



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง(Cross - Sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษากิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชน โดยศึกษาถึงเหตุผลในการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ รวมทั้งศึกษาในเรื่องขอบเขตการทำงานในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ และปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2544 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows สรุปข้อมูลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลตอบกลับ และข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และโรงพยาบาล

แบบสอบถามได้จัดส่งไปยังโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 712 แห่ง ได้รับแบบสอบถามกลับ จำนวน 393 แห่ง คิดเป็นอัตราตอบกลับเท่ากับร้อยละ 55.20 แบบสอบถามที่ได้รับตอบกลับมากที่สุดเมื่อแบ่งเป็นการตอบกลับตามเขตสาธารณสุข คือ เขตสาธารณสุขที่ 3 มีอัตราตอบกลับร้อยละ 71.15 และ เขตสาธารณสุขที่ 9 มีอัตราตอบกลับรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 63.46เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการตอบกลับและไม่ตอบกลับ โดยการแบ่งตามเขตสาธารณสุข ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P=0.52$) แบบสอบถามโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียงหรือมีขนาดมากกว่ามีอัตราตอบกลับร้อยละ 100 โดยมีโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงที่มีการตอบกลับรองลงมา คือ ร้อยละ 73.08 เมื่อเปรียบเทียบแบบสอบถามตามการตอบกลับโดยใช้ขนาดเตียงของโรงพยาบาล พบว่า มีความแตกต่างของการตอบกลับของแบบสอบถามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.01$) พบว่าโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียงมีอัตราการตอบกลับน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 32.24 และแบบสอบถามภาคที่มีอัตราตอบกลับมากที่สุด คือ ภาคกลาง มีอัตราตอบกลับร้อยละ 58.24 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการตอบกลับตามภาค ไม่พบว่า มีความแตกต่างของอัตราการตอบกลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.57$)

ผู้ตอบแบบสอบถาม 393 คน คิดเป็นเพศชายร้อยละ 75.80 เพศหญิงร้อยละ 24.20 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 64.90 โดยมีตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 55.70 มีระยะเวลาในการรับราชการน้อยกว่า 5 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 28.46 โดยมีค่าเฉลี่ยของอายุราชการเท่ากับ 11.27 ปี โดยมีจำนวนอายุราชการต่ำสุดคือ 1 ปี และมีอายุรับราชการมากที่สุด คือ 31 ปี และมีระยะเวลาในตำแหน่งผู้อำนวยการหรือรักษาการผู้อำนวยการมากที่สุดคือร้อยละ 59.82 มีค่าเฉลี่ยของอายุงานในตำแหน่งผู้อำนวยการหรือรักษาการผู้อำนวยการ คือ 5.89 ปี และมีอายุงานในตำแหน่งน้อยที่สุด คือ 1 เดือน และมีอายุงานในตำแหน่งผู้อำนวยการหรือรักษาการผู้อำนวยการมากที่สุด คือ 31 ปี ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่รับราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการ ยกเว้นผู้ตอบแบบสอบถามจากโรงพยาบาล ขนาด 10 เตียง ส่วนใหญ่มีตำแหน่ง รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 53.85

สำหรับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้ตอบแบบสอบถามจากโรงพยาบาลชุมชนทุกขนาดจะมีส่วนร่วมโดยเป็นที่มาในการพัฒนาเป็นส่วนใหญ่

สำหรับข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ จำนวนเตียงของโรงพยาบาลเมื่อแบ่งเป็น Quartile พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ใน Quartile ที่ 2 คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ร้อยละ 56.70 มีเตียงเฉลี่ย 42.75 เตียง มีเตียงน้อยสุด 10 เตียง และมากที่สุด 180 เตียง และการแบ่ง Quartile ของโรงพยาบาลตามการเปิดใช้เตียงตามจริง จะพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 31.60 เป็นโรงพยาบาลชุมชน ในขนาด 30-36 เตียง โดยมีอัตราเฉลี่ยของเตียงตามการเปิดใช้จริง 47.22 เตียง มีเตียงที่เปิดให้บริการน้อยที่สุด 7 เตียง และมีเตียงเปิดให้บริการมากที่สุด คือ 182 เตียง ข้อมูลด้านบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนเมื่อแบ่งเป็น Quartile พบว่า โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีบุคลากรอยู่ในช่วง Quartile ที่ 1 มีบุคลากรน้อยกว่า 80 คน คิดเป็นร้อยละ 28.45 โดยมีจำนวนบุคลากรเฉลี่ยเท่ากับ 110.32 คน โดยโรงพยาบาลที่มีบุคลากรน้อยที่สุดจำนวน 25 คน และมากที่สุด 388 คน

การเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหรือการทำกิจกรรม Hospital Accreditation (HA) ของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 39.69 เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลร่วมกับทางสำนักพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพ (สคส.) และมีโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการแต่มีการทำกิจกรรมในโรงพยาบาลของตนเอง ร้อยละ 24.43 และมีโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ทำกิจกรรม HA ร้อยละ 35.88 เมื่อจัดการเข้า

ร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามขนาดเพียงพบว่า ทุกขนาดโรงพยาบาลชุมชน มีการเข้าร่วม โครงการโดย โรงพยาบาลขนาด 120 เตียงมีการเข้าร่วมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.64 และ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงมีอัตราการเข้าร่วมโครงการน้อยที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 33.33 แต่เมื่อเปรียบเทียบหาความแตกต่างระหว่างขนาดเตียงของโรงพยาบาลและ การเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพบริการไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.283$)

2.ความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

ผลการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะเห็นด้วยกับ ข้อคำถามในระดับเห็นด้วยมาก โดยพบว่า ข้อที่มีระดับเห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ เรื่อง การจัดตั้ง ทีมงานพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล(ร้อยละ 77.60) และรองลงมาได้แก่ เรื่องความสัมพันธ์ที่ดี ภายในองค์กรมีผลบวกต่องานพัฒนาคุณภาพบริการ(ร้อยละ 76.60) สำหรับคำถามในข้อที่ 3,7,9,14, และข้อ 20 มีความเห็นด้วยในระดับมาก ซึ่งได้แก่ เรื่อง การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ บริการตามโรงพยาบาลใกล้เคียง(ร้อยละ 36.10),การประชาสัมพันธ์ในเรื่องกิจกรรมพัฒนา คุณภาพบริการให้ผู้รับบริการทราบ(ร้อยละ 46.60),ผู้บังคับบัญชาไม่ควรตำหนิความผิดพลาดของ ผู้ปฏิบัติงานที่เกิดจากงานพัฒนาคุณภาพบริการ(ร้อยละ 37.90),การให้รางวัลเป็นสิ่งตอบแทนการ ปฏิบัติงาน(ร้อยละ 42.20) และ ในเรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ(ร้อยละ 45.50)

3.ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชน

ผลการศึกษา ในเรื่อง การเคยทำหรือไม่เคยทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการใน โรงพยาบาลชุมชน พบว่า กิจกรรม 5 ส เป็นกิจกรรมที่เคยทำมากที่สุด คือ ร้อยละ 98.70 รองลงมา ได้แก่กิจกรรม พบส. ร้อยละ 91.30 สำหรับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่โรงพยาบาลชุมชน เคยทำน้อยที่สุดได้แก่ กิจกรรม ISO 14001 ร้อยละ 1.80 รองลงมา ได้แก่ กิจกรรม PSO เคยทำ ร้อยละ 5.90

เหตุผลของการเลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการส่วนใหญ่ คือ การทำตามนโยบาย, การทำกิจกรรมเพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยงาน,การพัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานสากล,การทำกิจกรรม

เพื่อลดการใช้ทรัพยากร และการดำเนินกิจกรรมตามโรงพยาบาลอื่นๆ ส่วนเหตุผลที่ไม่เลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ คือ ขาดแคลนงบประมาณ,ขาดบุคลากร และไม่มีนโยบายที่ชัดเจน
 ขอบเขตในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการโดยมากจะทำทั้งโรงพยาบาล เป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในกิจกรรมการประกันคุณภาพ มักจะทำในกลุ่มงานการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.9) และกิจกรรม ISO/IEC (17025) ที่มักจะทำเฉพาะแผนกชันสูตร เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.7)

การอบรมให้ความรู้สำหรับเจ้าหน้าที่ในงานพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า ได้ดำเนินการไปแล้วเกือบทุกกิจกรรม ยกเว้น กิจกรรม PSO ที่อยู่ในระหว่างการดำเนินการอบรมให้ความรู้ (ร้อยละ 30.4)

การประเมินผลการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า กิจกรรมพบส.,กิจกรรม 5 ส.,กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ,กิจกรรมพัฒนาองค์กร,กิจกรรม คิว ซี ,กิจกรรม 3 S และกิจกรรม ISO 14001 ซึ่งส่วนใหญ่จะได้ดำเนินการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมไปแล้ว ส่วนกิจกรรม การประกันคุณภาพ,กิจกรรมTQM/CQI,กิจกรรม HA,กิจกรรม ISO 9001,9002 ,กิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรม PSO ยังอยู่ในช่วงของการประเมินผลการดำเนินกิจกรรม

เหตุผลของการที่จะทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว นั้น ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ พบว่า มีเหตุผล คือ นโยบายผู้บริหารชัดเจน, ความร่วมมือของหน่วยงาน และ แก่นนำในการปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่นสูงก็สามารถทำให้กิจกรรมประสบผลสำเร็จได้ และเหตุผลที่จะทำให้กิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลว พบว่า มีหลากหลายเหตุผล ได้แก่ นโยบายของผู้บริหารไม่มีความชัดเจน, ขาดบุคลากร, ขาดแคลนงบประมาณ, ความไม่ต่อเนื่องของการทำกิจกรรม, ความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน, เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจ และ ขาดที่ปรึกษาในการทำกิจกรรม เหตุผลเหล่านี้มักจะพบในทุกกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในช่วง 2 ปีข้างหน้า พบว่า กิจกรรม ISO 14001 เป็นกิจกรรมที่ต้องการหยุดทำมากที่สุด ร้อยละ 28.6 รองลงมา ได้แก่กิจกรรม พบส. ร้อยละ 21.2 และ กิจกรรม 3 S ร้อยละ 17.8 สำหรับกิจกรรม ที่ทางโรงพยาบาลชุมชนต้องการทราบนโยบายก่อน คือ กิจกรรม พบส. ร้อยละ 24.2 รองลงมา คือ กิจกรรม PSO ร้อยละ 21.7 และ กิจกรรมพัฒนาองค์กร ร้อยละ 15.4 และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่ทางโรงพยาบาลชุมชนยังคงจะ

ทำในช่วง 2 ปี ชำรงหน้ามากที่สุด คือ กิจกรรม 5 ส. ร้อยละ 90.7 รองลงมา คือกิจกรรม Hospital Accreditation (HA) ร้อยละ 88.5

ระยะเวลาในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาที่มีการทำมากที่สุด คือ กิจกรรม 5 ส.(ร้อยละ 62.3) กิจกรรม Hospital Accreditation(HA) (ร้อยละ 53.9) และ กิจกรรมพัฒนาองค์กร(ร้อยละ 52.7) สำหรับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่มีการทำมากกว่า 10 ปี ได้แก่ กิจกรรม พบส.(ร้อยละ 13.2) รองลงมา ได้แก่ กิจกรรม 5 ส.(ร้อยละ 0.5) เมื่อหาค่าเฉลี่ยของกิจกรรมที่มีการทำมานานที่สุด คือ กิจกรรม พบส.มีค่าเฉลี่ย 6.75 ปี และกิจกรรมPSO มีค่าเฉลี่ยของการทำน้อยที่สุด คือ 0.37 ปี

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและขนาดเตียงของโรงพยาบาลชุมชน พบว่ากิจกรรมที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างการทำกิจกรรมและขนาดเตียงของโรงพยาบาล คือ กิจกรรม 5 ส., กิจกรรม คิว ซี, กิจกรรม ISO 14001, กิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และ กิจกรรมที่มีการแตกต่างการทำกิจกรรมและขนาดเตียงโรงพยาบาล คือ กิจกรรม พบส.($p=0.005$), กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ($p<0.001$), กิจกรรมพัฒนาองค์กร ($p=0.004$), กิจกรรมประกันคุณภาพ($p=0.001$), กิจกรรม 3 S(<0.001), กิจกรรม TQM/CQI($p<0.001$), กิจกรรม HA ($p=0.037$), กิจกรรม ISO 9001,9002 ($p<0.001$), กิจกรรม ISO/IEC 17025 ($p=0.021$) และ กิจกรรม PSO ($p=0.044$)

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุคลากรและการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่ากิจกรรมที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนและบุคลากรในโรงพยาบาล คือ กิจกรรม คิว ซี, กิจกรรมISO 14001, กิจกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรม PSO สำหรับกิจกรรมที่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ คือ กิจกรรมพบส($p<0.001$), กิจกรรม 5 ส.($p=0.029$), กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ ($p<0.001$), กิจกรรมประกันคุณภาพ ($p<0.001$), กิจกรรม 3 S ($p<0.001$), กิจกรรมTQM/CQI($p<0.001$), กิจกรรม HA ($p=0.001$), กิจกรรม ISO 9001,9002 ($p<0.001$) และ กิจกรรม ISO/IEC 17025 ($p=0.033$)

4.ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการภาพรวม นั้นอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาในเรื่องการจัดตั้งองค์กรพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล อยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.4, การสื่อสารระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1, ปัญหาเรื่องการปรับเปลี่ยนผู้อำนวยการ อยู่ในระดับไม่มีปัญหา ร้อยละ 25.1 และมีปัญหามากที่สุด ร้อยละ 24.6 สำหรับปัญหาอื่น ๆ นั้นทุกโรงพยาบาลจะมีปัญหาอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ยกเว้น ในเรื่องการร้องเรียนเรื่องการให้บริการจากผู้รับบริการนั้นส่วนใหญ่จะตอบในข้อที่มีปัญหาน้อย คือ ร้อยละ 39.6

5. ข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการจากคำถามปลายเปิด

ข้อเสนอในการบริหารองค์กรนั้น ผู้ตอบแบบสอบถามเสนอแนะว่า ควรจัดทำแผนปฏิบัติงานที่สามารถนำไปใช้ได้จริงมากกว่าการมีเพื่อการตรวจสอบ, ผู้นำหรือผู้บริหารขององค์กรควรมีความมุ่งมั่นและจริงใจที่จะพัฒนางานพัฒนาคุณภาพบริการ, การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการต่างๆ ควรมาจากความพร้อมของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ควรมีการสร้างเครือข่ายของการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลในแต่ละขนาดเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยมีการบริหารงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน

ข้อเสนอในเรื่องการบริหารทรัพยากรและงบประมาณ พบว่า ควรมีการสนับสนุนงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการให้เพียงพอ โดยการใช้งบประมาณควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนและประเมินผลการดำเนินงาน, ควรให้ความคล่องตัวในการบริหารทรัพยากรและงบประมาณที่ได้รับจัดสรร นอกจากนี้ยังเสนอในเรื่องการวางแผนการบริหารบุคลากรและทรัพยากรให้เหมาะสมและมีการปรับเปลี่ยนทุกระยะที่มีการประเมิน

ข้อเสนอแนะในกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในอนาคตนั้น พบว่า เสนอแนะในเรื่องการสร้างความตระหนักในการทำงานพัฒนาคุณภาพบริการให้เป็นวัฒนธรรมขององค์กร, การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการนั้นควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง, มุ่งพัฒนางานจากแนวคิดของงานพัฒนาคุณภาพต่างๆ เช่น ใช้หลักการ TQM/CQI ใช้กลยุทธ์ของการทำงาน แบบ ISO หรือ HA และควรมีการทำงานแบบเป็นทีม

ข้อเสนอแนะในเรื่องการพัฒนาระบบมาตรฐาน สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมขององค์กร พบว่า มีการเสนอแนะในเรื่อง การจัดอบรมบุคลากรของโรงพยาบาลให้มีจิตสำนึกในเรื่องของสิทธิผู้ป่วยและให้บุคคลเหล่านี้ประชาสัมพันธ์ความรู้ต่างๆ ให้กับผู้รับบริการได้ทราบ นอกจากนี้

นั้นยังต้องจัดสร้างแนวทางการดำเนินงานในเรื่องสิทธิผู้ป่วยให้เหมาะสมกับพื้นที่และทำให้เป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนางานพัฒนาคุณภาพบริการพบว่า มีการเสนอแนะในเรื่อง การให้ประชาชน หน่วยงานในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการบริหารงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล โดยการรับฟังความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมในเรื่องงบประมาณโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานท้องถิ่น เช่น อบต. และการใช้กลยุทธ์ในเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยสร้างให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีระบบการตรวจสอบงานบริการของโรงพยาบาล

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลตอบกลับ และข้อมูลทั่วไป

จากการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 712 แห่ง และได้รับแบบสอบถามกลับ จำนวน 393 แห่ง คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 55.20 เมื่อหาความลำเอียงของการตอบกลับโดยแบ่งการตอบกลับตามเขตสาธารณสุข จำนวน 12 เขต ไม่พบความลำเอียงของการตอบกลับ ($P=0.52$) และได้หาความลำเอียงของการตอบกลับโดยแบ่งเป็นภาคก็ไม่พบความลำเอียงของการตอบกลับ ($P=0.57$) แต่เมื่อแบ่งการตอบกลับตามขนาดเตียงของโรงพยาบาลพบว่ามีความลำเอียงของการตอบกลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$) โดยพบว่าโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง มีการตอบกลับของแบบสอบถาม ร้อยละ 32.24 ซึ่งเป็นอัตราตอบกลับน้อยที่สุดเมื่อแบ่งตามขนาดเตียงของโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กจะมีสัดส่วนการทำกิจกรรมที่น้อยกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ และตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถามจากโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.85 คือ วิชาการผู้อำนวยการโรงพยาบาล อายุราชการส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี และส่วนหนึ่งเป็นแพทย์ที่จบใหม่ จึงไม่สามารถตอบคำถามในเรื่องการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้ เพราะการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเป็นข้อมูลย้อนหลัง อีกทั้งผู้อำนวยการหรือวิชาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจจะไม่ได้มอบหมายให้ผู้อื่นตอบแบบสอบถามแทน

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะเป็นทีมำในการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการสรุปผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 120 แห่ง⁽⁵²⁾ พบว่า ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลต้องเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพและเป็นผู้ชี้แนะให้กำลังใจจึงจะทำให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการประสบผลสำเร็จได้ มีอีกข้อสังเกตของร้อยละผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นทีมำในการพัฒนาคุณภาพบริการไม่ถึงร้อยละ 50 ในทุกขนาดโรงพยาบาล ซึ่งส่วนนี้ น่าจะเป็นจุดสังเกตที่ว่า การเป็นทีมำของผู้อำนวยการหรือวิชาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะเป็นอีกเหตุผลที่อธิบายได้ว่าการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนนั้นผู้บริหารควรจะให้ความสำคัญในการลงมาเป็นทีมำเพื่อพัฒนางานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลซึ่งข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าทุกขนาดโรงพยาบาลยังไม่ได้ตระหนักในส่วนนี้มากเท่าที่ควร

การเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลและการเข้าร่วมโครงการหรือไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพบริการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.283$) ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ สามารถที่จะเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้เหมือนกัน โดยอาจมีความแตกต่างในเรื่องของระยะเวลาที่ทำการกิจกรรมเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

จากผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จะเห็นด้วยกับข้อคำถามในระดับมากที่สุด เช่น เรื่อง ควรมีการจัดตั้งทีมงานพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล (ร้อยละ 77.60) พบว่า ในปัจจุบัน ในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีแผนงานในเรื่องกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการได้ชัดเจน เหมือนกับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ ส่วนหนึ่งอาจขัดข้องในเรื่องของกรอบอัตรา กำลังในโรงพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดและไม่เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ชัดเจนในงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน การจัดองค์กรเกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลย่อมส่งผลดีต่อการพัฒนางานพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาขององอาจ วิพุทธศิริ⁽⁴²⁾ ที่เสนอแนะว่าควรมีการจัดโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาลที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการประสานกับระบบบริหารปกติอย่างแนบแน่นสนิท จัดสมดุลอำนาจของการตัดสินใจระหว่างผู้บริหารและปฏิบัติให้เหมาะสม มีทีมประสานที่ยึดกลุ่มผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีทีมสนับสนุนทางด้านเทคนิคและกระบวนการพัฒนาที่มีทักษะ ในข้อคิดเห็นเรื่องการจัดอบรม/สัมมนาในเรื่องกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการให้คณะกรรมการบริหารอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 46.60 สอดคล้องกับผลการศึกษาขององอาจ วิพุทธศิริ⁽⁴²⁾ ที่เสนอแนะให้ฝึกอบรมกลุ่มแกนในโรงพยาบาลซึ่งได้แก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลาง รวมถึงแพทย์ เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจแนวคิดและวิธีการของการพัฒนาคุณภาพ สำหรับข้อคำถามที่ตอบในระดับเห็นด้วยมาก เช่น การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการตามโรงพยาบาลในชนใกล้เคียง (ร้อยละ 36.10) ในเรื่องดังกล่าว พบว่า ส่วนใหญ่จะตอบในระดับเห็นด้วยปานกลางจนถึงมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลชุมชนนั้นส่วนหนึ่งมาจากโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงและมีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลตนเอง ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลที่ได้จากการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น สำหรับข้อคำถามอื่นๆที่ตอบในระดับเห็นด้วยมาก คือ การประชาสัมพันธ์กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการให้ผู้รับบริการทราบ(ร้อยละ 46.60), ผู้บังคับบัญชาไม่ควรตำหนิความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการ

(ร้อยละ 37.90), การให้รางวัลเป็นสิ่งตอบแทนการปฏิบัติงานที่ดีของสมาชิกในองค์กร (42.20) และความคาดหวังผู้รับบริการช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ (ร้อยละ 45.50) พบว่า ข้อคำถามเหล่านี้ผู้ตอบแบบสอบถามอาจคิดว่า ไม่ใช่ประเด็นหลักที่จะทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลประสบผลสำเร็จได้ เช่น การให้รางวัลเป็นสิ่งตอบแทน ผู้บริหารอาจจะไม่ให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าวมากเท่ากับรายละเอียดปลีกย่อยของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ ผลการศึกษาของ ณัฐพร ลัทธยาพร (อ้างในนารีรัตน์ รูปงาม)⁽⁵⁵⁾ พบว่า บุคคลจะตั้งใจทำงานอย่างหนักเมื่อเขาได้รับรางวัลตอบแทนจากงานที่เขาทำ และเมื่อรู้ว่างานที่ทำเป็นที่พึงพอใจ และบุคลากรจะเต็มใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้บรรลุจุดประสงค์ของหน่วยงาน โดยที่ผลตอบแทนนั้นอาจจะเป็นทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ

ผลการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กิจกรรม 5 ส เป็นกิจกรรมที่มีการทำมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประวิทย์ ลีสถาพรวงศา (อ้างใน วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย(2543))⁽⁵⁴⁾ พบว่า เครื่องมือในการพัฒนาระบบงานที่โรงพยาบาลชุมชนนำมาใช้มากที่สุด และรัชชัย ธาระวานิช (อ้างในวรรณดี ศุภวงศานนท์ (2543))⁽⁵⁰⁾ พบว่า การเริ่มต้นงานคุณภาพที่พบอยู่เสมอ คือ กิจกรรม 5 ส เพื่อเป็นบันไดสู่การพัฒนาคุณภาพบริการทั่วทั้งองค์กร จากการทำที่โรงพยาบาลชุมชนต่างๆนำกิจกรรม 5 ส มาใช้พื้นฐานของงานพัฒนาคุณภาพบริการ เนื่องจากกิจกรรม 5 ส. ถูกใช้อย่างแพร่หลายในวงการอุตสาหกรรมมาก่อน และมีผลของการปฏิบัติงานที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน วงการแพทย์และสาธารณสุขจึงนำมาใช้ในโรงพยาบาลอย่างแพร่หลาย โดยกิจกรรมดังกล่าวจะต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรในการทำกิจกรรม ซึ่งอาจจะต่างจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอื่นๆ เช่น ISO 9001,9002 และ 14001 ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะต้องใช้ทั้งความร่วมมือและทรัพยากรต่างๆในการทำกิจกรรม และผลที่ได้อาจจะเห็นช้ากว่า และในเรื่องของขอบเขตการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพนั้น ทุกกิจกรรมมักจะทำกันในทุกส่วนของโรงพยาบาลและมีกิจกรรมการประกันคุณภาพที่ส่วนใหญ่ทำกันมากในกลุ่มงานการพยาบาล และมีกิจกรรม ISO/IEC (17025) ที่เป็นกิจกรรมที่เป็นการสอบเทียบเครื่องมือทางห้องชันสูตรแต่มีผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 5.4 ที่ตอบว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้ทุกกลุ่มงาน ข้อมูลดังกล่าวอาจเกิดจากความผิดพลาดของผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่เข้าใจถึงกระบวนการของกิจกรรมดังกล่าวจึงตอบว่ากิจกรรมนี้สามารถใช้ได้ครอบคลุมทุกกลุ่มงาน

เหตุผลของการเลือกทำหรือไม่เลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า เหตุผลที่เลือกทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการนั้นมีทั้งที่ทำตามนโยบาย, ทำเพื่อเพิ่มศักยภาพของหน่วยงาน และพัฒนาคุณภาพบริการสู่มาตรฐานสากล พบว่า สอดคล้องกับข้อเสนอของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์⁽⁶⁾ ที่ว่า ความพยายามที่หลากหลายในการพัฒนาคุณภาพมีผลดีที่ช่วยให้แต่ละองค์กรเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับองค์กรของตนไปปฏิบัติในช่วงแรก แต่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาหากมีการยึดติดกับความสำเร็จนั้นโดยไม่พัฒนาต่อเนื่อง หรือเกิดความซับซ้อนและสับสนในการทำงาน และกิจกรรมที่ทำตามนโยบาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมที่เป็นนโยบายก็มักจะไม่ได้รับการใส่ใจในการปฏิบัติและขาดความต่อเนื่องของการทำกิจกรรมจนโรงพยาบาลบางแห่งต้องหยุดการทำกิจกรรมเหล่านั้น สำหรับเหตุผลของการไม่เลือกที่จะทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ คือ ไม่มีนโยบายที่ชัดเจน, ขาดบุคลากร และขาดงบประมาณ แสดงให้เห็นว่า การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการหากไม่มีนโยบายของการทำงานที่ชัดเจนก็มักจะไม่พบความสำเร็จของการทำกิจกรรม ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชนเลือกทำกิจกรรมเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาการให้บริการของโรงพยาบาล นโยบายการทำกิจกรรมนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลจะต้องมีความมุ่งมั่นที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จและผลักดันกิจกรรมให้เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในหน่วยงาน

ปัจจัยที่สามารถทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการประสบผลสำเร็จ คือ นโยบายผู้บริหารชัดเจน, ความร่วมมือระหว่างบุคลากรในหน่วยงานและเครือข่าย, แคนนำในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการมีความมุ่งมั่นที่จะทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการประสบผลสำเร็จ และความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาขององอาจ วิพุธศิริและคณะ⁽⁴²⁾ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการ TQM/CQI ประสบผลสำเร็จ คือ การที่เจ้าหน้าที่ทุกคนให้ความร่วมมือ, การที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนจริงจัง, การฝึกอบรมความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, เงินทุน ทรัพยากร และ การจูงใจผู้ปฏิบัติงาน/กำลังใจ/ผลตอบแทน และจากการศึกษาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน 120 แห่ง⁽⁵²⁾ พบว่า ความมุ่งมั่นของผู้นำ โดยเฉพาะผู้อำนวยการ ถือเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ ทั้งต้องลงมือทำและเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ เจ้าหน้าที่ทุกคนของหน่วยงานต้องร่วมกำหนดทิศทาง นโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ และทีมงานต้องมีความมุ่งมั่นและมีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

ปัจจัยที่สามารถทำให้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการไม่ประสบผลสำเร็จ คือ นโยบายการทำกิจกรรมไม่ชัดเจน, ขาดความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในการทำกิจกรรม, ขาดแคลนงบประมาณ, ขาดแคลนบุคลากร, มีภาระงานที่มากเกินไป รวมถึงความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม ซึ่งสอดคล้อง

กับผลการศึกษาคความก้าวหน้าในการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 120 แห่ง⁽⁵²⁾ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำให้การดำเนินกิจกรรมล้มเหลว คือ เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความร่วมมือ, ทีมนำขาดความมุ่งมั่น, การพัฒนาไม่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง, เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ, เจ้าหน้าที่ขาดทักษะการพัฒนาคุณภาพ และขาดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และขาดการนิเทศติดตาม

