการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ทั้งในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองระบบคุณภาพISO9002 และ โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

4. ควรมีการศึกษาระยะยาว เกี่ยวกับรูปแบบของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และปัญหา อุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพ เพื่อจะได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง