

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา การค้า การบริการและการเงินขยายออกไปทั่วโลก อันเป็นผลมาจากการติดต่อสื่อสารที่สะดวกและรวดเร็ว การแข่งขันในโลกที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น องค์กรหลายแห่งต้องปรับตัวเข้ากับสถานการณ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และความสามารถในการแข่งขัน แนวทางหลักที่กระทำคือ การพัฒนาคุณภาพการผลิตสินค้า การบริการและระบบการจัดการ โดยนำเอาการจัดการคุณภาพ (Quality Management) มาใช้และพัฒนาเป็นระยะ ๆ จากการตรวจคุณภาพ (Inspection) ไปสู่การควบคุมคุณภาพ (Quality Control) การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) และการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management) (Al - Khalifa & Aspinwall, 2000, p. 194) บริษัทใหญ่ ๆ ในโลกเลือกใช้การจัดการคุณภาพเป็นกลยุทธ์หลักในการบริหาร (เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ, 2554, หน้า 1)

จากพัฒนาการของการจัดการคุณภาพของโลกมีที่มา 3 แหล่ง คือ ยุโรป สหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่น (Krueger, 1999, p. 237) ขบวนการจัดการคุณภาพเริ่มต้นที่ สหรัฐอเมริกา แต่การพัฒนาและการเผยแพร่ไปทั่วโลกนั้น เริ่มจากญี่ปุ่น (Certo, 1997, p. 542) โดยแนวคิดในการจัดการคุณภาพพัฒนามาจากญี่ปุ่นที่เป็นฝ่ายแพ้สงครามโลกครั้งที่สอง ถูกสหรัฐอเมริกาเข้ายึดครองและบังคับให้ควบคุมคุณภาพตามวิธีการสมัยใหม่ จึงเริ่มจัดตั้งสมาคมมาตรฐานแห่งญี่ปุ่นและตั้งกลุ่มวิจัยการควบคุมคุณภาพ หลังจากญี่ปุ่นนำเอาการควบคุมคุณภาพมาใช้ไม่กี่ปี ความสำเร็จในการจัดการคุณภาพทำให้ญี่ปุ่นสามารถส่งออกสินค้าอุตสาหกรรมที่มีคุณภาพจนกระทั่งรุกเข้าไปในตลาดโลก และมีความสามารถในการแข่งขันไม่แพ้ตะวันตก เหตุผลสำคัญมาจากการปรับตัวโดยการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความมุ่งมั่นในคุณภาพให้เกิดขึ้น ความสำเร็จของญี่ปุ่นทำให้สหรัฐอเมริกาต้องทบทวนการปรับปรุงคุณภาพ ในที่สุดต้องกลับไปใช้วิธีการจัดการคุณภาพของญี่ปุ่นจนกระทั่งทุกวันนี้ (Cohen & Brand, 1993, p. 10) แนวคิดในการปรับปรุงคุณภาพของญี่ปุ่น ถูกนำไปใช้กับคนโรงงานและอุตสาหกรรมบริการต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกาเป็นอย่างมาก การพัฒนาคุณภาพของญี่ปุ่นกลายเป็นบทเรียนสำคัญของโลกจนถึงปัจจุบัน (เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ, 2554, หน้า 81)

ในปี ค.ศ. 1951 วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกาได้รวมตัวกับแพทยสมาคมอเมริกา, วิทยาลัยอายุรแพทย์อเมริกาและสมาคมโรงพยาบาลแคนาดา จัดตั้ง The Joint Commission of Accreditation on Hospitals and Organizations (JCAHO) ในปี ค.ศ. 1992 มีการยอมรับปรัชญาของ Continuous Quality Improvement (CQI) เป็นพื้นฐานในการประเมินคุณภาพอย่างเป็นทางการ นำไปสู่การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการประเมินคุณภาพ ทำให้เกิดมาตรฐานใหม่ ในปี ค.ศ. 1995 มีการปฏิรูปเกิดขึ้นในหลายประเทศ (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ, 2541, หน้า 36)

ในปี ค.ศ. 1997 การแพทย์และการสาธารณสุขมีความตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับนักวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการประเมินและพัฒนาการทำงานของโรงพยาบาลเรียกว่า มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก และจัดโครงการประชุมสัมมนา โครงการพัฒนาคุณภาพบริการโดยกระบวนการ Hospital Accreditation เพื่อนำมาตรฐานฉบับนี้ไปทดลองใช้กับโรงพยาบาล การประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เป็นนโยบายระดับประเทศที่มุ่งหวังให้สถานบริการของรัฐทุกแห่งผ่านการประกันคุณภาพ HA (Hospital Accreditation) (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ, 2541, หน้า 34)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มีจุดกำเนิดในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดาโดยที่วิทยาลัยศัลยแพทย์ของอเมริกา กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกศัลยแพทย์ไว้ 5 ข้อ คือ 1) การจัดตั้งองค์กรแพทย์ หรือ The Medical Staff 2) แพทย์จะต้องได้รับปริญญาและใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ 3) คณะแพทย์ต้องประชุมกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง ทบทวนบันทึกและการให้บริการ 4) แพทย์จะต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกราย ถูกต้องสมบูรณ์ 5) มีสถานที่และเครื่องมือเพียงพอ รวมทั้งบริการพยาธิวิทยา รังสีวิทยาและชันสูตร (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ, 2541, หน้า 6 - 7)