ในเรื่องระยะเวลาของการทำกิจกรรม พบว่า กิจกรรม พบส. เป็นกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยของการทำมานาน เท่ากับ 6.75 ปี ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กระทรวงสาธารณสุขให้นโยบายในการทำทุกขนาดโรงพยาบาล ระยะเวลาในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามจะไม่ได้ให้ข้อมูลเนื่องจากในโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการบ่อยครั้งและการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบางกิจกรรมได้มีระยะเวลาที่เกิดขึ้นนานมาแล้ว จึงไม่มีการตอบคำถามในเรื่องระยะเวลาได้ในบางกิจกรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดเตียงของโรงพยาบาลชุมชน และการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการมีความแตกต่างในบางกิจกรรม คือ กิจกรรม พบส. ($p=0.005$), กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ ($p<0.001$), กิจกรรมพัฒนาองค์กร ($p=0.004$), กิจกรรมประกันคุณภาพ ($p=0.001$), กิจกรรม 3 S (<0.001), กิจกรรม TQM/CQI ($p<0.001$), กิจกรรม HA ($p=0.037$), กิจกรรม ISO 9001,9002 ($p<0.001$), กิจกรรม ISO/IEC 17025 ($p=0.021$) และ กิจกรรม PSO ($p=0.044$ พบว่า ในกิจกรรมที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญนั้น ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดใหญ่กว่าจะมีสัดส่วนของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิไลลักษณ์ เรื่องรัตนตรัย (2543)⁽⁵⁴⁾ พบว่า โรงพยาบาลขนาดเล็กมีการพัฒนาคุณภาพบริการอยู่ระดับต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ และจากการศึกษาของภรณ์ กิริติบุตร(อ่างโนวิไลลักษณ์ เรื่องรัตนตรัย (2543))⁽⁵⁴⁾ พบว่า ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จะมีความพร้อมมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก ขนาดขององค์กรมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร โดยขนาดขององค์กรที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพขององค์กร แต่ผลการศึกษาขัดแย้งกับผลการศึกษาของวรรณดี ศุภวงศานนท์ (2543)⁽⁵⁰⁾ พบว่า โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขนาดเตียงแตกต่างกันแต่ไม่มีความแตกต่างในการการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ อาจเนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาคุณภาพบริการและมีนโยบายของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ค่อนข้างชัดเจนกว่าของโรงพยาบาลชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนและการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ มีความแตกต่างในกิจกรรมพบส($p<0.001$), กิจกรรม 5 ส.($p=0.029$), กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมบริการ ($p<0.001$), กิจกรรมประกันคุณภาพ ($p<0.001$), กิจกรรม 3 S ($p<0.001$), กิจกรรม TQM/CQI($p<0.001$), กิจกรรม HA ($p=0.001$), กิจกรรม ISO 9001,9002 ($p<0.001$) และกิจกรรม ISO/IEC 17025 ($p=0.033$) ซึ่งพบว่า สัดส่วนการทำกิจกรรมที่มีความแตกต่างกันนั้น ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบุคลากรมากกว่าจะมีสัดส่วนการทำกิจกรรมมากกว่า ความพร้อมของโรงพยาบาลที่มีบุคลากรมากอาจจะมีความพร้อมในการทำกิจกรรมมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดของบุคลากรน้อยกว่า จากผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดี ศุภวงศานนท์ (2543)⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่า จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่แตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะว่าการแบ่งงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีความเป็นเอกเทศและชัดเจนกว่าของโรงพยาบาลชุมชน ในปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีแผนงานพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลให้เป็นงานเฉพาะกลุ่มรวมถึงบุคลากรที่รับผิดชอบในงานพัฒนาคุณภาพบริการส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาของพรทิพย์ วิโรจน์แสงอรุณ(อ้างใน เสาวลักษณ์ สุกใส 2542)⁽⁵³⁾ พบว่า โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลายด้าน ขอบเขตของงานไม่ค่อยชัดเจน และมีการทำงานเกินขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการระหว่างโรงพยาบาลชุมชนที่มีบุคลากรน้อยและโรงพยาบาลที่มีบุคลากรมาก มีความแตกต่างของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพได้ในบางกิจกรรม

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ

ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานส่วนใหญ่จะมีปัญหาภาพรวมในระดับน้อยถึงปานกลาง พบว่า

ปัญหาในเรื่องการปรับเปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ไม่มีปัญหา ร้อยละ 25.1 และมีปัญหามากร้อยละ 20.7 โดยกลุ่มที่ตอบว่าไม่มีปัญหาส่วนใหญ่จะเป็นผู้อำนวยการที่มีอายุราชการมากกว่า 5 ปี และ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโรงพยาบาลนั้นมานานกว่า 5 ปี ส่วนผู้ที่ตอบว่ามีปัญหาในระดับมาก พบว่า ส่วนใหญ่ มีอายุราชการน้อยกว่า 5 ปี และ อยู่ในตำแหน่งรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และ ยุพิน อังสุโรจน์⁽⁵⁶⁾ ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในด้านการพัฒนาระบบ ได้แก่ ผู้บริหารขาดความมุ่งมั่น เปลี่ยนผู้บริหารบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม

ปัญหาในเรื่องจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการ มีปัญหาในระดับมาก ถึงร้อยละ 30.9 และมากที่สุดร้อยละ 10.2 ,ปัญหาเรื่องงบประมาณที่จัดสรรสำหรับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ มีระดับปัญหปานกลางร้อยละ 27.4 และระดับมาก ร้อยละ 26.3 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวลักษณ์ สุกใส (2542)⁽⁵³⁾ พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานกิจกรรม พบส. ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุดรดิตต์ คือ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ, เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสำคัญ, มีทัศนคติไม่ดีต่องานบริการทำให้ขาดความกระตือรือร้นและไม่มี ความสามัคคีในการปฏิบัติงาน

สำหรับปัญหาการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆในชุมชน พบว่า ระดับปัญหาน้อยร้อยละ 29.7 ระดับปานกลางร้อยละ 34.4 และระดับมากร้อยละ 23.4 ซึ่งพบว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลแต่ละแห่งยังไม่มีตัวแทนของหน่วยงานหรือชุมชนเข้าร่วมงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิดที่ระบุว่าควรให้ตัวแทนหน่วยงานหรือชุมชนเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ซึ่งในภาพรวมแล้วระดับปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดี ศุภวงศานนท์ (2543)⁽⁵⁰⁾ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมี ปัญหาการดำเนินงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในระดับปานกลาง โดยมีปัญหาในเรื่อง ความมุ่งมั่นและปัญหาการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ทางกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายให้จัดตั้งกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาคุณภาพบริการขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน และจัดกรอบอัตรากำลังของผู้ปฏิบัติงานตามขนาดเตียงของโรงพยาบาล เพื่อที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้ปฏิบัติงานในเรื่องดังกล่าวอย่างเต็มความสามารถมากกว่าจะปฏิบัติเป็นงานรองจากเรื่องอื่นๆ และผู้ปฏิบัติจะได้รู้ถึงความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ของงานที่ปฏิบัติ

2.กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ และ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ควรจัดแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดแตกต่างกันได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับขนาดโรงพยาบาลและลักษณะพื้นที่ของโรงพยาบาล

3.ทางกระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการอบรมและให้ความรู้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงให้มากขึ้น เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้อำนวยการในปัจจุบันอยู่ในตำแหน่งรักษาการผู้อำนวยการและส่วนใหญ่เป็นแพทย์จบใหม่ จึงควรให้การสนับสนุนมากกว่ากลุ่ม

โรงพยาบาลอื่น เพราะผู้อำนวยการที่มีความรู้ความสามารถมากพอจะสามารถผลักดันการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จ

4. การจัดสรรงบประมาณในงานพัฒนาคุณภาพบริการ ควรจัดสรรงบประมาณตามผลงานของโรงพยาบาลและไม่ควรให้โรงพยาบาลต้องรู้สึกว่าย่ำแย่ค่าใช้จ่ายมากในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากในปัจจุบันบางโรงพยาบาลชุมชนมีปัญหาค่าใช้จ่ายงบประมาณจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข

5. หน่วยงานพัฒนาคุณภาพบริการและ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ควรจัดทีมที่ปรึกษาให้มากพอและสามารถให้คำปรึกษากับโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ โดยอาจจัดอบรมทีมที่ปรึกษาในระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับภาค เพื่อที่จะเป็นเครือข่ายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

6. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชนควรได้รับการอบรมความรู้ในงานพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาผู้ปฏิบัติงานในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างถูกต้อง และสามารถถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวให้กับสมาชิกคนอื่นๆ ในโรงพยาบาล และสร้างจิตสำนึกให้สมาชิกของหน่วยงานถือเรื่องงานพัฒนาคุณภาพเป็นวัฒนธรรมขององค์กร มากกว่าจะเป็นภาระงานที่สมาชิกต้องปฏิบัติตามคำสั่ง

7. โรงพยาบาลชุมชนควรให้ผู้รับบริการและหน่วยงานในพื้นที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เพื่อที่จะได้รับทราบปัญหาและข้อเสนอแนะที่แตกต่างจากบุคลากรในหน่วยงานของตนเอง อีกทั้งอาจได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากประชาชนหรือหน่วยงานในพื้นที่ด้วย เมื่อบุคคลเหล่านี้เห็นความสำคัญของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

8. โรงพยาบาลชุมชนควรจัดการอบรมให้ความรู้สมาชิกในองค์กรอย่างต่อเนื่อง และพร้อมให้สมาชิกของหน่วยงานได้แสดงความคิดเห็นต่างๆ ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ เพื่อจะได้ประเมินจุดแข็ง จุดอ่อนของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาลักษณะการเชื่อมโยงการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการที่มีในปัจจุบันของแต่ละขนาดโรงพยาบาล
2. ควรเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการรับรองคุณภาพและที่ยังไม่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบ การได้รับบริการของผู้รับบริการในพื้นที่โรงพยาบาลที่ได้รับรองคุณภาพโรงพยาบาลและที่ไม่ได้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
4. ควรศึกษาการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในอนาคต เมื่อโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเข้ากระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
5. ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบความสำเร็จและความล้มเหลวของการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของกลุ่มโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน