



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลเป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ใช้วิทยาการ และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงในสภาพเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ รายได้ของประชาชนสูงขึ้น การศึกษาและโอกาสในการรับรู้ข่าวสารทั้งในและต่างประเทศดีขึ้น ประชาชนมีการรับรู้ในสิทธิของตนเองตามกฎหมายมากขึ้น ทำให้ความคาดหวัง และความต้องการบริการเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับระบบบริการสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนไป มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น มีการขยายตัวของภาคเอกชนและบริการเฉพาะทาง ผู้รับบริการจึงมีความต้องการหลากหลายมากขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องคุณภาพบริการ

การดำเนินการขององค์กรต่างๆ จึงจำเป็นต้องมุ่งการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของตนเองให้สูงขึ้นอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยพยายามปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ของตนเองในการปรับระบบโครงสร้างขององค์กรให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ซึ่ง "การพัฒนาคุณภาพ" เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาองค์กร โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีการนำระบบประกันคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ และในปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศกำลังอยู่ในระยะพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อเตรียมเข้าสู่การประกันคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้นำแนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management: TQM) มาประยุกต์ในการพัฒนาระบบให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ ตั้งแต่ปี 2536 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่า เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละร้อย จะเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ โดยได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) จากภาควิชาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536 อ้างถึงในองอาจ วิพุธศิริ และคณะ, 2539)

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เริ่มเมื่อ พ.ศ. 2540 โดยนักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ ได้ทบทวนมาตรฐานโรงพยาบาลของประเทศต่างๆ และสิ่งที่เป็นอยู่ในประเทศไทย ร่วมกันยกย่องมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกขึ้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ต่อมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาคได้เชิญ

ชวนโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 35 แห่ง เข้าร่วมโครงการ ทุกฝ่ายที่เข้าร่วมโครงการได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพ และการประเมินคุณภาพอย่างมากมาย ขณะเดียวกันโรงพยาบาลอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการนาร่องก็เกิดความตื่นตัว และนำมาตราฐานโรงพยาบาลไปเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง (อนวัณณ์ ศุภชุตินกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

การที่จะทราบได้ว่าสถานบริการจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพหรือไม่ จะประเมินหรือตรวจสอบได้ใน 3 ลักษณะ คือ การประเมินภายในองค์กร (First - Party) การประเมินโดยผู้บริโภคน (Second - Party) และการประเมินโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง (Third - Party) การประเมินโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลางนั้นถือว่าการประเมินที่ลดอคติ มีความเป็นกลางที่สุด ถือว่าเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้องค์กรต่างๆ เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพในองค์กรของตนเอง (อนวัณณ์ ศุภชุตินกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ในปัจจุบันเกณฑ์การประเมินคุณภาพที่นำมาใช้กันแพร่หลายมีมากมาย เช่น เกณฑ์การตัดสินรางวัลคุณภาพมัลคอล์มบอริดจ์ (The Malcolm Baldrige National Quality Award / MBNQA) ของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา เกณฑ์การตัดสินรางวัลของสิงคโปร์ (Singapore Quality Award) เกณฑ์การตัดสินรางวัลของออสเตรเลีย (Australian Quality Award) เกณฑ์การตัดสินรางวัลของยุโรป (European Quality Award) หรือมาตรฐานโรงพยาบาลของ JCAHO (Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization) เป็นต้น (Bernardin and Russell, 1993; วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2542; อนวัณณ์ ศุภชุตินกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

สำหรับประเทศไทยการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ใช้เกณฑ์ของมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชก ซึ่งเชื่อมั่นว่ามาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชกนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการชี้้นำการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานที่มีความเป็นสากล และก้าวหน้าทันกับยุคสมัย (สถาบันการพัฒนาระบบและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) มาตรฐานการประเมินคุณภาพมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลที่จะพัฒนาตามโครงการนี้ จะมีการทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพขึ้น เช่น การจัดทำคู่มือ การจัดทำมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล และการสร้างทีมการพัฒนาคุณภาพบริการต่างๆ ในการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพมาใช้นั้น ผู้บริหารนับว่ามีส่วนสำคัญที่สุดในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร และนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงาน

ในหน่วยงานพยาบาล มีหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลเป็นผู้บริหารระดับต้น (First-line managers) ผู้บังคับบัญชาในระดับสูงขึ้นไปคือ ผู้ตรวจการพยาบาล บางแห่งขึ้นตรงกับฝ่ายการพยาบาล และมีผู้ใต้บังคับบัญชาคือ พยาบาลประจำการ เจ้าหน้าที่พยาบาล และพนักงานผู้ช่วย

(สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, 2539) หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลมีหน้าที่สำคัญคือ รับผิดชอบหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งมีการกระทำกิจกรรมหลักอันเป็นหัวใจของโรงพยาบาล คือ การให้บริการแก่ผู้รับบริการ หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลนอกจากจะรับผิดชอบในการบริหารงานในหน่วยงานพยาบาลแล้วยังเป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารในฝ่ายการพยาบาลไปยังบุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลเป็นผู้ที่สามารถที่จะทำให้เป้าหมายของฝ่ายการพยาบาลสำเร็จหรือล้มเหลวได้ (จันทร์เพ็ญ พาหงษ์, 2538; สมยศ นาวิการ, 2540) หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลนั้นเป็นทั้งผู้รับนโยบาย และเป็นผู้ปฏิบัติที่มีความสามารถ จากสภาพการณ์ปัจจุบันที่โรงพยาบาลมีการนำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ โดยมีเป้าหมายหลักของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ คุณภาพบริการสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ การสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค และสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน ด้วยการยืนยันความสำเร็จของการพัฒนาที่สำคัญที่สุดคือ ต้องยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพในภาพรวม (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2541) หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลจึงต้องดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ

จากแนวคิด เหตุผล และเป้าหมายของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น จะเห็นว่าหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลเป็นผู้บริหารที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการให้เกิดประสิทธิผล อันจะส่งผลให้โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น จนเป็นหลักประกันว่า โรงพยาบาลมีระบบงาน และมีการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

ในประเทศไทย นับตั้งแต่มีโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีโรงพยาบาลนำร่องเข้าร่วมโครงการ 35 แห่ง จนปัจจุบันมีทั้งโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองและโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยจะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาล ในการพัฒนาและปรับปรุงการบริหารงานในด้านต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จตามแนวทางการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

ปัญหาการวิจัย

1. การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการปฏิบัติกิจกรรมและด้านการมีเอกสารของหน่วยงานพยาบาลตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานโรงพยาบาล 9 ด้านของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ อยู่ในระดับใด
2. การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการปฏิบัติกิจกรรมและด้านการมีเอกสารของหน่วยงานพยาบาลตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานโรงพยาบาล 9 ด้านของโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการปฏิบัติกิจกรรมและด้านการมีเอกสารของหน่วยงานพยาบาลตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานโรงพยาบาล 9 ด้าน ของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการปฏิบัติกิจกรรมและด้านการมีเอกสารของหน่วยงานพยาบาลตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานโรงพยาบาล 9 ด้าน ระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

แนวคิดการวิจัย

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลที่มีหลักการสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ และการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย และผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีเป้าหมายอยู่ที่คุณภาพและประสิทธิภาพ ผลสำเร็จของการนำกระบวนการนี้มาใช้ในโรงพยาบาลอยู่ที่คนในองค์กรที่จะร่วมมือกันทำงาน มีเป้าหมายเดียวกันตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงาน มีการสื่อสารอย่างทั่วถึง และมีการทบทวนประเมินผลการทำงานกันเองโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายหลัก คือ ความเป็นเลิศในการบริการ ซึ่งเป็นมาตรฐานและเป็นหลักประกันให้ผู้รับบริการทุกคนว่า จะได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ได้รับการรับรองคุณภาพ (ธิดา นิงสานนท์, 2541)

การรับรองคุณภาพเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ไม่ได้รับรองว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ซึ่งโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.2540 มีโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 35 แห่ง จากเกณฑ์การประเมินพบว่าปัจจุบันมีโรงพยาบาล 7 แห่ง ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ คือ โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม โรงพยาบาลราชบุรียินดี โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งนี้มีจุดเด่นที่คล้ายกันคือ มีทีมงานที่เข้มแข็ง ทีมงานมีความมุ่งมั่น มีการจัดระบบคุณภาพที่สมบูรณ์ครอบคลุม มีสถานที่ สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ดี (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542) ซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนี้ เป็นการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานที่ดี เชื้อต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการตรวจสอบตนเองอย่างสม่ำเสมอ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2542: 12)

จากการศึกษาถึงผลกระทบโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ ยุพิน อังสุโรจน์ (2543) พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานมี 2 ด้านคือ 1) ด้านการพัฒนาระบบ ได้แก่ ผู้บริหารขาดความมุ่งมั่น การเปลี่ยนผู้บริหารบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่อง ความเข้าใจแนวคิดด้านคุณภาพไม่ตรงกัน นโยบายไม่ชัดเจน ขาดการสนับสนุนทรัพยากร การสื่อสารและการประสานงานที่ล้มเหลว และ 2) ด้านการพัฒนาคน ได้แก่ การโยกย้ายผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บ่อยครั้ง โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดเล็กของรัฐบาล ขาดความร่วมมือจากบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ จำนวนผู้ประสานงานคุณภาพไม่เพียงพอ และผู้ปฏิบัติงานขาดแรงจูงใจ

องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ (2541) ศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐบาลด้วยการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (TQM) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบผลสำเร็จคือ เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วม ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง และการฝึกอบรมให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ TQM ส่วนปัจจัยที่ทำให้ประสบความล้มเหลว ได้แก่ เหตุผลทั้ง 3 ประการในทางกลับกัน และพบว่า

อุปสรรคต่างๆ เกิดจากระบบ และวัฒนธรรมองค์กร ในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพนั้น กลุ่มพยาบาลเป็นเพียงสำคัญในการดำเนินงานในทุกโรงพยาบาล

จะเห็นว่าการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จได้รับการรับรองนั้น มีปัญหาและอุปสรรคมากมาย ผู้บริหารทุกระดับมีส่วนสำคัญที่สุดในการที่จะบริหารงานให้บรรลุผลสำเร็จได้ และในแง่การพัฒนาคุณภาพบริการด้านการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยนั้น การบริหารงานของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่น่าจะมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด ในโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาและได้รับการรับรองคุณภาพทั้ง 7 แห่งนั้น หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลมีแนวทางการดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างไรยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่ยังคงยึดแนวคิดและหลักการของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่อาศัยวงจรการพัฒนาคุณภาพ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การวัดตรวจสอบ และการแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้กิจกรรมต่างๆ ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย และเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล ทั้ง 9 ด้าน คือ 1) การกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ 2) การจัดองค์กร และการบริหาร 3) การจัดการทรัพยากรบุคคล 4) การพัฒนาทรัพยากรบุคคล 5) นโยบาย และวิธีปฏิบัติ 6) สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ 7) เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก 8) ระบบงาน กระบวนการให้บริการ และ 9) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ คุณประโยชน์ของความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม มิใช่เพียงแต่การได้รับการรับรองคุณภาพเท่านั้น แต่ประโยชน์สูงสุดคือ ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการปฏิบัติกิจกรรมของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน มีความแตกต่างกัน
2. การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการมีเอกสารของหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน มีความแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษา คือ หัวหน้าหน่วยงานพยาบาล จำนวน 115 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หน่วยงานห้องผ่าตัด หน่วยงานห้องคลอด หน่วยงานผู้ป่วยหนัก หน่วยงานสูตินรีเวชกรรม หน่วยงานศัลยกรรม หน่วยงานอายุรกรรม หน่วยงานกุมารเวชกรรมและหน่วยงานยาเสพติด ของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

ซึ่งมีทั้งหมด 7 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลธัญญารักษ์ และโรงพยาบาลราชบุรียินดี

2. ตัวแปรที่ศึกษา คือ การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการปฏิบัติกิจกรรมและด้านการมีเอกสาร ของหัวหน้าหน่วยงานพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคุณภาพของเดมิ่ง (PDCA Cycle) คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การวัดตรวจสอบ (Check) และการแก้ไขปรับปรุง (Act) ในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ ตามมาตรฐานโรงพยาบาล ทั้ง 9 ด้าน คือ 1) การกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ 2) การจัดองค์กร และการบริหาร 3) การจัดการทรัพยากรบุคคล 4) การพัฒนาทรัพยากรบุคคล 5) นโยบาย และวิธีปฏิบัติ 6) สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ 7) เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก 8) ระบบงาน กระบวนการให้บริการ และ 9) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ หมายถึง การปฏิบัติหรือกิจกรรมที่หน่วยงานพยาบาล ของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีการปฏิบัติหรือมีข้อมูลเอกสาร การปฏิบัติงานโดยอาศัย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การวัดตรวจสอบ และการแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล ทั้ง 9 ด้าน คือ 1) พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ 2) การจัดองค์กร และการบริหาร 3) การจัดการทรัพยากรบุคคล 4) การพัฒนาทรัพยากรบุคคล 5) นโยบายและ วิธีการปฏิบัติ 6) สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ 7) เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก 8) ระบบงาน กระบวนการให้บริการ และ 9) กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

1.1 การกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานพยาบาล ของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีการกำหนดพันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

1.2 การจัดองค์กร และการบริหาร หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานพยาบาล ของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีการจัดองค์กร และการบริหารงานในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยมีโครงสร้างองค์กรชัดเจน มีหัวหน้าหน่วยงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและมีความสามารถในการบริหารงานให้

บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้ มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

1.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานพยาบาล ของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีการจัดกำลังคน และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ

1.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานพยาบาล ของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะเพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องมีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาหลักสูตร และมีแผนพัฒนาทรัพยากรของหน่วยงาน มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

1.5 นโยบาย และวิธีปฏิบัติ หมายถึง การที่หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีกระบวนการจัดทำนโยบาย วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรองเผยแพร่ทบทวน นอกจากนี้ นโยบายและวิธีการปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นต่อเจ้าหน้าที่ ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมายและสังคม ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร ด้านความปลอดภัย และด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

1.6 สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ หมายถึง หน่วยงานพยาบาลของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีสถานที่ตั้งหน่วยบริการหรือหน่วยงานมีความเหมาะสม สะดวกแก่การเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศที่ดี แสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ และนอกจากนี้ยังมีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ด้วย

1.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง หน่วยงานพยาบาลของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีเครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยมีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับปฏิบัติงาน มีการสำรองเครื่องมือและวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็นพร้อมที่

จะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา มีระบบการบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างมีประสิทธิภาพ และมีระบบการตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.8 ระบบงาน กระบวนการให้บริการ หมายถึง หน่วยงานพยาบาลของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีระบบงาน กระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการดูแลรักษา มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สำคัญที่จำเป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีม ผู้ให้บริการผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมิน และวางแผนงานดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา และมีกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวให้เร็วที่สุด

1.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานพยาบาลของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการหรือ หน่วยงานทุกหน่วยมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับและทุกสาขาวิชาชีพทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

2. หน่วยงานพยาบาล หมายถึง สถานที่ที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการ และเป็นที่ยึดปฏิบัติงานของบุคลากรในทีมสุขภาพของแผนกการพยาบาล ประกอบด้วย หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หน่วยงานผู้ป่วยใน หน่วยงานห้องผ่าตัด หน่วยงานห้องคลอด รวมทั้งศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์หายใจ และศูนย์สุขภาพ ของโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

3. หัวหน้าหน่วยงานพยาบาล หมายถึง บุคลากรที่ประกอบวิชาชีพการพยาบาลสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรีขึ้นไป ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และเป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานพยาบาล แผนกการพยาบาล ของโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

4. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง โครงการที่ทำการประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอกว่า โรงพยาบาลได้นำเอาการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม (TQM/CQI) มาปฏิบัติ จนเป็นหลักประกันว่าโรงพยาบาลมีระบบงาน และการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ และจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปอย่างไม่หยุดยั้ง รวมทั้งมีระบบการตรวจสอบตนเองที่นำ

ไว้วางใจ การรับรองคุณภาพไม่ได้รับรองว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่ จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด

5. โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาล เอกชน ที่ได้รับการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ว่าเป็นโรงพยาบาลที่ มีการจัดระบบงานที่ดี เชื้อต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย มีความมุ่งมั่นที่จะ ทำงานให้มีคุณภาพ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการตรวจสอบตนเองอย่าง สม่ำเสมอ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการด้านการ ปฏิบัติกิจกรรม และด้านการมีเอกสารของหน่วยงานพยาบาล ตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ และ มาตรฐานโรงพยาบาลทั้ง 9 ด้าน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ บริการ ของโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2. ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำหรับหัวหน้าหน่วยงานพยาบาลผู้บริหารระดับสูง และ องค์กรหรือหน่วยงานอื่น ในการที่จะนำมาปรับปรุงการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบริการให้มี ประสิทธิภาพสูงสุด ตามมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงาน พยาบาล