ในศตวรรษที่ 21 การจัดการองค์การมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก องค์การต้องเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่โลกอยู่ในสภาพไร้พรมแดนด้วยระบบเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว องค์การในปัจจุบันต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐ หรือภาคเอกชน กระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ทางธุรกิจที่ขยายออกไปนั้น ได้ทำลายการกีดกันการค้าและเปิดพรมแดนจนประเทศต่าง ๆ กลายเป็นโลกเดียวกันหรือเกิดสถานะไร้พรมแดน ด้วยเหตุนี้ลูกค้าจึงมีความต้องการและความคาดหวังใหม่ ๆ ลูกค้ากลายเป็นฝ่ายได้เปรียบเพราะมีโอกาสในการเลือกซื้อสินค้าและบริการจำนวนมาก ฉะนั้นแนวทางที่องค์กรจะรักษาส่วนแบ่งการตลาดเอาไว้จึงมีเพียงการเร่งพัฒนาคุณภาพของสินค้าและบริการในแหล่งที่มีการแข่งขันกันสูงสินค้าและบริการที่ไม่มีคุณภาพจะไม่สามารถ

อยู่ได้ในระยะยาว เนื่องจากไม่สามารถดึงดูดและสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าได้จึงจำเป็นต้องพัฒนาและจัดการคุณภาพขององค์กร เพื่อนำพาองค์กรไปสู่องค์กรแห่งคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ จูเลน (J. M. Juran) ประจักษ์ด้านคุณภาพ กล่าวไว้ความตอนหนึ่งว่า “ในขณะที่ศตวรรษที่ 20 เป็นศตวรรษแห่งการเพิ่มผลผลิต ส่วนศตวรรษที่ 21 จะเป็นศตวรรษแห่งคุณภาพ” (ศศิรินทร์ ชัยอาภา, 2542, หน้า 1)

การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของประเทศไทยได้ริเริ่มให้มี “โครงการติดตามโรงพยาบาล” โดยใช้แนวคิด Hospital Accreditation ที่มาจากอเมริกา โดยมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนไม่ว่าอยู่แห่งใดสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกระดับอย่างเท่าเทียมกันมีการจัดเครือข่ายบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Health Service) โดยให้สถานบริการระดับต่าง ๆ สามารถเชื่อมโยงบริการเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดมาตรฐานสำหรับประเมินตนเอง สำนักงานประกันสุขภาพ กองภูมิภาคโรงพยาบาล องค์การอนามัยโลก และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สนับสนุน โครงการวิจัยและพัฒนากำหนด TQM/ CQI (Total Quality Management/ Continuous Quality Improvement) นำร่องโรงพยาบาล 8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขยอมรับแนวคิด TQM/ CQI (Total Quality Management/ Continuous Quality Improvement) ว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ เสริมสร้างศักยภาพและความภาคภูมิใจของผู้ให้บริการ สร้างภาพลักษณ์ใหม่ทั้งดงามให้แก่โรงพยาบาลรัฐและมีกลุ่มคนมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้เกิดขึ้นในประเทศไทยจึงมีการยกมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกและเชิญชวนให้โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เนื่องจากมีการแข่งขันกันในเรื่องการให้บริการลูกค้า โรงพยาบาลที่อยู่รอดได้ต้องมีการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ดังนั้นโรงพยาบาลทุกแห่ง ทุกระดับต่างตื่นตัวและให้ความสนใจที่มุ่งมั่นพัฒนาระบบบริการคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล และคณะ, 2541, หน้า 44 - 45)

โรงพยาบาลสอยดาวเป็นโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ เริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจากระบบ 5 ส. คุณภาพการพยาบาล ในปี 2547 มีการทดลองนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกมาศึกษาและดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามกระบวนการมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน แต่ยังไม่สามารถที่จะเข้าสู่กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ได้ เนื่องจากในโรงพยาบาลมีบุคลากรที่มีความแตกต่างกันหลายด้าน เช่นด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ทำให้มีประสบการณ์ ความชำนาญในการทำงานที่แตกต่างกัน ด้านประเภทงานมีทั้งงานบริการที่ให้บริการกับผู้รับบริการโดยตรงและงานสนับสนุนบริการที่ไม่ได้สัมผัสกับผู้รับบริการโดยตรง ด้านตำแหน่งงานและกลุ่มวิชาชีพ

มีหลากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่งานตามกลุ่มวิชาชีพ และเจ้าพนักงานทั่วไป ซึ่งจะมีความรู้ ทักษะคิดด้านการพัฒนาคุณภาพที่แตกต่างกัน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงบุคลากรด้านการย้าย การลาออกและการรับใหม่ ปีละ 2 ครั้ง โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลที่เป็นแกนนำในการทำงานคุณภาพโรงพยาบาล มีการย้ายและลาออกทุกปี ทำให้การพัฒนาคุณภาพของระบบงานที่สำคัญขาดการทำงานที่ต่อเนื่องและมีผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลน้อยลง และมีบุคลากรบางกลุ่มไม่เห็นความสำคัญของการทำงานคุณภาพ มีความคิดและการปฏิบัติ ที่แตกต่างกันและไม่เห็นด้วยไม่ให้ความสำคัญในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล มีการประเมินผล พบว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึงทุกหน่วยงาน บุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้และความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล รู้สึกว่ามีงานประจำมากอยู่แล้ว บางหน่วยงานดำเนินการพัฒนาคุณภาพไม่จริงจัง ไม่เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ ไม่มีนโยบายหรือผลลัพธ์ที่ชัดเจน ดังนั้นการที่จะเกิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรได้นั้น การพัฒนาคุณภาพต้องทำทุกส่วน คนทุกคนและทุกหน้าที่ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพ โดยถือว่า เป็นกิจกรรมหลักของทุกหน่วยงาน

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษา ระดับความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติ ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากรโรงพยาบาลสอยดาว และเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติ ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลสอยดาว ตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประเภทงาน ตำแหน่งงานและกลุ่มวิชาชีพ โดยทำการศึกษากับบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลสอยดาว ประกอบด้วยข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว โดยนำผลการศึกษามาใช้ประโยชน์กับบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติด้านคุณภาพ การจัดการคุณภาพขององค์กรเพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และนำพาองค์กรไปสู่องค์กรแห่งคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติ ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลสอยดาว
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติ ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลสอยดาว ตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประเภทงาน ตำแหน่งงาน และกลุ่มวิชาชีพ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา: การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลสอยดาว

สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ลักษณะด้านบุคคล ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ประเภทงาน ตำแหน่งงานและกลุ่มวิชาชีพ
2. ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ขอบเขตด้านพื้นที่: การวิจัยครั้งนี้มีประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือบุคลากรโรงพยาบาลสอยดาว อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี จำนวน 155 คน (ข้าราชการ 82 คน พนักงานราชการ 2 คน ลูกจ้างประจำ 14 คน ลูกจ้างชั่วคราว 57 คน) ข้อมูล ณ.วันที่ 1 เมษายน 2554 จากงานธุรการฝ่ายบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลสอยดาว

ขอบเขตด้านระยะเวลา: ตามแผนพัฒนาบุคลากรโรงพยาบาลสอยดาว ปีงบประมาณ 2554 (จากแผนปฏิบัติการประจำปี โรงพยาบาลสอยดาว) โดยทำการเก็บรวบรวมตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึงเดือน ธันวาคม 2554

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน หมายถึง อายุการทำงานหรือระยะเวลาในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลสอยดาว
2. ประเภทงาน ด้านบริการ หมายถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการให้บริการที่สัมผัสผู้ป่วย และญาติโดยตรง ประเภทงานด้านงานสนับสนุนบริการ หมายถึงบุคลากรที่ไม่ได้สัมผัส ผู้ป่วย และญาติ โดยตรง
3. ตำแหน่งงาน หมายถึง ตำแหน่งในการปฏิบัติหน้าที่แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่าย และหัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ทุกหน่วยบริการในงานโรงพยาบาล
4. กลุ่มวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรที่มีสายงานในด้าน
 - 4.1 แพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร
 - 4.2 พยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค
 - 4.3 นักวิชาการ ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

4.4 เจ้าหน้าที่งานกลุ่มวิชาชีพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์

4.5 พนักงานทั่วไป ประกอบด้วย พนักงานทั่วไป พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พนักงานขับรถ พนักงานทำความสะอาด ผู้ช่วยเภสัชกร ผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี เจ้าหน้าที่งานธุรการ เจ้าหน้าที่งานพัสดุ เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานสถิติ

5. ความรู้ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรที่มีต่อข้อความในแบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

6. ทักษะ หมายถึง ความรู้สีกส่วนตัวที่แสดงออกให้เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

7. การปฏิบัติ หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

8. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยถือว่าผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปรับปรุงกระบวนการทำงานของทีมสหวิชาชีพ พัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร เพื่อการประเมินและรับรองคุณภาพ สร้างความรับผิดชอบต่อสังคมให้สังคมมั่นใจในระบบการบริการของโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงระดับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลสอยดาว

2. ทำให้ทราบผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลสอยดาวตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงานประเภทงาน ตำแหน่งงานและกลุ่มวิชาชีพ

3. สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมวัฒนธรรมคุณภาพของบุคลากรโรงพยาบาลสอยดาวเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการทำงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพองค์การต่อไป