

สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วิไลวรรณ แสงเนียม

นางสาววิไลวรรณ แสงเนียม

ผู้วิจัย

Loei Yonnam

รองศาสตราจารย์นวรรตน์ สุวรรณผ่อง,

พ.ด.(ประชากรและการพัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Dr. W. W. W.

รองศาสตราจารย์วีวรรณ บุญสุยา,

MSPH (Biostatistics)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เพชร ไชยรักษ์

รองศาสตราจารย์นพพร ไหวธีระกุล,

Ph.D.(Medicine & Health Sciences)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

W. W. W.

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Shana Koon

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุคนธา คงศีล,

Ph.D.(Health Economics & Policy Analysis)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2554

วิไลวรรณ แสงเนียม

นางสาววิไลวรรณ แสงเนียม

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา,

MSPH (Biostatistics)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรุณยุพา รอยกุลเจริญ,

Ph.D.(Philosophy in Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์นพพร ไหว้ระกูล,

Ph.D.(Medicine & Health Sciences)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์นวรรตน์ สุวรรณพ่อง,

พบ.ค.(ประชากรและการพัฒนา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจากคณาจารย์และผู้เกี่ยวข้องหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร.นวรรตน์ สุวรรณผ่อง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ บุญสุยา และรองศาสตราจารย์ ดร.นพพร โหวธีรกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาใช้เวลาอันมีค่า ให้คำแนะนำปรึกษา และให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิจัยตลอดมา รวมถึงคณาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาเอกการบริหารโรงพยาบาลทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้ความเมตตาเอาใจใส่ เจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขทุกท่าน ที่คอยอำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรุณยุพา รอยกุลเจริญ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ที่ได้กรุณารับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะในการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิจัย ขอกราบขอบพระคุณจวงจันทร์ สุทธิศิริ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และพยาบาล ทุก ๆ ท่าน ในการอำนวยความสะดวก และคอยช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการทดสอบเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณอุษา ราชปรีชา คุณสุกานดา นิมทองคำ คุณวราภรณ์ ปานแสน คุณเกศรา อัญชันบุตร คุณศิริวรรณ เกื้อวิริยพันธ์ คุณกษกร เจริญด้วง และเจ้าหน้าที่คึกกมล-เพชรรัตน์ ชั้น 3 ทุก ๆ ท่าน ที่คอยให้คำแนะนำปรึกษา ให้การช่วยเหลืออย่างดียิ่ง และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ และหลาน ที่คอยเป็นกำลังใจและคอยสนับสนุนระหว่างที่ศึกษา สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกลุ่มประชากร ณ โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ที่ได้กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา จนสามารถให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งพระคุณของทุกท่านจะระลึกไว้ในความทรงจำของผู้วิจัยตลอดไป

วิไลวรรณ แสงเนียม

สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

SELF-EFFICACY, TEAMWORK, LEADERSHIP BEHAVIORS AND CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT OF
PROFESSIONAL NURSES OF ONE TERTIARY-CARE HOSPITAL IN BANGKOK

วิไลวรรณ แสงเนียม 5136371 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นวรัตน์ สุวรรณผ่อง พบ.ค. (ประชากรและการพัฒนา), จวิวรรณ บุญสุยา MSPH
(BIOSTATISTICS), นพพร โหวธีระกุล Ph.D.(MEDICINE AND HEALTH SCIENCES)

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลมีบทบาทในการจัดการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ และต้องเป็นการให้บริการที่มีคุณภาพ จึง
ต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาล
วิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ประเมินสมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำของ
พยาบาลวิชาชีพ และหาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ กับ
การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ ประชากรที่ศึกษา คือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งใน
กรุงเทพมหานคร ขนาด 1,450 เตียง จำนวน 1,124 คน โดยใช้แบบสอบถามให้พยาบาลวิชาชีพประเมินตนเอง เก็บข้อมูลใน
ระหว่างวันที่ 21 ธันวาคม 2553 ถึง วันที่ 10 มกราคม 2554 แบบสอบถามได้รับตอบกลับจำนวน 921 ชุด คิดเป็นร้อยละ 81.9
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 98.7 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 48.9 ส่วนใหญ่
จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.7 ประมาณ 1 ใน 3 มีสถานะภาพโสด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 10-19 ปี
ร้อยละ 43.2 มากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ขึ้นไป ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 79.0 บทบาทงาน
ด้านพัฒนาคุณภาพที่ได้รับมอบหมายมากที่สุดคือ 55 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ
42.1 ด้านที่ต้องปรับปรุงมากที่สุดคือ ด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพร้อยละ 52.8 สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม
พฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3, 60.1 และ 47.1 ตามลำดับ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน
ระดับการศึกษา ระดับของพยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนา
คุณภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรสำคัญได้แก่
พฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน ด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล และการศึกษาระดับปริญญา
ตรี สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ร้อยละ 42.5 ดังนั้น ฝ่ายการพยาบาล ควรจัดให้มี
การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีม ในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การวิเคราะห์สถานการณ์ในองค์กร
เพื่อจัดการความขัดแย้ง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น
เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สมรรถนะในตน / การทำงานเป็นทีม / พฤติกรรมผู้นำ / การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

SELF-EFFICACY, TEAMWORK, LEADERSHIP BEHAVIORS AND CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT OF PROFESSIONAL NURSES OF ONE TERTIARY-CARE HOSPITAL IN BANGKOK**WILAIWAN SAENGNIAM 5136371 PHPH/M****M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HOSPITAL ADMINISTRATION****THESIS ADVISORY COMMITTEE: NAWARAT SUWANNAPONG, Ph.D. (POPULATION AND DEVELOPMENT), CHAWEEWON BOONSHUYAR, M.S.P.H.(BIOSTATISTICS), NOPPORN HOWTEERAKUL, Ph.D.(MEDICINE AND HEALTH SCIENCES)****ABSTRACT**

The role of a hospital is to provide quality health care service to customers. Therefore, the hospital must have a continuous quality improvement process to respond to the policy of the organization. This cross-sectional research aimed to assess the level of self-efficacy, teamwork, leadership behaviors, and continuous quality improvement (CQI) of professional nurses of one tertiary care hospital in Bangkok and to explore relationships among general characteristics, self-efficacy, teamwork, leadership behaviors, and continuous quality improvement. The study population was 1,124 professional nurses currently working in one 1,450 bed tertiary care hospital in Bangkok. Data were collected from 21 December 2010 to 10 January 2011 by questionnaire. The response rate was 81.9%. The data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results indicated that the professional nurses were female 98.7%, and their ages ranged from 30 to 39 years (48.9%). The majority (80.7%) of professional nurses had completed a bachelor's degree in nursing, had single status (69.0%), and their work experience ranged from 10 to 19 years (43.2%). Most of them (72.5%) were professional nurses at level 6, worked at the in-patient department (79.0%), and the majority of those responsible for CQI was 5S. The overall CQI was at a moderate level (42.1%). The overall self efficacy, teamwork, and leadership behaviors were at moderate levels of 67.3%, 60.1%, and 47.1%, respectively. Age, work experience, educational level, professional nurse's level, self efficacy, teamwork, and leadership behaviors were related to the CQI ($p < .001$). The significant variables which could explain CQI of professional nurses were leadership behaviors, teamwork, and nursing education of bachelor's degree (R^2 adj. 42.5%). The nursing department should provide training on leadership and teamwork skill development such as group dynamics/relationship and situation analysis of the organization on conflict management at least once a year continually. The administrator should also support professional nurses for higher education to promote their CQI performance.

KEY WORDS: SELF-EFFICACY / TEAMWORK / LEADERSHIP BEHAVIORS / CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT

135 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญแผนภูมิ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.3 สมมติฐานการวิจัย.....	5
1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	6
1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 แนวคิด ทฤษฎี และความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.....	10
2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ...	24
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
บทที่ 3 วัตถุและวิธีวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	51
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
3.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	52
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
3.5 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	54
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.8 สถิติที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	56
3.9 การดำเนินการด้านจริยธรรม.....	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร.....	59
4.2 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติย ภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.....	61
4.3 สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมผู้นำ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.....	65
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็น ทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.....	71
4.5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.....	73
4.6 ปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.....	75
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	78
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	86
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	89
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	101
รายการอ้างอิง.....	114
ภาคผนวก.....	122
ประวัติผู้วิจัย.....	135

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 คะแนนที่เป็นไปได้ในการแบ่งกลุ่มจำแนกตามตัวแปร.....	55
4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917คน จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	59
4.2 ร้อยละของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยรวมและรายด้าน ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน.....	61
4.3 ร้อยละของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกรายข้อ.....	62
4.4 ร้อยละของสมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน.....	65
4.5 ร้อยละ สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกตามรายข้อ...	66
4.6 ร้อยละการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกตามรายข้อ..	68
4.7 ร้อยละพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกตามรายข้อ.....	70
4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ของพยาบาลวิชาชีพ.....	7.1
4.9 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน.....	72
4.10 วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาล วิชาชีพ จำนวน 917 คน.....	75
4.11 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 458 คน.....	76

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.....	9
2.1 วงล้อ PDCA ของ ชิวฮาร์ท.....	12
2.2 วงล้อ PDCA ของ เดมมิง.....	14
2.3 ปฏิสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทั้ง 3 องค์ประกอบ.....	25
2.4 ความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในตนกับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น.....	26
2.5 ลักษณะพฤติกรรมผู้นำ 4 แบบ.....	43
2.6 ตาข่ายภาวะผู้นำ (The leadership Managerial grid)	44

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ท่ามกลางการแข่งขันของโลกยุคเสรี ที่นับวันยิ่งทวีความรุนแรงทั่วโลกมีความตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ และดิ้นรนแสวงหาหนทางเพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ หรืออย่างน้อยที่สุด เพื่อสร้างความพอใจสูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งเปรียบเสมือนผู้ชี้ชะตาว่า องค์กรเหล่านั้นสมควรอยู่รอดต่อไปอีกหรือไม่ (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2550) การบริหารงานคุณภาพมีรากฐานความคิดมาจากสหรัฐอเมริกา โดยมีระบบการควบคุมคุณภาพที่ยึดหลักทางวิทยาศาสตร์ ทางวิศวกรรม และทางสถิติ (ธงชัย วงศ์ชัยสุวรรณ, 2540) โดยได้มีการเผยแพร่และพัฒนาวิธีทางสถิติและควบคุมคุณภาพจนถึงภูมิภาคเอเชีย ญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกที่ประสบความสำเร็จในการบริหารงานด้านคุณภาพ ปัจจุบันทั่วโลกมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในวิถีการดำเนินชีวิต สถานะสุขภาพ พฤติกรรมอนามัย และรูปแบบความต้องการบริการด้านสุขภาพ (กฤษณ์ อุทัยรัตน์, 2543) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้ใช้บริการทางด้านสุขภาพ และความสามารถในการตอบสนองความคาดหวังของผู้ให้บริการสิ่งสำคัญที่จะลดช่องว่างดังกล่าวได้ คือ “คุณภาพ”

คุณภาพมีความหมายแตกต่างกันไปตามความรู้สึก หรือตามแต่ความต้องการของผู้รับบริการ แต่โดยทั่วไป คุณภาพเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างถูกต้อง ตั้งแต่เริ่มแรก (Do Right Things Right from the First Time) (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541) คุณภาพต้องครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน คือ ต้องเป็นสิ่งที่ดีที่สุด (transcendent) คำนึงถึงผลผลิต (product-based) คำนึงถึงผู้ใช้บริการ (user-based) คำนึงถึงการผลิต (manufacturing-based) และคำนึงถึงคุณค่างาน (value-based) (Garvin, 1984) การพัฒนาคุณภาพภายใต้นิยามของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) เป็นความพยายามที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และปัญหาเรื้อรัง ซึ่งการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น มุ่งเน้นการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกระบวนการที่ถูกต้อง สำหรับการแก้ไขปัญหาเรื้อรัง จะมุ่งพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป (Gryna, 2001) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ต้องกำหนดกิจกรรมที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในช่วงเวลาต่าง ๆ หรือต้องมีการพัฒนาการปฏิบัติงาน 4 แบบ คือ พยายามจำกัดขอบเขตในการพัฒนา (localized

improvement efforts) มีการเรียนรู้ในองค์กร (organization learning) การปรับปรุงระบบงานใหม่ (process reengineering) และมีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และการจัดการ (evidence – based medicine and management) ซึ่ง CQI เกิดจาก 2 สิ่ง คือ ประสิทธิภาพในการจัดการและวิธีในการจัดการ จุดเด่นคือต้องรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการซึ่งถือว่าเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้เกิดคุณภาพ (McLaughlin and Kaluzny, 2006) การพัฒนาที่ต่อเนื่อง และยั่งยืน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการดีขึ้น มีความเสี่ยงในการสูญเสียหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพลดลง

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินงานมีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ส่วนที่ 9 เรื่อง สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ มาตรา 51 กล่าวว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2551) แต่จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมที่รวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหาด้านการให้บริการสุขภาพ ซึ่งจากสถิติเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ในปี พ.ศ.2539-2551 พบว่า มีมากกว่า 300 เรื่อง โดยถูกฟ้องร้องตกเป็นจำเลย 98 คดี เป็นคดีแพ่ง 86 คดี คดีอาญา 12 คดี สาเหตุที่ฟ้องร้องมากที่สุด ได้แก่ การรักษาผิดพลาด (incorrect therapy) การดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน (mal-practice) การวินิจฉัยผิดพลาด (incorrect diagnosis) เป็นต้น และแนวโน้มในการฟ้องร้องจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ หากยังไม่มีแผนการดำเนินการแก้ไข (ไพจิตร วราจิต, 2552)

จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Incidence of adverse events: AEs) ในแต่ละประเทศพบว่า ประเทศเดนมาร์ก ในปี ค.ศ.1998 พบ 9.0% ประเทศออสเตรเลีย ปี ค.ศ.1992 พบ 16.6% ประเทศอังกฤษ ปีค.ศ.1999-2000 พบ 11.7% ประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ. 2004 พบ 7.5% และประเทศไทยในปี ค.ศ.2003 พบ 9.1% ซึ่งชนิดของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เกิดจากการผ่าตัด (Operative) การให้ยา (Drug) กระบวนการทางการแพทย์ (Medical procedure) การวินิจฉัยโรคที่ล่าช้าหรือผิดพลาด (Incorrect or delayed diagnosis) การให้การรักษาที่ล่าช้าหรือผิดพลาด (Incorrect or delayed therapy) การพลัดตกหกล้ม (Fall) เป็นต้น ประมาณ 70% เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากมนุษย์ ทั้งในเรื่องของ เทคนิคการปฏิบัติงาน การตัดสินใจหรือการปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยปราศจากข้อมูลที่เพียงพอ การบกพร่องในการดูแลและการเฝ้าระวัง (จิรัตน์ ศรีรัตนบัลล์, 2552) และจากการศึกษาของ สรรพวัช อัสวเรืองชัย จิรัตน์ ศรีรัตนบัลล์ นริน หิรันสุทธิกุล และ อนุวัฒน์ สุขชุติกุล (Asavaroengchai, Sriratanaban, Hiransuthikul, and Supachutikul, 2009) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศไทย โดยใช้เครื่องมือที่ส่งสัญญาณสะท้อนการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

กับผู้ป่วย (global trigger tool) ในปี ค.ศ.2008 โดยทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 236 เหตุการณ์ เฉลี่ย 41.0 ครั้งต่อผู้ป่วยใน 100 คน โดยพบว่า 53% ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายอย่างถาวร (temporary harm) และ 51.7% เป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ (preventable) ชนิดของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น มี 31.8% เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย 20.3% เกิดจากการผ่าตัด และ 17.8% เกิดจากการให้ยา การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด เป็นต้น ดังนั้นคุณภาพบริการจึงเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาล ต้องทำการพัฒนา ปรับปรุงอย่างค่อยเป็นค่อยไป และอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดเวลา ซึ่งเป็นหลักการตามการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ขนาด 1,450 เตียง มีบุคลากรสังกัดกองโรงพยาบาล จำนวน 4,932 คน ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1,400 คน แพทย์ จำนวน 500 คน โรงพยาบาลได้มีแผนยุทธศาสตร์ในการสร้างความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ แผนงานสร้างความเป็นเลิศทางคลินิก (Clinical excellence) แผนงานสร้างความเป็นเลิศด้านบริการดูแลผู้ป่วย (Care excellence) แผนงานสร้างความเป็นเลิศของการจัดการองค์กร (Organization excellence) และแผนงานสร้างความเป็นเลิศของบุคลากร (Staff excellence) ซึ่งโรงพยาบาลได้เริ่มดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพ ในรูปแบบวงจรการควบคุมคุณภาพ (Quality Control Circle: QCC) ตั้งแต่ปี 2530 ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพมาเป็นลำดับ มีการนำแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ มาใช้ จนผ่านการรับรองคุณภาพ ISO 9002 เมื่อเดือนกันยายน ปี พ.ศ.2542 ผ่านการรับรองคุณภาพโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตั้งแต่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2545 ผ่านการ Re-accreditation survey ครั้งที่ 2 เมื่อ พ.ศ.2550 ผ่านการรับรองคุณภาพจากสภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และปัจจุบันโรงพยาบาลมีจุดมุ่งหมายที่พัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) โดยเน้นที่บุคลากรมีความมุ่งมั่นและความสัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับแผนงานสร้างความเป็นเลิศของบุคลากร และแผนงานสร้างความเป็นเลิศด้านบริการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่น มีบทบาทหน้าที่ให้บริการ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิดที่สุด การบริการที่ผู้ป่วยจึงต้องมีมาตรฐาน มีคุณภาพ ทั้งในเรื่อง การประกันคุณภาพ (Quality assurance: QA) การบริหารความเสี่ยง (Risk management: RM) กิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน (Performance improvement: PI) การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control: IC) และ 5 ศ. ดังนั้นพยาบาลจึงถือได้ว่าเป็นกำลังสำคัญ ในการทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพทุกรูปแบบ แต่จากการทำการเชื่อมสำรวจภายในองค์กร (Internal survey) ของผู้บริหารพบว่า

ภายหลังการเยี่ยมชมบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลมีความเหนื่อยล้า แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องลดลง ซึ่งจากการศึกษาของสมสมัย สุธีรสานต์ และยุพิน อังสุโรจน์ (Sutherasan and Aungsuroch, 2008) พบว่า ยิ่งระยะเวลาในการจัดการคุณภาพยิ่งลดลง มีหลายปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ฌฐพร พลเสน (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อายุ และตำแหน่งการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ นอกจากนี้ เยห์ (Yeh, 2003) ได้ศึกษาการปฏิบัติตามระบบการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยมุ่งเน้นที่ผู้ปฏิบัติงาน พบว่า สมรรถนะในตนของผู้ปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยทำนาย และมีอิทธิพลกับพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานในการนำนโยบายของระบบ TQM ไปปฏิบัติให้เกิดความยั่งยืนนั้น ซึ่งสอดคล้องกับ เบนดูรา (Bandura, 1997) นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ที่กล่าวว่า สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออก ขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะของตนในสภาพการณ์นั้น ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะ เขาจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานในที่สุด นอกจากสมรรถนะในตนแล้ว จากการศึกษาของ กมลเนตร ชิมแก้ว (Chiemkaew, 2006) ศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า การทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสำเร็จในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปฏิบัติ

การทำงานพัฒนาคุณภาพจะดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานต่าง ๆ เพราะเป็นความสามารถของบุคคลที่เป็นผู้นำหรือหัวหน้า ที่จะมีการกระตุ้น จูงใจหรือใช้อิทธิพลต่อผู้ร่วมงานในทีม ให้ปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ผู้นำมีความสำคัญที่สุดต่อความล้มเหลว หรือความสำเร็จขององค์การ (เนตร์พัฒนา ยาวีเศษ, 2550) จากการศึกษาของปริญญชาติ เปรมาสวัสดิ์ (Premasawad, 2006) ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพ พบว่า พฤติกรรมผู้นำมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมและรายด้าน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่อง สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้บริหาร คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ และบุคลากรในโรงพยาบาล ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. วัดระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
2. อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
3. วัดระดับสมรรถนะในตน ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
4. ประเมินการทำงานเป็นทีม ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
5. ประเมินพฤติกรรมผู้นำ ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะในตนดี จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี
3. พยาบาลวิชาชีพที่มีการทำงานเป็นทีมดี จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี
4. พยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมผู้นำที่ดี จะทำให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี

1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1.4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- สถานภาพสมรส
- ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
- ระดับของพยาบาลวิชาชีพ
- แผนกที่ปฏิบัติงาน

1.4.2 สมรรถนะในตน

- ความยากง่ายของกิจกรรม
- ความเข้มแข็ง
- ความเป็นสากล

1.4.3 การทำงานเป็นทีม

- การสื่อสารภายในทีม
- วัตถุประสงค์ของทีมงาน
- การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล
- ลักษณะขององค์กร
- การควบคุมงาน
- การสนับสนุน
- บทบาทของสมาชิกในทีม
- การตัดสินใจ
- ผลลัพธ์ของงาน

1.4.4 พฤติกรรมผู้นำ

ตัวแปรตาม คือ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

1.5 นิยามศัพท์ปฏิบัติการ การวิจัยครั้งนี้กำหนดนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาดั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป สาขาทางการพยาบาลได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่สภาการพยาบาลรับรอง มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน ติดต่อกันตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป โดยไม่รวมผู้ที่ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าหรือผู้บริหาร

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่มาตรฐานโรงพยาบาลกำหนดไว้ มีระบบตรวจสอบเพื่อปรับปรุงพัฒนางานด้วยการประสานกิจกรรม การบริหารความเสี่ยง การควบคุมการติดเชื้อ การประกันคุณภาพ กิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ กิจกรรม 5 ส และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีความสม่ำเสมอ และมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ทุกกิจกรรมโดยครอบคลุม 3 องค์ประกอบ คือ ด้านปรัชญา ด้านโครงสร้าง และด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ด้านปรัชญา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ที่มีความสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ วิสัยทัศน์ หรือค่านิยมหลักขององค์กร โดยคำนึงถึงผู้รับบริการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการใช้ความรู้เชิงประจักษ์ในการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานด้านคุณภาพ
2. ด้านโครงสร้าง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพภายใต้การมอบหมายงานของผู้บริหาร มีการจัดตั้งทีมงานผู้รับผิดชอบ และเทียบเคียงผลการปฏิบัติงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น เพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดียิ่งขึ้น
3. ด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ หมายถึง มีการวิเคราะห์ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

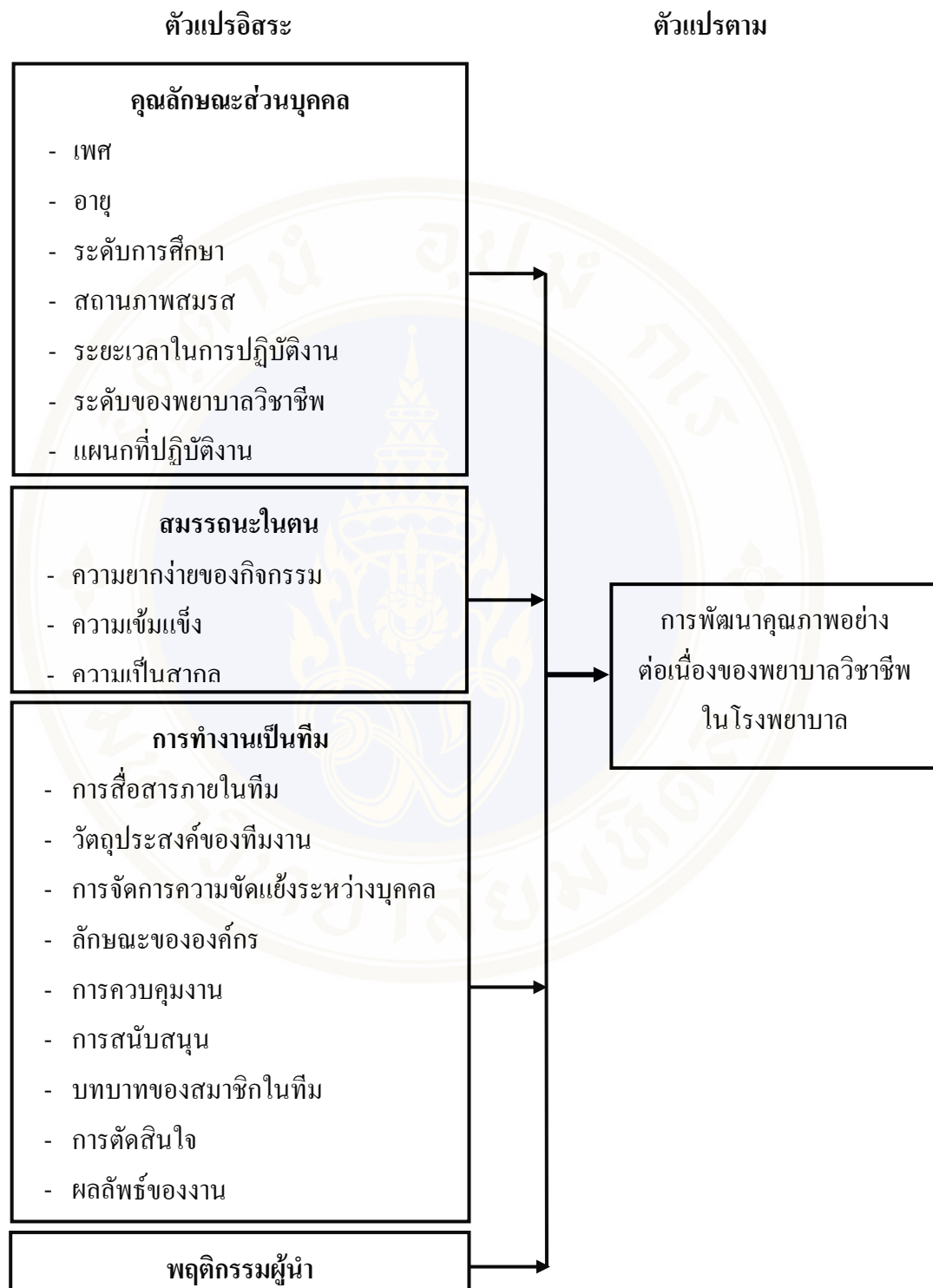
สมรรถนะในตน หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่อความสามารถที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง แล้วเกิดเป็นพฤติกรรมการแสดงออกอย่างใดอย่างหนึ่ง ตามการรับรู้ของแต่ละคน ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นความเชื่อมั่น ได้ 3 มิติ สรุปได้ดังนี้

1. ความง่ายของกิจกรรม หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการกระทำกิจกรรมที่ง่าย ยากปานกลาง และยาก สามารถรับรู้ระดับความสามารถในตน ความมั่นใจ ความพยายาม ความไม่กลัวต่อภาวะคุกคาม ความสามารถในการควบคุมตนเองให้ทำงานภายใต้ความกดดัน การสร้างทักษะที่ตนเองบกพร่อง และเรียนรู้กิจกรรมต่าง ๆ ที่สนับสนุนให้ตนเองสามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จได้
2. ความเข้มแข็ง หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพว่าตนเองมีความเชื่ออย่างมั่นคงว่า มีความสามารถที่จะปฏิบัติงานที่ยาก และสามารถฟันฝ่าอุปสรรคไปได้ โดยไม่มีความยากลำบาก มีความอดทนสูง มีความมั่นใจในการทำกิจกรรม ยิ่งมีความเข้มแข็งมากก็就会有ความพยายามเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ยากมากขึ้น เพื่อให้งานของตนบรรลุผลสำเร็จ
3. ความเป็นสากล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมได้หลากหลาย มีความสามารถในการแสดงออกด้านความรู้สึก พฤติกรรม ความรู้ ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป มีลักษณะที่เป็นจุดเด่นในตนเอง และดำเนินชีวิตตามความเชื่อในเอกลักษณ์ของตน

การทำงานเป็นทีม หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ที่มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ที่รับผิดชอบร่วมกันเป็นกลุ่ม มีการพึ่งพาช่วยเหลือ สนับสนุนกัน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กรและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยพิจารณาจาก การสื่อสารภายในทีม วัตถุประสงค์ของทีมงาน การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล ลักษณะขององค์กร การควบคุมงาน การสนับสนุน บทบาทของสมาชิกในทีม การตัดสินใจ และผลลัพธ์ของงาน

พฤติกรรมผู้นำ หมายถึง วิธีการ หรือพฤติกรรมความเป็นผู้นำของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ที่แสดงออกให้เห็นว่ามีอิทธิพลในการจูงใจ กระตุ้นชี้นำต่อผู้ร่วมงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ดำเนินงานด้วยความเต็มใจ หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายของงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยประเมินจาก ความเสียสละ ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ความกล้าแสดงออก ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความรับผิดชอบ ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน และความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สมรรถนะในคน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- 2.1 แนวคิด ทฤษฎี และความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะในคน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิด ทฤษฎี และความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2.1.1 นิยามของคุณภาพ

คำว่า “คุณภาพ” (Quality) เป็นคำสำคัญที่องค์กรของรัฐ องค์กรกลาง และองค์กรธุรกิจ จะต้องคำนึงถึงในการปฏิบัติงานของตนเอง และให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นกับพื้นฐานของบุคคลและสถานการณ์ ส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่ประเด็นคุณภาพของสินค้า (ทศนีย์ ไพฑูรย์พงษ์, 2548) ซึ่งความหมายของคุณภาพ มีดังนี้

การ์วิน (Garvin, 1984) ให้ความหมายคุณภาพว่า เป็นสิ่งที่ต้องมีความครอบคลุม 5 ด้าน คือ ต้องเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ต้องคำนึงถึงผลผลิต คำนึงถึงผู้ใช้บริการ คำนึงถึงการผลิต และคำนึงถึงคุณค่าเป็นสำคัญ

ครอสบี (Crosby, 1984) กล่าวว่า คุณภาพ คือ สิ่งตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ

เดมมิง (Deming, 1986) กล่าวว่า คุณภาพ คือ การดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน หรือข้อกำหนดที่ต้องการ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ สร้างความพอใจให้กับผู้ใช้บริการ และมีต้นทุนการดำเนินงานที่ต่ำที่สุด

ไฟเกนบาม (Feigenbaum, 1992) ให้ความหมายคุณภาพว่า คุณภาพเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ให้บริการ และคุณภาพวัดได้จากความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้ให้บริการ และเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กร ถ้ามีการประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม

จูรานและกรีน่า (Juran and Gryna, 1993) ให้ความหมายคุณภาพ คือ การที่ผู้ให้บริการได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการใช้ประโยชน์จากสินค้าและบริการนั้น ๆ ซึ่งเรียกว่า เหมาะสมต่อการใช้ (Fitness to use) ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับการ

วิลบอร์นและเซง (Willborn and Cheng, 1994) กล่าวว่า คุณภาพ คือ ลักษณะทั้งหมดของสิ่งที่มีอยู่ ที่ทำให้เมื่อผู้ให้บริการได้รับแล้ว ทำให้เกิดความพึงพอใจ

กรีน่า (Gryna, 2001) กล่าวว่า คุณภาพ คือ การคำนึงถึงความพึงพอใจและความซื่อสัตย์ต่อผู้ให้บริการ ตอบสนองตามความต้องการของผู้ให้บริการ ทำให้ผู้ให้บริการได้รับ 2 ประการ คือ ลักษณะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ดี และมีอิสระจากความไม่สมบูรณ์ของผลิตภัณฑ์หรือบริการ

ไมทรา (Mitra, 2008) ให้ความหมายคุณภาพ คือ สินค้าหรือบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการที่ตรงหรือเกินความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

วีรพงษ์ เณิมจิระรัตน์ (2541) ให้ความหมายคุณภาพ คือ คุณสมบัติโดยรวมด้าน ประโยชน์ใช้สอย และลักษณะจำเพาะของผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่แสดงออกถึงความสามารถ ที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการที่ระบุอย่างชัดเจน และที่อนุมานจากสภาพการณ์ และความเป็นจริงโดยทั่วไป

วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2550) กล่าวว่า คุณภาพมีความหมายต่างกันไปตามความรู้สึก หรือตามความต้องการของผู้ใช้บริการและลูกค้า ซึ่งวัดกันด้วย ความพึงพอใจ หรือความประทับใจ ของผู้ให้บริการเป็นสำคัญ โดยทั่วไปมีลักษณะดังนี้

1. สินค้าหรือบริการที่ปราศจากการชำรุดหรือข้อบกพร่อง
2. สินค้าหรือบริการที่เป็นไปตามข้อกำหนด/มาตรฐาน
3. สินค้าหรือบริการที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการ
4. สินค้าหรือบริการที่สร้างความพึงพอใจ/ประทับใจให้แก่ผู้ให้บริการ
5. สินค้าหรือบริการที่เป็นเลิศในทุกด้าน

สิริรักษ์ ภูริยะพันธ์ (2550) กล่าวว่า คุณภาพ คือ การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ แต่ในระบบบริการสุขภาพต้องมีหลักวิชาการ และมาตรฐานวิชาชีพเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่าคุณภาพ คือ การให้บริการที่มีมาตรฐาน มุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อให้ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจเป็นสำคัญ

2.1.2 แนวคิดของผู้เชี่ยวชาญในด้านคุณภาพ (Quality guru)

1. แนวคิดของชีวฮาร์ท (Shewhart, 1986) ผู้ริเริ่มใช้วิธีการทางสถิติในการควบคุมคุณภาพ ที่เรียกว่า การควบคุมคุณภาพเชิงสถิติ (Statistical quality control: SQC) โดยใช้แผนภูมิการควบคุม (Control chart) และการสุ่มตัวอย่าง (Sampling) เพื่อการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ ทำให้เกิดภาพของการทำงานแบบ Plan Do Check Act: PDCA ชีวฮาร์ทให้ความสำคัญกับแนวคิดที่ว่า ราคาเพียงอย่างเดียวจะไม่ทำให้เกิดตัวชี้วัดของคุณค่างาน การมุ่งเน้นที่ราคาโดยปราศจากความเข้าใจในเรื่องคุณภาพเป็นสิ่งที่ไม่มีค่า จึงทำให้เกิดแนวความคิดการควบคุมคุณภาพเชิงสถิติ หรือบางครั้งเรียกว่า การควบคุมกระบวนการเชิงสถิติ (Statistical process control) การควบคุมกระบวนการคือพื้นฐานในการทำทุกกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ ถ้าพบว่ากระบวนการเกิดหุ้ยจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งต้องมีการเปิดเผย วิเคราะห์ และกำจัดสาเหตุที่นั้นออกจากกระบวนการ วงล้อ PDCA ของชีวฮาร์ท ดังแสดงตามแผนภาพที่ 2.1



แผนภาพที่ 2.1 วงล้อ PDCA ของ ชีวฮาร์ท

ที่มา: Shewhart, W. A. (1986). *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control*. Dover, Mineola, New York.

2. แนวคิดของเดมมิง (Deming, 1986) กล่าวว่าปัญหาที่เกิดขึ้น มากกว่า 85% สามารถแก้ไขได้โดยใช้การบริหารจัดการเพียงอย่างเดียว ต้องมีการเปลี่ยนแปลงระบบการปฏิบัติงานและเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ไม่มียุทธศาสตร์ต่อผู้ปฏิบัติงาน วิธีทางสถิติเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพได้ จำเป็นต้องอาศัยปรัชญาการจัดการ 14 ประการ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยปรัชญา 14 ประการ ที่เรียกว่า Deming's 14 point ประกอบด้วย

2.1 จงมุ่งมั่นสร้างเป้าหมายและจุดประสงค์ขององค์กรในการปรับปรุงคุณภาพ

2.2 เรียนรู้และนำปรัชญาในการทำงานใหม่ ๆ เข้ามาใช้

2.3 เข้าใจเหตุผลของการตรวจสอบ เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการและลดต้นทุนการผลิตเป็นสำคัญ มิใช่เพื่อการจับผิด

2.4 เลิกการตัดสินใจโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว ให้ใช้คุณภาพและเป้าหมายเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

2.5 ปรับปรุงระบบการผลิตและการให้บริการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดเวลา

2.6 ทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการทางสถิติในลักษณะการลงมือปฏิบัติจริงในการทำงาน ตลอดจนการใช้เครื่องมือแห่งคุณภาพประเภทต่าง ๆ

2.7 สอนและสร้างภาวะผู้นำในองค์กร

2.8 ขจัดความกลัวของผู้ปฏิบัติงานออกไป สร้างความเชื่อมั่นสร้างบรรยากาศให้เกิดความริเริ่มสร้างสรรค์

2.9 ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เพื่อบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์สูงสุดขององค์กร

2.10 ขจัดคำขวัญ และเป้าหมายในการทำงาน (ที่เกินจำเป็น)

2.11 ขจัดจำนวนโศกนาฏกรรมผลิตที่เป็นตัวเลข เพราะจะทำให้เกิดความสนใจที่ปริมาณมากกว่าคุณภาพ

2.12 กำจัดสิ่งที่กีดขวางความภาคภูมิใจของผู้ปฏิบัติงาน

2.13 สนับสนุนให้ทุกคนได้รับการศึกษาและปรับปรุงตนเอง

2.14 ลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

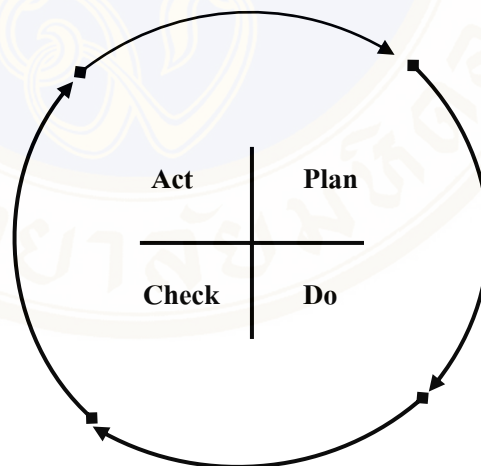
นอกจากนี้ เดมมิงยังกล่าวถึงวงจรคุณภาพ 4 ประการ หรือ PDCA cycle ที่ต้องนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพทุกขั้นตอน ดังนี้

P (Plan) คือ การวางแผน หมายถึง ขั้นตอนการวางแผนสิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนา มีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เลือกปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผนแก้ปัญหา

D (Do) คือ การปฏิบัติ หมายถึง ขั้นตอนการแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผนงานที่กำหนดไว้

C (Check) คือ การตรวจสอบ หมายถึง ขั้นตอนการเปรียบเทียบผลการแก้ปัญหา โดยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติ ได้เรียนรู้อะไรบ้าง ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร ตรงตามเป้าหมายหรือไม่

A (Action) คือ การแก้ไข หมายถึง ขั้นตอนการนำวิธีแก้ปัญหาที่ได้ มากำหนดเป็นมาตรฐานเพื่อยึดถือปฏิบัติต่อไป หากได้ผลลัพธ์ที่เป็นที่พึงพอใจ แต่ถ้าผลลัพธ์ที่ได้ตรงกันข้ามต้องมีการย้อนไปวิเคราะห์ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนใหม่อีกครั้ง วงล้อ PDCA ของเดมมิง เป็นดังนี้



แผนภาพที่ 2.2 วงล้อ PDCA ของ เดมมิง

ที่มา: Deming, W.E. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.

องค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพให้ก้าวหน้า เรียกว่า ระบบที่ต้องใช้การเรียนรู้ที่ลึกซึ้ง (System of profound knowledge) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ

พื้นฐาน คือ 1) ระบบความรู้และทฤษฎีของการทำให้เกิดผลดีที่สุด (Knowledge of the system and the theory of optimization) 2) ทฤษฎีความผันแปรของความรู้ (Knowledge of the theory of variation) 3) การได้รู้เกี่ยวกับทฤษฎีความรู้ (Exposure to the theory of knowledge) และ 4) ความรู้ด้านจิตวิทยา (Knowledge of psychology) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ (Mitra, 2008)

1. ระบบความรู้และทฤษฎีของการทำให้เกิดผลดีที่สุด (Knowledge of the system and the theory of optimization) ในการจัดการจำเป็นต้องทำความเข้าใจในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีที่สุด ต้องเข้าใจวัตถุประสงค์ของระบบการทำงานทั้งหมด ไม่จำเป็นต้องมุ่งเน้นในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีของแต่ละคนในระบบย่อย เพราะในความเป็นจริงความสำเร็จในระบบย่อยต่าง ๆ จะแสดงให้เห็นเป็นภาพรวมของผลลัพธ์ที่ดีทั้งระบบ ซึ่งระบบทั้งหมด ประกอบด้วย ผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้สนับสนุนต่าง ๆ หุ้นส่วน ชุมชน และสิ่งแวดล้อม วัตถุประสงค์ระยะยาว คือต้องการให้ประสบความสำเร็จและได้ผลลัพธ์ที่ดีในทุกองค์ประกอบที่กล่าวมา

2. ทฤษฎีความผันแปรของความรู้ (Knowledge of the theory of variation) ความผันแปรที่มีผลต่อการยับยั้งกระบวนการทำงาน สาเหตุที่ทำให้เกิดมี 2 ประเภท คือ

2.1 สาเหตุเฉพาะ (Special causes) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายนอก ระบบ ที่มีผลต่อภาระหน้าที่ของบุคคลที่ปฏิบัติงาน

2.2 สาเหตุทั่วไป (Common cause) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากฝีมือการออกแบบ และโครงสร้างของระบบ ซึ่งหน้าที่ของผู้บริหารจัดการคือ ต้องลดหรือกำจัดสาเหตุด้านนี้

3. การได้รู้เกี่ยวกับทฤษฎีความรู้ (Exposure to the theory of knowledge) ความรู้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะสามารถทำให้เกิดการคาดการณ์ได้ ดังนั้นการคาดการณ์ต้องมีความเข้าใจทางทฤษฎี ซึ่งทฤษฎีจะมีทั้งสนับสนุนและใช้คัดค้าน ดังนั้นต้องพิจารณาที่ผลลัพธ์เปรียบเทียบกับคุณค่าที่ได้คาดการณ์ไว้ ซึ่งประสบการณ์และการรู้ที่ได้จากสัญชาตญาณไม่ได้ก่อให้เกิดคุณค่าในการจัดการ

4. ความรู้ด้านจิตวิทยา (Knowledge of psychology) ผู้ที่มีการจัดการที่ดีต้องมีความรู้ด้านจิตวิทยา เพราะจะช่วยให้เข้าใจในพฤติกรรม กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของบุคคล และปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในที่ปฏิบัติงาน ต้องมีการเรียนรู้ว่าอะไรเป็นแรงจูงใจของบุคคล บุคคลแต่ละคนมีแรงจูงใจมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งความพึงพอใจในงาน และแรงจูงใจเป็นปัจจัยภายใน รางวัลและการได้รับการยอมรับเป็นปัจจัยภายนอก การบริหารจัดการจำเป็นต้องสร้างปัจจัยที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อจูงใจผู้ปฏิบัติงาน

3. แนวคิดของจูรานและ กรีน่า (Juran and Gryna, 1993) เน้นถึงการจัดการด้านคุณภาพ คือ การมุ่งเน้นจำแนกกระบวนการ และกิจกรรมการบริหารจัดการที่จำเป็นต่อวัตถุประสงค์ด้านคุณภาพขององค์กร กระบวนการหลักด้านคุณภาพ มี 3 กระบวนการ คือ

3.1 การวางแผนคุณภาพ (Quality planning) จัดทำข้อกำหนดเป้าหมายคุณภาพ จำแนกประเภทผู้ใช้บริการ เปิดเผยความต้องการของผู้ใช้บริการ พัฒนาสินค้าและบริการ พัฒนากระบวนการ สร้างข้อกำหนดในการควบคุมกระบวนการ ส่งต่อการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

3.2 การควบคุมคุณภาพ (Quality control) ให้ถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด โดยเลือกประเด็นที่จะควบคุม เลือกพื้นที่ที่จะทำการวัด ตั้งเป้าหมาย วัดผลการปฏิบัติงานตามความเป็นจริง บูรณาการข้อมูล และจัดการกับความแตกต่างที่เกิดขึ้น

3.3 การปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement) จำแนกโครงการรวบรวมกลุ่มโครงการ วินิจฉัยสาเหตุ ควบคุมผลลัพธ์ที่ได้รับ

4. แนวคิดของการ์วิน (Garvin, 1984) เป็นผู้พัฒนาทำให้เกิด แปดมิติแห่งคุณภาพ (Eight Dimensions of Quality) ได้แก่ 1) การปฏิบัติงาน (Performance) 2) รูปลักษณ์ (Features) 3) ความเชื่อถือได้ (Reliability) 4) ความสอดคล้องกับข้อกำหนด (Conformance) 5) ความคงทน (Durability) 6) ความสามารถในการให้บริการ (Serviceability) 7) สุนทรียภาพ (Aesthetics) และ 8) คุณภาพตามการรับรู้ (Perceived quality)

5. แนวคิดของครอสบี้ (Crosby, 1984) มุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพต้องมีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมและทัศนคติ ทำให้เกิดวัฒนธรรมความบกพร่องเป็นศูนย์ (Zero defects) ให้ความสำคัญกับองค์กรและทฤษฎีการจัดการ มากกว่าการใช้เครื่องมือทางสถิติ มีแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 14 ประการ ที่เรียกว่า Crosby's 14 steps ประกอบด้วย 1) ยึดมั่นในการบริหาร (Management commitment) 2) มีการพัฒนาคุณภาพโดยทีม (Quality improve team) 3) มีการวัดคุณภาพ (Quality measurement) 4) ประเมินผลตอบแทนคุณภาพ (Cost of quality evaluation) 5) ตระหนักหรือมีจิตสำนึกในเรื่องคุณภาพ (Quality awareness) 6) ปฏิบัติการแก้ไข (Corrective action) 7) วางแผนไว้ข้อผิดพลาด (Establish an ad hoc committee for the zero defects program) 8) ฝึกผู้ปฏิบัติงาน (Supervisor training) 9) กำหนดวันที่ข้อผิดพลาดเป็นศูนย์ (Zero defects day) 10) กำหนดเป้าหมาย (Goal setting) 11) ขจัดสาเหตุของความคลาดเคลื่อน (Error cause removal) 12) ยอมรับความสำเร็จ (Recognition of success) 13) จัดตั้งคณะกรรมการคุณภาพ (Quality councils) และ 14) กระทำทุกขั้นตอนซ้ำใหม่อีกครั้ง (Do it over again)

6. แนวคิดของอิชิกาวา (Ishikawa, 1985) เป็นผู้พัฒนาเครื่องมือทางสถิติแห่งคุณภาพ หรือเครื่องมือ 7 อย่างในการควบคุมคุณภาพ (seven tools of quality) แนวคิดของอิชิกาวาได้รับอิทธิพลมาจาก เดมมิง และจوران โดยเน้นที่การนำการจัดการคุณภาพไปปฏิบัติ เป็นผู้บุกเบิกแนวคิดเรื่องวงจรคุณภาพ แผนภูมิก้างปลาซึ่งสามารถค้นหาสาเหตุของปัญหาด้านคุณภาพได้ เครื่องมือ 7 อย่าง ในการควบคุมคุณภาพ ประกอบด้วย 1) ผังพาเรโต (Pareto diagrams) 2) ผังแสดงเหตุและผล (Cause and effect diagrams) บางครั้งเรียกว่า ผังก้างปลา (Fish bone diagrams) หรือ ผังอิชิกาวา (Ishikawa diagrams) 3) การแบ่งชั้น (Stratification) 4) ใบตรวจสอบ (Check sheets) 5) ฮิสโตแกรม (Histograms) 6) ผังการกระจาย (Scatter diagrams) และ 7) แผนภูมิควบคุม (Shewharts control charts and graphs)

7. แนวคิดของทาгуชิ (Taguchi, 1986) เป็นผู้พัฒนาแนวความคิดเรื่องคุณภาพของการออกแบบ (Effective quality of design) นั่นคือ คุณภาพต้องเริ่มต้นตั้งแต่การออกแบบ ให้ความสำคัญกับการพิจารณาถึงต้นทุน ค่าใช้จ่าย หากสินค้าหรือบริการไม่ได้คุณภาพตามที่กำหนดไว้โดยปรัชญาของทาгуชิ กล่าวไว้ดังนี้

7.1 ความจริงจังของคุณภาพ (Quality robust) เป็นแนวคิดในการผลิต ผลิตภัณฑ์อย่างเป็นแบบแผนเดียวกันภายใต้ระบบและสภาวะของการผลิตที่ไม่เหมาะสม เมื่อมีของเสียเกิดขึ้นจากเหตุดังกล่าว ควรแก้ไขโดยขจัดผลเสียนั้น มากกว่าการขจัดสาเหตุ เพราะค่าใช้จ่ายในการขจัดผลเสีย ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในการขจัดสาเหตุ เนื่องจากข้อบกพร่องบางอันเล็กน้อยจนไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพ

7.2 ต้นทุนของคุณภาพที่เกิดขึ้นเมื่อคุณภาพแตกต่างจากสิ่งที่ลูกค้าต้องการ (Quality loss function) ได้แก่ ต้นทุนค่าประกัน ต้นทุนการสูญเสียลูกค้า ต้นทุนการตรวจสอบภายใน ต้นทุนการซ่อมแซม รวมทั้งต้นทุนที่เกิดขึ้นกับสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเมื่อคุณภาพไม่เป็นไปตามความคาดหวังของลูกค้า

7.3 คุณภาพที่มุ่งตามเป้าหมาย (Target – oriented quality) เป็นปรัชญาในการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อจะทำให้ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพตรงเป้าหมายที่กำหนดไว้

2.1.3 เครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย (McLaughlin and Kaluzny, 2006)

1) วงจรเดมมิง (Deming Cycle) คือ วงจร PDCA เริ่มจากการวางแผน (Plan) ลงมือตามแผนที่วางไว้ (Do) ตรวจสอบผลลัพธ์กับแผน (Check) หากไม่บรรลุแผนให้หาสาเหตุและวางแผนแก้ไขใหม่ (Act)

- 2) การระดมสมอง (brain storming) คือ เทคนิคที่ทำให้เกิดแนวความคิดใหม่ ๆ จากการประชุม โดยผู้ร่วมประชุมเป็นผู้เสนอแนวคิดเพื่อแก้ไขปัญหา หรือกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน
- 3) พังแสดงเหตุและผล (Cause and effect diagrams) จะแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ กับสาเหตุ บางครั้งเรียกว่า พังก้างปลา (Fish bone diagrams) หรือ พังอิชิกาวา (Ishigawa diagrams)
- 4) ใบตรวจสอบ (Check sheets) เป็นใบตรวจสอบรายการที่ออกแบบไว้ล่วงหน้า เพื่อบันทึกข้อมูล ตัวเลข ใช้วิธีขีดเครื่องหมาย (/) ในใบตรวจสอบ พังการเคลื่อนไหว (Work flow diagrams) เขียนเป็นแผนภาพแสดงการเคลื่อนไหวขั้นตอนการทำงานตั้งแต่ต้นจนจบ จากนั้นพิจารณาว่าสามารถตัด ลด ปรับปรุง ขั้นตอนใดได้บ้าง
- 5) แผนภูมิควบคุม (Control chart) คือ แผนภูมิที่เขียนโดยอาศัยข้อมูลจากข้อกำหนดทางเทคนิค ที่ระบุถึงคุณสมบัติ คุณภาพของผลผลิต เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมกระบวนการดำเนินงานให้เป็นไปตามที่กำหนด
- 6) พังพาเรโต้ (Pareto diagrams) ใช้ตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงานว่าปัญหาใดสำคัญที่สุด และลดหลั่นถัดไปตามลำดับ นำปัญหา สาเหตุ มาจัดหมวดหมู่ แบ่งแยกประเภท แล้วเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย
- 7) ฮิสโตแกรม (Histograms) ใช้แสดงถึงการกระจายความถี่ของข้อมูล ทำให้ทราบความถี่ของเหตุการณ์ สามารถนำไปเทียบกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดได้
- 8) แผนผังกลุ่มเชื่อมโยง (Affinity diagrams) บางครั้งเรียกว่า KJ method (Kawakita Jiro) จะใช้จับประเด็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ให้เป็นระบบ แล้วกำหนดกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

2.1.4 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ (Continuous Quality Improvement in health care) การพัฒนาคุณภาพ เริ่มจากสามารถบอกถึงความต้องการของผู้ใช้บริการได้ การผลิตสินค้าหรือบริการต้องเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในที่ผู้ใช้บริการต้องการ กิจกรรมในการผลิตสินค้า และบริการต้องไม่หยุดนิ่ง โดยดำเนินเป็นวงจรที่ไม่มีความสิ้นสุด (Moen, Nolan, and Provost, 1991)

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการวิเคราะห์ที่ใช้เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ เมื่อพบว่ากระบวนการดำเนินงานไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ ความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในทุก ๆ กระบวนการ ถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติ และเมื่อมีความต้องการที่จะแก้ไขถือว่าเป็นกุญแจสำคัญของ

การพัฒนาคุณภาพ ในองค์กรบริการด้านสุขภาพ มักมีการเรียกแบบหลากหลาย บ้างเรียก Total Quality Management (TQM) หรือ เรียกว่า Continuous Quality Improvement (CQI) แต่ทั้ง TQM/CQI เป็นกระบวนการในองค์กรที่สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพตามความคาดหวังหรือเกินกว่าความคาดหวังของผู้ใช้บริการ การใช้ TQM/CQI จะมีความแตกต่างกันคือ ในภาคอุตสาหกรรมมักใช้คำว่า TQM แต่ถ้าพูดถึงการปรับปรุงระบบการบริการด้านสุขภาพมักใช้ CQI โดยลักษณะของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย (McLaughlin and Kaluzny, 2006)

- 1) การเชื่อมโยงกระบวนการที่สำคัญเข้ากับแผนกลยุทธ์ขององค์กร
- 2) การจัดตั้งศูนย์การพัฒนาคุณภาพขึ้นในองค์กร โดยมีผู้นำสูงสุดขององค์กรเป็นผู้นำด้านการพัฒนาคุณภาพ
- 3) การจัดอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากรในองค์กรด้านการพัฒนาคุณภาพ
- 4) การคัดสรรกลไกหรือกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพขององค์กร
- 5) การจัดตั้งทีมการพัฒนาคุณภาพขึ้นในองค์กร
- 6) ผู้บริหารมีระบบการสนับสนุนด้านการวิเคราะห์และการปรับปรุงแบบการให้บริการใหม่แก่บุคลากรที่ทำการพัฒนาคุณภาพในองค์กร
- 7) กำหนดนโยบายในการสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้บุคลากรในองค์กรทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ

กลยุทธ์สำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 1) การบูรณาการแผนงาน (Integrated programme) 2) การพัฒนาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Continuous incremental improvement) ซึ่งวัดผลการปฏิบัติงานโดยผู้นำและการพัฒนาการจัดการกระบวนการ (White, 1996)

1. การบูรณาการแผนงาน (Integrated programme)

CQI เป็นกระบวนการที่ใช้เครื่องมือในการขับเคลื่อนคุณภาพ เช่น ใช้การจัดการคุณภาพโดยรวม (TQM) การปรับรื้อระบบงาน (re-engineering) ความสามารถและการดูแลผู้ให้บริการ และใช้เมื่อจำเป็นที่จะต้องการกระทำให้บรรลุแผนงาน

2. การพัฒนาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Continuous incremental improvement)

CQI ไม่ใช่ว่าทำให้มีการพัฒนาอย่างยิ่งใหญ่ จนต้องทำการปรับปรุงกระบวนการทำงานใหม่ทั้งหมด แต่ CQI เป็นการพัฒนาที่เพิ่มขึ้น วัดได้จากมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน โดยเพิ่มขึ้น 10-20% ในทุก ๆ ปี

ปัจจุบันการดูแลสุขภาพมุ่งเน้นที่การยกระดับการปฏิบัติงาน ตามแนวคิดของ เดมมิง (Deming, 1986) จูราน (Juran, 1993) และคนอื่น ๆ โดยต้องใช้ความรู้ ความชำนาญในการตรวจสอบงาน (examined) การจัดหมวดหมู่งาน (codified) การเปรียบเทียบกับแหล่งที่มีการปฏิบัติงานที่ดี (compared to best practices) การปรับระบบงานใหม่ (rework) การทดสอบระบบงาน (tested) การนำไปปฏิบัติ (implement) และการทำให้เป็นระบบที่คงอยู่ในองค์กร (institutionalized) กระบวนการของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้ ซึ่งข้อมูลนี้ได้มาจากการเทียบรอย (benchmarking) ทำให้เกิดทักษะในการทำงานที่คงอยู่กับคนในองค์กรนั้น ๆ ทำให้เกิดกระบวนการที่ชัดเจน มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน เช่น วิธีการปฏิบัติงานทางคลินิก (clinical protocols) แนวทางการดูแลทางคลินิก (clinical pathways) แนวทางการปฏิบัติงานทางคลินิก (clinical guidelines) และกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้านการบริหาร และด้านการแพทย์ที่พบในปัจจุบัน มีชื่อเรียกหลาย ๆ ชื่อ คือ การพัฒนาคุณภาพด้านการแพทย์ (clinical quality improvement) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์ (evidence-based medicine) การจัดการด้านผลลัพธ์ (outcome management) และการจัดการโรค (disease management) ความร่วมมือกันในองค์กร (joint organizational) และการเรียนรู้ของวิชาชีพ (professional learning) (McLaughlin and Kaluzny, 2006)

2.1.5 องค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย (McLaughlin and Kaluzny, 2006)

1. องค์ประกอบเชิงปรัชญา (Philosophical elements)

1.1 การมุ่งเน้นที่แผนกลยุทธ์ (Strategic focus) ให้มีความสำคัญกับการมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ คุณค่าหลักขององค์กร กำหนดวัตถุประสงค์ ออกแบบกระบวนการบริการ สนองตอบต่อแผนกลยุทธ์ขององค์กร

1.2 การมุ่งเน้นที่ผู้ใช้บริการ (Customer focus) ให้มีความสำคัญทั้งผู้ป่วย/ญาติ และผู้ให้บริการ เน้นความพึงพอใจ ผลลัพธ์ทางคลินิก และการตรวจสอบกระบวนการได้

1.3 มุมมองด้านระบบ (System view) ให้มีความสำคัญกับการวิเคราะห์ระบบการบริการทั้งหมดที่มีผลต่อผลลัพธ์การบริการและทางคลินิก

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เชิงประจักษ์ (Data-driven evidence-based analysis) ให้มีความสำคัญกับการใช้ความรู้เชิงประจักษ์ ในการพัฒนาระบบการปฏิบัติงาน

1.5 การเข้าร่วมในการปฏิบัติงาน (Implement involvement) มุ่งเน้นที่การเข้ามามีส่วนร่วมของบุคคลในองค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบ ต้องสร้างความเข้าใจกับการส่งต่อกระบวนการให้แก่บุคลากร

1.6 การพิจารณาหลายสาเหตุที่เกิดขึ้น (Multiple causation) เน้น
ที่การจำแนกสาเหตุของปัญหาและจัดระบบในแต่ละสถานการณ์

1.7 การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา (Solution identification)
ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหามาช่วยยกระดับการปฏิบัติงาน

1.8 กระบวนการที่เกิดประโยชน์สูงสุด (Process optimization)
มุ่งเน้นที่การสร้างระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ

1.9 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuing improvement)
ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ความต่อเนื่องของระบบ มีความพึงพอใจในความสำเร็จในการแก้ไข
ปัญหาที่เกิดขึ้น

1.10 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Organization learning) ให้
ให้ความสำคัญกับการสร้างองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ทำให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการ
ปฏิบัติงานและสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานให้มีความก้าวหน้า

2. องค์ประกอบด้านโครงสร้าง (Structure element) ประกอบด้วย

2.1 มีทีมพัฒนากระบวนการ (Process improvement team) ให้
ความสำคัญกับความรูปแบบ และสามารถของบุคคลในทีมในการจัดการกับปัญหานั้น ๆ

2.2 มีเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพ 7 เครื่องมือ (Seven tools) คือ
แผนภูมิการเลื่อนไหลงาน (flow chart) แผนผังแสดงเหตุและผล (cause and effect diagram) ฮิสโต
แกรม (histogram) แผนภูมิพาเรโต (Pareto chart) แผนภูมิการเคลื่อนไหวของงาน (run chart) แผนภูมิ
ควบคุม (control chart) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlation analysis)

2.3 มีการทำงานที่คู่ขนานกันในองค์กร (Parallel organization)
ระหว่างการพัฒนาโครงสร้างการจัดการที่แยกส่วนจัดลำดับกลยุทธ์ที่ต้องควบคุม และกลยุทธ์ที่จะ
นำไปปฏิบัติ ซึ่งโดยปกติจะดำเนินการโดยคณะกรรมการด้านคุณภาพ

2.4 มีการมอบหมายงานจากผู้บริหารระดับสูง (Top management
commitment) ผู้บริหารระดับสูงจะต้องทำให้กระบวนการดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพ และสนับสนุน
งานต่าง ๆ ขององค์กร

2.5 มีการวิเคราะห์โดยใช้หลักสถิติ (Statistical analysis) การใช้
การควบคุมกระบวนการทางสถิติ เพื่อจำแนกและลดความผันแปรในกระบวนการและการ
ปฏิบัติงาน

2.6 มีการวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Customer satisfaction measures)

2.7 ใช้การเทียบกับองค์กรที่มีผลการปฏิบัติงานที่ดี หรือที่เป็นเลิศ (Benchmarking) ใช้การเทียบเคียงเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ดียิ่งขึ้น

2.8 มีการปรับกระบวนการทำงานใหม่ (Redesign of processes from scratch)

3. องค์ประกอบด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ (Health-care-specific elements) ประกอบด้วย

3.1 การศึกษาทางคลินิก และระบาดวิทยา มีการอ้างอิงถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายและข้อมูลการบันทึกทางการแพทย์ (Epidemiological and clinical studies)

3.2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการของบุคลากรทางการแพทย์ (Involvement of medical staff governance process)

3.3 การใช้การวัดผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยง (Use of risk-adjusted outcome measures)

3.4 การใช้การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Use of cost-effectiveness analysis)

3.5 การใช้ข้อมูลด้านการประกันคุณภาพ ข้อมูลด้านเทคนิค และข้อมูลการจัดการความเสี่ยง (Use of quality assurance data and techniques and risk management data)

2.1.6 การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ทำการศึกษานี้ เป็นโรงพยาบาลที่ก่อตั้งมายาวนาน ประวัติด้านการพัฒนาคุณภาพ เริ่มที่ฝ่ายการพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 ในรูปแบบของ QCC (Quality control circle) ด้วยการที่จะส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานรวมกลุ่มนำปัญหาการรักษาพยาบาลที่พบ และเกิดขึ้นซ้ำซากในงานประจำของตน มาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข และกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาอีก และมีการตรวจสอบมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ QCC มีการดำเนินมาถึงปี พ.ศ.2541 ต่อมาปี พ.ศ.2542 โรงพยาบาลได้ประกาศนโยบายในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อการรับรอง

มาตรฐานโรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลมีการปรับปรุงรูปแบบการพัฒนาคุณภาพใหม่ โดยการนำแนวคิด QCC และ HA ผสมผสานกัน กลายเป็นกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ PI (Performance improvement) ขึ้นตั้งแต่ปี 2544 กิจกรรมเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และวิเคราะห์ปัญหาจากกระบวนการหลัก การประกันคุณภาพ และความเสี่ยงจากการรักษาพยาบาล และกลุ่มคุณภาพ PI ยังคงมีการดำเนินต่อเนื่องในทุกหอผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน และมีการนำเอาปัญหาทางคลินิก และนำสหสาขามาร่วมในการปรับปรุงกระบวนการบริการมากขึ้น เน้นการตามรอยทางคลินิก (Clinical tracer) ในกลุ่มโรคที่มีปัญหาด้านการรักษาซับซ้อนและมีอัตราการตายสูง (Mortality rate) มากำหนดแนวการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยนำแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) มาใช้ แต่มีการปรับแนวคิดให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเป็นการจัดการผู้ป่วยโดยทีม (Care management team) ครอบคลุมกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยมากที่สุด หรือต้องใช้การรักษาพยาบาลมาก (อารีย์ ฟองเพชร, 2550) โรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมชมจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จำนวนทั้งสิ้น 8 ครั้งตั้งแต่ปี 2545 ถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ฝ่ายการพยาบาลยังต้องรับการเยี่ยมชมจากสภาการพยาบาล ตั้งแต่ปี 2551 และต้องผ่านการเยี่ยมชมจากสำนักประกันสังคม และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลนั้น จำเป็นต้องมีการปฏิบัติต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจึงต้องอาศัยปัจจัยเพื่อให้บุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีพฤติกรรมการพัฒนาคุณภาพที่คงอยู่ตลอดไป

จากที่กล่าวมาสรุปว่า การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หมายถึงกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีความสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทุกกิจกรรม โดยครอบคลุม 3 องค์ประกอบ คือ ด้านปรัชญา ด้านโครงสร้าง และด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้การที่องค์กรจะสามารถดำเนินงานได้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์นั้น ต้องอาศัย คน เพื่อเป็นกำลังในการขับเคลื่อนการดำเนินงานต่างๆ ซึ่งความสามารถของบุคคลที่ต่างกัน เกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองแล้วแสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ที่เรียกว่า สมรรถนะในตน

2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ

2.2.1 สมรรถนะในตน (Self-efficacy)

ความสามารถในการทำงานที่แตกต่างกันของบุคคล เกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ตามทฤษฎีของ อัลเบิร์ต เบ็นดูรา (Bandura, 1977) นักจิตวิทยาชาวแคนาดาที่คิดค้นทฤษฎีสมรรถนะในตน (Self-efficacy Theory) โดยมีความเชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ความหมายของสมรรถนะในตน มีนักวิชาการกล่าวไว้ดังนี้

โรส (Ross, 1996) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะในตน คือ ความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่จะช่วยสร้างพลังให้กับบุคคล และมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจ

เบ็นดูรา (Bandura, 1997) ให้ความหมายของสมรรถนะในตนว่าเป็นความเชื่อของบุคคล ในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้

พาร์กเกอร์และวอลล์ (Parker and Wall, 1998) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะในตน คือ การตัดสินใจของบุคคลต่อความสามารถของตนเอง ในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง

มาร์ติน คาร์ลสัน และ บัสกิสต์ (Martin, Carlson and Buskist, 2007) ให้ความหมายว่า การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งในระดับใด การรับรู้สมรรถนะในระดับที่ตรงกับความเป็นจริง จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

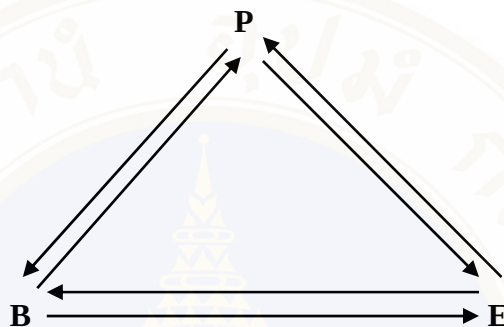
จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า สมรรถนะในตน คือ การที่บุคคลรับรู้และเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่ ที่รับผิดชอบ แล้วเกิดเป็นพฤติกรรมการแสดงออกอย่างใดอย่างหนึ่งตามการรับรู้ของตนเอง

พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ซึ่งปฏิสัมพันธ์นี้มีลักษณะความสัมพันธ์แบบอาศัยซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็นเหตุเป็นผล องค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor: P)
2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition: B)
3. ปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environment factor: E)

องค์ประกอบทั้ง 3 ประการ มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล โดยพฤติกรรมที่บุคคลแสดง

ออกมาบุคคลนั้นจะรับรู้สมรรถนะของตนเองและคาดหวังถึงผลการกระทำ ซึ่งผลของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และผลกระทำตามความคาดหวังของบุคคลจะส่งผลกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล นอกจากนั้นสภาพแวดล้อมที่ได้รับการสร้างขึ้นโดยการกระทำของบุคคลก็จะส่งผลกลับมายังความคาดหวังของบุคคลอีก ปฏิสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทั้ง 3 องค์ประกอบแสดงได้ดังแผนภาพที่ 2.3



แผนภาพที่ 2.3 ปฏิสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทั้ง 3 องค์ประกอบ

ที่มา: Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. 2nded. New York: W.H. Freeman and company.

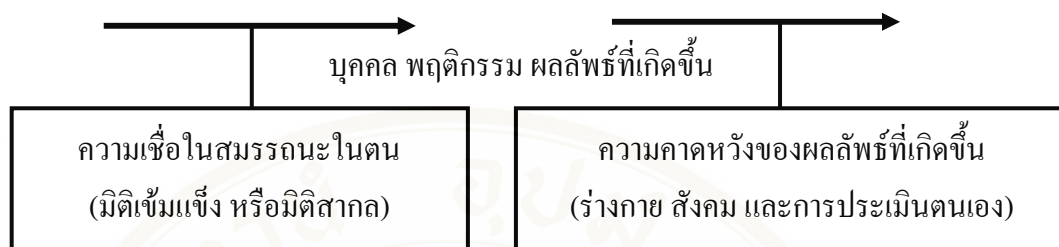
ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองประกอบด้วย ความคาดหวังซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม 2 ประการ คือ (Bandura, 1997)

1. ความคาดหวังในสมรรถนะ (Efficacy Expectation) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลว่าสามารถกระทำหรือแสดงพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำ

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่าถ้ากระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวัง เป็นการคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะกระทำพฤติกรรมใดนั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในสมรรถนะว่า ถ้ากระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ และคาดหวังในสมรรถนะของตนเองว่า มีสมรรถนะพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ สมรรถนะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความพยายามและกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จมากขึ้น และถ้าได้รับผลลัพธ์ตามที่ตนเองต้องการหรือคาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตน และเกิดความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ น้อยลง กล่าวคือการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการตัดสินใจถึงระดับ

ความสามารถของตนเอง ในขณะที่ความคาดหวังจะเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังแสดงในแผนภาพที่ 2.4



แผนภาพที่ 2.4 ความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตน กับ ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ที่มา: Bandura A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. 2nd ed. New York: W.H. Freeman and company.

จากประเด็นดังกล่าวจะพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตน และความคาดหวังผลลัพธ์ของการกระทำไม่สามารถแยกกันได้ เพราะถ้าบุคคลมีความการรับรู้สมรรถนะในตนสูง มีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา บุคคลมองผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่แสดงถึงความเหมาะสมของพฤติกรรมที่สามารถจะกระทำได้ และยังช่วยในการตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่

การรับรู้สมรรถนะในตนจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรม ดังนี้ (Bandura, 1986)

1. การเลือกกระทำพฤติกรรม (Choice behavior) การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะเลือกกระทำพฤติกรรมใดในแต่ละสถานการณ์นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะของตน บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าสมรรถนะไม่เพียงพอหรือเกินความสามารถของตนเอง แต่ในขณะเดียวกัน บุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่ตนเองเชื่อว่ามีสมรรถนะเพียงพอที่จะทำให้สำเร็จได้

2. การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน (Effort, Expenditure and persistence) การที่บุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเอง จะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลนั้นต้องใช้ความพยายาม ความอดทนเท่าใด บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะเป็นคนที่มีความพยายาม ไม่ย่อท้อ และกระตือรือร้นในการทำงาน ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ จะขาดความมั่นใจ และขาดความพยายามที่จะทำงานให้สำเร็จ

3. รูปแบบความคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ (Thought patterns and emotion reaction) การรับรู้สมรรถนะของตนเองจะมีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลในขณะที่กระทำพฤติกรรม และมีผลต่อการคาดการณ์ในการกระทำภายหน้า บุคคลที่รับรู้สมรรถนะตนเองต่ำ มักจะเกิดความเครียด ความวิตกกังวล เพราะรู้สึกทำงานของตนยากเกินความสามารถ แต่บุคคลที่รับรู้สมรรถนะตนเองสูง จะพยายามและเอาใจใส่แม้พบอุปสรรคก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้พยายามมากยิ่งขึ้น

4. เป็นผู้กำหนดพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม (Humans as producers rather than simply foretellers of behavior) บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะมีความตั้งใจ และพยายามที่จะทำงานให้สำเร็จ หากยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ จะใช้ความพยายามมากยิ่งขึ้น ถ้าพบอุปสรรคหรือความล้มเหลวก็จะใช้เป็นตัวกระตุ้นพยายามกระทำเพื่อให้ประสบความสำเร็จ ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำมักไม่ค่อยกระทำพฤติกรรม เมื่อพบอุปสรรคจะล้มเลิกการกระทำ ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลสูง

วิธีการพัฒนาสมรรถนะของตน (Developing self-efficacy)

การที่บุคคลแต่ละคนจะสร้าง และพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดนั้น เกิดจากการได้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ 4 แหล่ง คือ (Bandura, 1997 cited in Weiten, Lioyd, Dunn and Hammer, 2009)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาสมรรถนะของตนเอง เพราะเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มสมรรถนะของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ จากความสำเร็จหลายๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองอย่างแรงกล้า

2. การสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) แบบที่บุคคลสามารถสังเกตและเลียนแบบได้ มี 2 ชนิด คือ

2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (Live model) คือ ตัวแบบที่ผู้สังเกตได้เห็นในสภาพการณ์จริง และได้มีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

2.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic model) คือ การนำเสนอตัวแบบผ่านภาพยนตร์ เทปบันทึกภาพ เทปบันทึกเสียง หนังสือ เป็นต้น

3. การได้รับคำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่าย และใช้กันทั่วไปแต่ไม่ค่อยได้ผล

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ และการกระตุ้นทางร่างกาย (Physiological and affective states) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตน ถ้าบุคคลนั้นอยู่ในสภาวะที่ถูกข่มขู่ เครียด จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในตนลดลง

การประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวถึงการวัดการรับรู้สมรรถนะในตนว่า มี 2 ขั้นตอน คือ

1. ให้อุคคลประเมินความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างได้สำเร็จหรือไม่

2. ให้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งการวัดการรับรู้สมรรถนะในตน ควรสะท้อนให้เห็นความเชื่อมั่น 3 มิติ คือ

2.1 มิติเกี่ยวกับระดับหรือความยากของกิจกรรม (Level or magnitude) คือ ความยากง่ายของงานที่บุคคลเชื่อว่าสามารถทำได้ ซึ่งแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน

2.2 มิติความเข้มแข็ง (Strength) คือ ความเชื่อ ความมั่นใจ หรือการรับรู้ของบุคคลในสมรรถนะของตนที่จะประเมินการกระทำของตนเอง คือถ้าบุคคลเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองสูง เมื่อประสบปัญหาที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง จะทำให้มีความอดทนสูง มั่นใจว่าตนสามารถทำงานได้

2.3 มิติที่เป็นสากล (Generality) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับสมรรถนะในตนในการปฏิบัติในสถานการณ์นั้น ๆ และนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ที่คล้ายกัน

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การที่บุคคลรับรู้สมรรถนะในตนแล้วเกิดการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นกับความคาดหวังในความสามารถ และความคาดหวังในผลลัพธ์ ความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความพยายามและกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ และถ้าได้รับผลลัพธ์ตามที่ตนเองต้องการหรือคาดหวังไว้จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองและเกิดความมั่นใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ การรับรู้สมรรถนะของตน เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งนำมาใช้ในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในองค์กรได้ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในองค์กรมาก ย่อมส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในองค์กรที่ยั่งยืน (Yeh, 2003)

สำหรับการวิจัยนี้ สมรรถนะในตน หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล รับรู้ และเชื่อมั่นว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่ ที่รับผิดชอบของตนเอง แล้วเกิดเป็น

พฤติกรรมการแสดงออกอย่างใดอย่างหนึ่ง ตามการรับรู้ของแต่ละคน ซึ่งประเมินตามความเชื่อมั่น 3 มิติ ได้แก่ ระดับความยากง่ายของกิจกรรม ความเข้มแข็ง และความเป็นสากล ตามแนวคิดของ เบนดูรา (Bandura, 1997)

2.2.2 การทำงานเป็นทีม (Teamwork)

เป็นที่ทราบดีว่าความสำเร็จในงานมิได้เกิดจากสมาชิกคนใดคนหนึ่งในองค์กร แต่เกิดจากพลังและคุณภาพของความร่วมมือ รวมถึงการประสานงานของทุกคนและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวเป็นผลเกิดจากวิธีการทำงานร่วมกันเป็นทีมทั่วทั้งองค์กร (สุนันทา เลาหันทน์, 2549) การพัฒนาทีม เป็นงานที่ท้าทายสำหรับองค์กรในปัจจุบัน เพราะทำให้ประสิทธิผลการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาคุณภาพงาน ทำให้มีความพึงพอใจในงานสูง มีพลังสร้างสรรค์ในการทำงานอย่างเต็มที่ให้กับองค์กร (Varney, 1989) การทำงานเป็นทีม เปรียบเสมือนการมีแหล่งชุมทรัพย์ทางการร่วมมือ และไม่มีสิ่งใดที่เป็นไปไม่ได้ ภายใต้การทำงานเป็นทีม (Schutz, 1989) ความหมายของการทำงานเป็นทีม มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ ดังนี้

บริลล์ (Brill, 1979) กล่าวว่า เป็นการรวมกลุ่มทำงานของบุคคล โดยมี การกำหนดวัตถุประสงค์ การติดต่อสื่อสาร การร่วมมือกัน การตัดสินใจร่วมกัน มีการใช้ความรู้ความสามารถ ทำงานร่วมกันให้ประสบความสำเร็จ

ฟรานซิสและยัง (Francis and Young, 1979) กล่าวว่า เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีพลัง มีความผูกพันรับผิดชอบที่จะทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน สมาชิกในทีมเป็นผู้ที่ทำงานร่วมกันได้ดี และรู้สึกเพลิดเพลินที่จะทำงานนั้น สามารถผลิตผลงานที่มีคุณภาพสูง

ทาร์คีตันและทูลเจา (Tarkenton and Tuleja, 1986) ให้ความหมายว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่ตระหนักถึงคุณค่าของสมาชิก ให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และกำหนดเป้าหมายของงานนั้นๆ แสดงความคิดสร้างสรรค์ และช่วยทีมในการตัดสินใจ

พาร์กเกอร์ (Parker, 1990) กล่าวว่า เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ และต้องพึ่งพากัน เพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย หรือปฏิบัติงานให้เสร็จสมบูรณ์ คนกลุ่มนี้มีเป้าหมายร่วมกัน และยอมรับว่าวิธีเดียวที่จะทำให้งานสำเร็จ คือ การทำงานร่วมกัน

คาทเซนบาซและสมิท (Katzenbach and Smith, 1993) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง กลุ่มบุคคลเล็ก ๆ ที่มีทักษะ ซึ่งได้รับมอบหมายในการปฏิบัติพันธกิจ มีการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติงาน มีการร่วมมือกันในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งจะแตกต่างจากกลุ่มงาน ที่มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานของกลุ่มงานจะเป็นการปฏิบัติงาน

ของคนแต่ละคนในกลุ่มนั้น ๆ จะรับผิดชอบเฉพาะผลลัพธ์ของตนเอง แต่การปฏิบัติงานของทีมงาน จะรับผิดชอบทั้งผลลัพธ์ของตนเองและของทีม

สุนันทา เลานันท์ (2541) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่ทำงานร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ช่วยกันทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ร่วมทีมต่างมีความพอใจในการทำงานนั้น

เนตร์พัฒนา ขาววิราช (2550) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง การประสานงานของบุคคลหลายฝ่ายเข้าด้วยกัน เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จ

จากความหมายตามที่กล่าวมาแล้วนั้นสรุปได้ว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง การทำงานของกลุ่มบุคคลที่ทำงานตามบทบาทหน้าที่ ที่รับผิดชอบร่วมกัน มีการพึ่งพาช่วยเหลือสนับสนุนกัน เพื่อให้การทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

โครงสร้างของทีมงาน

การทำงานของทีมงานต้องการสมาชิกหลายแบบ เพื่อรับบทบาทหน้าที่ที่สำคัญต่าง ๆ โครงสร้างของทีม สามารถสรุปได้ดังนี้ (บุตรี จารุโรจน์, 2549)

ผู้ประสานงาน (Coordinator) เป็นผู้มีความรับผิดชอบในการจัดการให้เกิดการดำเนินการที่ดีในทีม และประสานการสนับสนุนที่ได้จากบุคคลอื่น ๆ ในทีม ผู้ประสานงานต้องมีทักษะในการถ่ายทอด และสรุปเนื้อหาต่าง ๆ ในระยะเวลาจำกัดจากบุคคลอื่น ๆ เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจในภาพรวม

ผู้สร้างทีม (Plant) เป็นบุคคลที่มีความคิดสร้างสรรค์ มีความสามารถในการปรับปรุงผลการดำเนินงานของทีมจากระดับปกติ ให้เป็นระดับสูงขึ้น

ผู้ติดตามประเมินผล (Monitor / Evaluator) เป็นผู้ที่ทำให้เรื่องต่าง ๆ ที่ซับซ้อนง่ายต่อความเข้าใจสำหรับเพื่อนร่วมทีม และประเมินผลความสามารถของการดำเนินงานของทีม

ผู้ปฏิบัติ (Implementer) มีหน้าที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ร่วมทีม ให้ผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพและตรงเป้าหมาย

ผู้ดำเนินการในทีม (Team worker) เป็นผู้ที่สมานสามัคคีในทีม จะเกี่ยวข้องกับรูปแบบของการดำเนินการแบบประนีประนอม เช่น ในกรณีที่เกิดความคิดเห็นไม่ตรงกัน จะทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย จนได้ทางออกที่เป็นที่ยอมรับกันในทีม

ผู้สรรหาทรัพยากร (Resource investigator) มีหน้าที่ที่ต้องติดต่อกับบุคคลภายนอกทีม สร้างเครือข่ายที่ดีในการติดต่อ และพยายามค้นหาว่าทีมอื่น ๆ มีวิธีการดำเนินการอย่างไรใด ในเรื่องการสรรหาทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพให้กับทีมด้วย

ผู้ทำให้การดำเนินการในทีมบรรลุผล (Completer) มีหน้าที่ที่จะทำให้งานสำเร็จทันเวลา ควบคุมทีมให้เกิดความก้าวหน้า และเป็นไปอย่างได้มาตรฐาน

ผู้เชี่ยวชาญ (Specialist) มีหน้าที่ให้คำแนะนำข้อมูลเฉพาะเรื่อง เป็นบุคคลที่มีความรู้ความชำนาญสูง เป็นผู้ที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี เมื่อสมาชิกทีมไม่เข้าใจต่อการอธิบายที่ซับซ้อน โดยทั่วไปผู้เชี่ยวชาญมักไม่ใช่สมาชิกทีมที่อยู่ประจำ จึงทำให้มีความกระตือรือร้นที่จะเสนอความรู้ความชำนาญของตนให้กับทีม

องค์ประกอบของทีมงาน (Team component) ประกอบด้วย (บุตรี จารุโรจน์, 2549)

ผู้นำทีม (Team leader) เป็นผู้กำหนดกรอบในการทำงานให้แก่สมาชิกในทีม เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์อย่างถ่องแท้ในการวางแผนดำเนินงานและติดตามประเมินผล ได้รับการยอมรับนับถือจากสมาชิกทีมด้วยความจริงใจ และมีวุฒิภาวะทางสังคม

สมาชิกทีม (Team member) ควรมีลักษณะตั้งใจทำงานจริง รับผิดชอบงานในหน้าที่ของตน ของกลุ่ม และของทีม มีความรู้และใฝ่รู้ในงานนั้น รู้จักฟัง กล่าวพูด กล่าวแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อทีม สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ เป็นผู้ที่รับฟังและเคารพความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกในทีม เคารพมติของทีม

เลขานุการทีม (Team secretary) ควรมีลักษณะดังนี้ มีความสามารถในการเขียนหนังสือได้ดี สามารถจับประเด็นการพูด การปรึกษาหารือของกลุ่มหรือทีมได้ดี เป็นผู้ฟังและผู้ประสานงานได้ดี สามารถสรุปผลการประชุม และทำรายงานให้สมาชิกได้รับทราบ มีความรู้และประสบการณ์ในการเสนอรายงานอย่างมีระบบแบบแผน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความสามารถและทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

แนวคิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ได้มีนักวิชาการกล่าวไว้หลายท่าน ดังนี้

1. วาร์เนย์ (Varney, 1989) เชื่อว่าการทำงานเป็นทีมหรือเป็นกลุ่ม เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบที่ทำให้การทำงานเป็นทีมประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วย

1.1 การสื่อสารภายในทีม (Communication) คือการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างบุคคล การสื่อสารเป็นเครือข่ายเชื่อมคนในกลุ่มเข้าด้วยกัน ถ้าไม่มีการสื่อสารความเป็นกลุ่มจะเกิดขึ้นไม่ได้

1.2 วัตถุประสงค์ของทีมงาน (Objectives) คือการที่จะเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพต้องทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์การทำงานให้กระจ่างกับสมาชิกในทีม เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน และเกิดประสิทธิภาพกับองค์กร

1.3 การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal conflict) เป็นความขัดแย้งระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งนำความเสียหายให้แก่หน่วยงาน และอาจเกิดจากสาเหตุมากมาย ถ้าขาดการบริหารความขัดแย้งที่มีประสิทธิภาพ จะควบคุมความขัดแย้งไม่ได้

1.4 ลักษณะขององค์กร (Organization) องค์กรแบบที่มีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง ย่อมต้องอาศัยทีมเป็นพื้นฐาน อาศัยความสามารถ ทักษะของบุคคลในทีม และการที่องค์กรมีความยืดหยุ่น จะทำให้คนที่ทำงานสามารถทำงานให้เกิดประสิทธิผลกับองค์กรได้

1.5 การควบคุมงาน (Control) ระบบการควบคุมเป็นสิ่งที่ทำให้ทีมมีประสิทธิผล การปฏิบัติงานตามมาตรฐาน เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการพัฒนา การให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวก จะทำให้ทีมเกิดประสิทธิผลในการทำงาน

1.6 การสนับสนุน (Support) การทำงานของทีมจะดีได้ ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ เช่น สมาชิกในทีม การยอมรับซึ่งกันและกัน การมีสิ่งแวดล้อมที่ดี เป็นต้น

1.7 บทบาทของสมาชิกในทีม (Role of team members) ประสิทธิภาพของทีมจะขึ้นอยู่กับความเข้าใจ และบทบาทของคนในทีม มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน

1.8 การตัดสินใจ (Decision making) หมายถึง การพิจารณาเลือกวิธีการปฏิบัติจากทางเลือกหลายๆทาง เพื่อให้ได้ทางเลือกที่ดีที่สุดเพียงทางเดียว

1.9 ผลลัพธ์ของงาน (Results) เป็นการเพิ่มผลผลิตให้ทีม โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในทีม ควบคุมปัจจัยที่มีต่อผลลัพธ์ในทีมได้

2. ดักลาส แมคเกรเกอร์ (McGregor, 1960) คุณลักษณะของทีมที่มีประสิทธิภาพมีดังนี้

2.1 บรรยากาศของทีมไม่เป็นทางการ ปราศจากพิธีรีตอง เป็นแบบสบาย ไม่เครียด ทุกคนช่วยกันทำงาน มีความสนใจทำงานอย่างจริงจัง ไม่มีร่องรอยของความเบื่อหน่าย

2.2 มีการอภิปราย ถกเถียงกันอย่างกว้างขวาง โดยทุกคนมีส่วนร่วมในการอภิปรายในเรื่องที่เป็นปัญหา หากมีการอภิปรายนอกประเด็นจะมีสมาชิกดึงกลับเข้าสู่ประเด็นได้รวดเร็ว

2.3 สมาชิกทีมงานเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และยอมรับภารกิจหลักของทีม

2.4 สมาชิกทีมงานรับฟังเหตุผลซึ่งกันและกัน แม้ความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกันเสมอ แต่ทีมงานคุ้นเคย และสบายใจกับภาพเหล่านี้

2.5 หลักการตัดสินใจส่วนใหญ่ ใช้หลักความเห็นพ้องต้องกัน

2.6 การวิพากษ์วิจารณ์การกระทำเกิดขึ้นบ่อย และกระทำเปิดเผย

2.7 สมาชิกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ที่มีต่อปัญหาการปฏิบัติงานของทีมงาน

2.8 เมื่อมีการปฏิบัติงานจะมอบหมายงานชัดเจน

2.9 หัวหน้าทีมจะไม่ใช้อำนาจครอบงำกลุ่ม

2.10 ทีมงานตระหนักดีว่าจะมีการตรวจสอบเป็นระยะ การดำเนินงานเป็นไปได้ด้วยดีเพียงใด และมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง

3. ไบโอส (Biolos, 2004) กล่าวถึงองค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพ ไว้ 6 ประการ คือ

3.1 มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน (a clear set of objectives) มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของงานอย่างชัดเจน

3.2 ให้สมาชิกในทีมมีส่วนประเมินการทำงานของกลุ่ม (Metrics allowing team member to assess their performance) แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการทำงานของทีม และตัวชี้วัดต่าง ๆ ของงาน

3.3 มีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง (ongoing training) ไม่ทำเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เท่านั้น ทั้งเรื่องการติดต่อสื่อสาร การเป็นผู้นำกลุ่ม และทักษะของทีม

3.4 อำนาจการตัดสินใจอยู่เหนือการมุ่งสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ (Decision-making authority over how to reach their goals)

3.5 รางวัลตอบแทน และการประเมินผลงานคำนึงถึงทีมเป็นพื้นฐาน (Team-based rewards and evaluation) โดยจะต้องไม่ให้เป็นรายบุคคล

3.6 มีวัฒนธรรมแบบเปิด (An open culture) ให้มีความง่ายในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เฉพาะของกลุ่ม และเข้าถึงผู้บริหารได้ง่าย

4. เรนซิส ลิเคิร์ต (Likert, 1961) ระบุคุณลักษณะของทีมที่มีประสิทธิผล 24 ประการดังนี้

4.1 สมาชิกมีความชำนาญในการปฏิบัติงานภายใต้บทบาทของผู้นำและเพื่อนร่วมงาน รวมถึงภารกิจที่ได้รับมอบหมายที่แตกต่างกัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้นำทีมกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน

4.2 ทีมงานปฏิบัติงานร่วมกันเป็นระยะเวลานานเพียงพอที่จะพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีสภาพการปฏิบัติงานที่เป็นกันเอง ไม่เครียด

4.3 สมาชิกมีความสนใจซึ่งกันและกันเคารพให้เกียรติกัน รวมถึงหัวหน้าที่ด้วย

4.4 สมาชิกและหัวหน้าทีมไว้วางใจกันค่อนข้างสูง

4.5 ค่านิยมและเป้าหมายต่าง ๆ ของทีมได้รับการผสมกันด้วยความพึงพอใจของทุกฝ่าย และสมาชิกมีส่วนร่วมในการกำหนดค่านิยม ความต้องการ และเป้าหมายต่าง ๆ

4.6 สมาชิกประสานการปฏิบัติงานหน้าที่ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

4.7 ค่านิยมมีความสำคัญต่อทีมมากขึ้นเพียงใด การยอมรับของสมาชิกยิ่งมีมากขึ้นเท่านั้น

4.8 สมาชิกของทีมมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายของทีมร่วมกัน

4.9 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแก้ปัญหา การตัดสินใจได้ดำเนินการในบรรยากาศของการสนับสนุนเกื้อกูลกันของทีม

- 4.10 หัวหน้าทีมงานส่งเสริมบรรยากาศของการร่วมมือ
ประสานงาน แทนที่จะมุ่งแข่งขันชิงดีชิงเด่นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
- 4.11 สมาชิกทีมงานมีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือกัน
และกัน
- 4.12 สมาชิกแต่ละคนยอมรับเป้าหมายและความคาดหวัง
ของทีมงาน โดยเต็มใจ
- 4.13 หัวหน้าทีมงานและสมาชิก ต่างเชื่อว่าสามารถทำงาน
ที่ยากให้สำเร็จได้ง่าย
- 4.14 เมื่อพบปัญหาจะให้คำแนะนำที่จำเป็น และให้การ
ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- 4.15 บรรยากาศในการทำงานส่งเสริมให้เกิดการใช้ความ
คิดสร้างสรรค์ในการแก้ไขปัญหา
- 4.16 ทีมงานตระหนักในคุณค่าของความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
ที่สำคัญจะไม่ยอมให้แนวคิดแบบดั้งเดิม มาเป็นอุปสรรคในการใช้ความคิดสร้างสรรค์ของทีม
- 4.17 สนับสนุนให้สมาชิกแต่ละคน สื่อสารเรื่องต่าง ๆ ที่
เกี่ยวข้อง กับกิจกรรมที่ปฏิบัติ
- 4.18 มีการส่งเสริมให้ทีมมีกระบวนการสื่อสารในการแจ้ง
เรื่องราวที่สำคัญทุกเรื่อง ไม่เสียเวลากับการสื่อสารเรื่องที่ไม่สำคัญ
- 4.19 สมาชิกให้ความสนใจรับฟัง และเชื่อถือข่าวสารข้อมูล
ต่าง ๆ ที่ได้รับ
- 4.20 ทีมงานมีการยอมรับซึ่งกันและกันในทุกเรื่อง
- 4.21 ทีมงานส่งเสริมให้สมาชิกทุกคน ได้เสนอแนะความ
คิดเห็น รวมถึงคำแนะนำที่จะทำให้งานสำเร็จ
- 4.22 สมาชิกในกลุ่มมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มีการปรับ
แนวคิด เป้าหมาย และทัศนคติ ที่สะท้อนถึงการทำงานที่มีความยืดหยุ่น
- 4.23 สมาชิกรู้สึกมั่นใจ ในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ
เพราะสมาชิกเข้าใจเป้าหมายและปรัชญาการทำงานอย่างแท้จริง
- 4.24 หัวหน้าทีมได้รับการพิจารณาคัดเลือกอย่างรอบคอบ

5. วัตค็อกและฟรานซิส (Woodcock and Francis, 1989) กล่าวถึงองค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

5.1 มีความสมดุลในบทบาท (balanced roles) ในทีมการทำงานจะผสมผสานทักษะความรู้ ความสามารถ ที่แตกต่างกันของบุคคล และใช้ความแตกต่างดำเนินบทบาทของแต่ละงานได้อย่างเหมาะสม ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป

5.2 มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับเป้าหมาย (clear objective and agree goal) สมาชิกทุกคนมีความเข้าใจ ยอมรับวัตถุประสงค์และเป้าหมายอย่างแท้จริง

5.3 มีความเปิดเผยและเผชิญหน้ากับปัญหา (openness and confrontation) สัมพันธภาพในสมาชิกทีมต้องเป็นไปอย่างเปิดเผย มีความตรงไปตรงมา มีความไวใจเข้าใจในสมาชิกทีม และเมื่อทีมมีปัญหาต้องจัดการกับปัญหาโดยการเผชิญหน้ากับปัญหานั้น ๆ

5.4 มีการสนับสนุนและจริงใจต่อกัน (support and trust) สมาชิกในทีมต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์

5.5 มีการร่วมมือและมีการขัดแย้งกัน (cooperation and conflict) สมาชิกในทีมต้องร่วมมือกันและอาจมีความขัดแย้งกันได้บ้างเพื่อให้ได้งานที่มีความสร้างสรรค์

5.6 มีการทำงานที่ไร้ข้อบกพร่อง (sound procedures) การทำงานและการตัดสินใจต้องอาศัยข้อมูลและข้อเท็จจริงเป็นหลักฐาน

5.7 มีผู้นำที่เหมาะสม (appropriate leadership) มีผู้นำเหมาะสมตามแต่ละสถานการณ์

5.8 มีการทบทวนงานเป็นประจำ (regular review) ต้องทบทวนงานเสมอเพื่อหาข้อบกพร่องที่ต้องแก้ไข

5.9 มีการพัฒนางานเป็นประจำ (individual development) สมาชิกในทีมต้องมีการพัฒนาความรู้ตัวเองเสมอ และนำความรู้นั้นมาใช้ในการทำงาน

5.10 มีสัมพันธภาพที่ดีภายในทีม (sound inter-group relation) สมาชิกในทีมต้องรับฟังความคิดเห็นกัน พร้อมทั้งจะช่วยเหลือกันและกันภายในทีม

5.11 มีการติดต่อสื่อสารที่ดี (good communications) การติดต่อสื่อสารในทีมเป็นไปอย่างถูกต้องชัดเจน เหมาะสม สื่อสารกันทางตรง สมาชิกในทีมมีการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็น ที่จำเป็นต่อการทำงาน

นอกจากนี้ลักษณะการทำงานเป็นทีมก็มีส่วนสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ (ทิสนา แคมมณี, 2537)

1. การมีเป้าหมายร่วมกัน คือ บุคคลที่มาร่วมกันทำงานนั้น ต้องมีการรับรู้ และเข้าใจเป้าหมายร่วมกันว่าจะทำอะไรให้เป็นผลสำเร็จ
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คือ บุคคลที่มาร่วมกันทำงานนั้น ต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของกลุ่ม ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง
3. การติดต่อสื่อสารกันในกลุ่ม คือ บุคคลที่มาร่วมกันทำงานนั้นต้องมีการสื่อความหมาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน
4. การร่วมมือประสานกันในกลุ่ม คือ บุคคลที่มาร่วมกันทำงานนั้น ต้องมีการประสานความร่วมมือกัน เพื่อให้งานของกลุ่มดำเนินไปสู่ความสำเร็จ
5. การตัดสินใจร่วมกัน คือ บุคคลที่มาร่วมกันทำงานนั้นต้องมีการตัดสินใจในงานที่ทำในระดับใดระดับหนึ่ง
6. การมีผลประโยชน์ร่วมกัน คือ บุคคลที่มาร่วมกันทำงานนั้นจะต้องได้รับการจัดสรรผลประโยชน์ตอบแทน จากผลที่เกิดจากการทำงานร่วมกัน

ทีมที่สามารถทำงานได้บรรลุเป้าหมาย มีความคิดใหม่ๆ มีการปรับปรุงที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการทำงาน มีข้อผูกพันกันในการทำงานเป็นทีม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร ทีมงานต้องให้ความสำคัญกับคน ดังต่อไปนี้ 1) ทำให้สมาชิกในทีมมีความพึงพอใจ 2) ทำให้เกิดความเชื่อถือนระหว่างสมาชิกในทีม 3) มีการสื่อสารที่ดี 4) ทำให้ความขัดแย้งลดน้อยลงมากที่สุด 5) มีการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ 6) เสริมสร้างการรับรู้ในการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในทีมงาน (เนตร์พัฒนา ขาววิราช, 2550)

การทำงานเป็นทีมเป็น 2 ประเภท (Heller, 1998) คือ

1. ทีมแบบเป็นทางการ (Formal team) เป็นทีมงานที่มีอยู่ทั่วไปในองค์กร คือ ทีมผู้บริหารระดับสูง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมชำนาญการ และทีมสนับสนุนทั่วไป
2. ทีมแบบไม่เป็นทางการ (Informal team) เป็นทีมที่สร้างขึ้นชั่วคราว เพื่อดำเนินงานในระยะเวลาหนึ่ง เมื่อเสร็จสิ้นงานแล้ว ก็ถือว่าหมดภาระหน้าที่ คือ ทีมโครงการ ทีมเพื่อการปรับปรุงงาน ทีมเฉพาะกิจ เป็นต้น

การทำงานเป็นทีมบางครั้งจะเกิดปัญหาและอุปสรรคได้ เมื่อมีสถานการณ์ดังต่อไปนี้ (Woodcock and Francis, 1989)

1. เมื่อสมาชิกทีมมีการทำงานแบบแยกตัว
2. เมื่องานมีความซับซ้อน จำเป็นต้องใช้ทักษะ ความรู้ ความสามารถของบุคลากรหลายๆ ระดับมาร่วมกันทำงาน
3. เมื่อการตัดสินใจเรื่องงาน จำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ มากมาย
4. เมื่อแสดงความเห็นในกลุ่มบุคคล มีความสำคัญมากกว่าของใครเพียงคนเดียว
5. เมื่อขนาดปัญหาขยายกว้างออกไป
6. เมื่อการช่วยเหลือโดยการใช้กลุ่มบุคคล เป็นที่ต้องการในการแก้ปัญหา
7. เมื่อจุดแข็งและจุดอ่อนของบุคคล ยากที่จะกำหนดออกมาให้เห็นได้ชัดเจน
8. เมื่อการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถเป็นที่ต้องการมากขึ้น

กล่าวโดยสรุปจากแนวคิดการทำงานเป็นทีมตามที่ได้กล่าวมาแล้ว การทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อองค์กรเป็นอย่างมาก ซึ่งการที่จะเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับสมาชิกทุกคนเป็นสำคัญ สมาชิกในทีมต้องเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของงานอย่างชัดเจน เข้าใจบทบาทหน้าที่ในทีมของตนเอง และสามารถปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ ประสิทธิภาพของทีมงานย่อมมีผลกับการดำเนินงานเช่นกัน ทีมงานแต่ละแบบจะมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ หรือสถานการณ์ของงานแต่ละประเภท ถ้าองค์กรใดมีการพัฒนาทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เลือกรับการบริหารทีมงานที่เหมาะสม จะทำให้การดำเนินงานต่าง ๆ ขององค์กรเกิดประสิทธิภาพสูงสุดตามมา

สำหรับการวิจัยนี้ การทำงานเป็นทีม หมายถึง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ที่รับผิดชอบร่วมกันเป็นกลุ่ม มีการพึ่งพาช่วยเหลือสนับสนุนกัน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กรและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีการทำงานเป็นทีมของ วาร์เนย์ (Vamey, 1989) มาใช้เป็นแนวทางในการประเมินการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาจาก การสื่อสารภายในทีม (Communication) วัตถุประสงค์ของทีมงาน (Objectives) การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล (Interpersonal conflict) ลักษณะขององค์กร (Organization) การควบคุมงาน (Control) การสนับสนุน (Support) บทบาทของสมาชิกในทีม (Role of team member) การตัดสินใจ (Decision making) และผลลัพธ์ของงาน (Results)

2.2.3 พฤติกรรมผู้นำ (Leadership behavior)

ในการดำเนินงานขององค์กรให้บรรลุตามเป้าหมาย ต้องอาศัยกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่ประกอบกัน นั่นคือ ผู้นำ และผู้ตาม ดังนั้นผู้นำจึงเป็นบุคคลที่สามารถทำให้ผู้อื่นปฏิบัติงานตามที่ได้มอบหมายให้ทำด้วยความเต็มใจ (เนตร์พัฒนา ขาววิราช, 2550) มีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้นำไว้ดังนี้

เมกกรีเกอร์ (McGregor, 1960) อธิบายความหมายของพฤติกรรมผู้นำไว้ว่า เป็นสิ่งที่ผู้นำกระทำ ซึ่งการกระทำจะสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ต้องขึ้นอยู่กับงานและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

โบลิส และเดีฟพอร์ต (Boles and Deveport, 1975) อธิบายความหมายของพฤติกรรมผู้นำไว้ว่า เป็นพฤติกรรมของผู้นำที่แสดงออกต่อผู้ร่วมงานหรือผู้ใต้บังคับบัญชา ในสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นกระบวนการแห่งความคิดริเริ่ม ที่จะช่วยให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์อันเป็นที่ยอมรับ ช่วยให้อันในกลุ่มได้สิ่งที่ปรารถนา โดยสิ่งนั้นเป็นแรงจูงใจในการรวมกลุ่มที่ทำให้กลุ่มคงอยู่ได้

วิลเลียม (Williams, 2007) กล่าวว่า พฤติกรรมผู้นำเป็นการปฏิบัติหรือการกระทำของผู้นำ ที่มีอิทธิพลกับบุคคลที่จะกระตุ้น สนับสนุน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มหรือองค์กร

จากที่กล่าวมาแล้วนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมผู้นำ หมายถึง วิธีการ หรือพฤติกรรมของผู้ที่เป็นผู้นำที่แสดงออกให้เห็นว่ามีอิทธิพลในการจูงใจ กระตุ้น ชี้นำต่อผู้ร่วมงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานด้วยความเต็มใจ หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานในสถานการณ์ต่างๆเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ความสำเร็จของผู้นำในการปฏิบัติงาน เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้นำกระทำ มีการศึกษาเพื่อค้นหาพฤติกรรมผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ที่มีการอ้างอิงถึง ดังนี้

1. พฤติกรรมผู้นำของมหาวิทยาลัยไอโอวา (University of Iowa) ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้นำได้มีการศึกษาวิจัยตลอดมา จากการวิจัยของไวท์ และ ลิปปิทท์ (White and Lippitt, 1960) พบว่าผู้นำมี 3 แบบ คือ

1.1 ผู้นำแบบเผด็จการ หรืออัตตานิยม (Autocratic style) เป็นผู้นำที่มีพฤติกรรมการทำงานที่ยึดตนเองเป็นหลัก ทั้งการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ มาตรฐาน แนวทางการปฏิบัติงาน ระบบการประเมินผลงาน ผู้นำจะตัดสินใจด้วยตัวเอง และเป็นผู้สั่งการ

ให้ผู้ได้บังคับบัญชานำไปปฏิบัติ จำกัดการมีส่วนร่วมของผู้ได้บังคับบัญชา มีการควบคุมบังคับบัญชาอย่างใกล้ชิด กำหนดการทำงานที่ชัดเจน แสดงความเป็นนายต่อผู้ได้บังคับบัญชา มีการลงโทษหากผู้ได้บังคับบัญชาฝ่าฝืน หรือกระทำผิด ผู้นำประเภทนี้ให้ความสำคัญในเรื่องการออกคำสั่ง

1.2 ผู้นำแบบประชาธิปไตย (Democratic of participative style) หมายถึง ผู้นำที่ให้เสรีภาพกับผู้ได้บังคับบัญชาให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการกระจายอำนาจ โดยผู้นำจะเป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของงาน แต่ผู้นำจะให้ผู้ได้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ในกระบวนการของการกำหนดวัตถุประสงค์ มีอำนาจในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ และมีส่วนร่วมในการทำงาน เพราะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ได้บังคับบัญชา

1.3 ผู้นำแบบเสรีนิยม (Laissez-Fair style) หมายถึง ผู้นำจะใช้อำนาจน้อยมากจะปล่อยให้ผู้ได้บังคับบัญชาทำงานได้อย่างเสรีภาพ โดยผู้นำไม่เข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่มีบทบาทมากนัก เป็นผู้ดูแลห่าง ๆ เท่านั้น ทำให้การบริหารงานขาดการควบคุม ทำให้บางครั้งผู้ได้บังคับบัญชาไม่สามารถหาข้อสรุปได้ จนทำให้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของงานที่ตั้งไว้

จากผลการวิจัยของมหาวิทยาลัยไอโอวา พบว่าภาวะผู้นำแบบเสรีนิยมให้ผลงานที่อ่อนด้อยที่สุด สำหรับภาวะผู้นำแบบเผด็จการและแบบประชาธิปไตย แม้ว่าจะได้ปริมาณงานที่เท่าเทียมกัน แต่คุณภาพของงานและความพึงพอใจของกลุ่ม ในกลุ่มที่เป็นผู้นำแบบประชาธิปไตยสูงกว่าผู้นำแบบเผด็จการ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมผู้นำแบบประชาธิปไตย เป็นพฤติกรรมผู้นำที่ดีที่สุด แต่จากการวิจัยในระยะต่อ ๆ มา พบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความไม่แน่นอน พบว่าผู้นำแบบประชาธิปไตยบางครั้งให้ผลการดำเนินงานที่สูง แต่บางครั้งก็ต่ำกว่าผู้นำแบบเผด็จการ ส่วนผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจมีความแน่นอนกว่า กล่าวคือระดับความพึงพอใจทั่วไป ภาวะผู้นำแบบประชาธิปไตยสูงกว่าเสมอเมื่อเทียบกับผู้นำแบบเผด็จการ (นิคซ์ สัมมาพันธ์, 2548)

2. พฤติกรรมผู้นำของมหาวิทยาลัยมิชิแกน (University of Michigan) การศึกษาพฤติกรรมผู้นำของ เรนซิส ลิเคิร์ต (Likert, 1961) มีการสร้างเครื่องมือแบบสอบถามที่เรียกว่า การสำรวจองค์การ (Survey of organizations) และการสัมภาษณ์อย่างกว้างขวาง โดยมีเป้าหมาย เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมระหว่างผู้นำของหน่วยงานที่มีผลผลิตสูง กับผู้นำของหน่วยงานที่มีผลผลิตต่ำ และเพื่อหาพฤติกรรมผู้นำที่มีประสิทธิภาพ และเสนอรูปแบบพฤติกรรมหรือแบบของผู้นำที่มีผลต่อผู้ได้บังคับบัญชา 4 แบบด้วยกัน ดังนี้

2.1 แบบเผด็จการเต็มรูป (Exploitative-authoritative) ระบบนี้ ผู้นำเป็นผู้นำที่มีอำนาจสมบูรณ์แบบ การตัดสินใจเป็นหน้าที่ของผู้นำเท่านั้น ผู้นำจะไม่ค่อยให้ความไว้วางใจผู้ใต้บังคับบัญชา บังคับบัญชาแบบขู่เข็ญมากกว่าชมเชย มักใช้วิธีการจูงใจให้ทำงานด้วยการลงโทษ และให้รางวัลเป็นครั้งคราว เน้นการติดต่อสื่อสารแบบทางเดียว คือจากบนลงล่าง

2.2 แบบใช้อำนาจเชิงเมตตา (Benevolent-authoritative) ผู้นำจะปกครองผู้ใต้บังคับบัญชาแบบ พ่อปกครองลูก ผู้นำจะมีความไว้วางใจผู้ใต้บังคับบัญชาแต่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมอย่างใกล้ชิดของผู้นำ จูงใจด้วยการให้รางวัล มีการลงโทษบางครั้ง ยินยอมให้มีการติดต่อสื่อสารจากล่างขึ้นบน

2.3 ประชาธิปไตยแบบปรึกษา (Consultative-democratic) ผู้นำจะให้ความสำคัญแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ให้ความไว้วางใจ แต่ยังไม่ทั้งหมด มีการนำความคิดของผู้ใต้บังคับบัญชามาร่วมพิจารณาด้วยในการปฏิบัติงาน ใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วม ให้รางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจ และมีการลงโทษบ้าง การติดต่อสื่อสารในองค์กรใช้แบบ 2 ทาง คือ จากบนลงล่าง และจากล่างขึ้นบน

2.4 ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participative-democratic) ผู้นำจะมีความไว้วางใจในผู้ใต้บังคับบัญชาสูงมากในทุกด้าน ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชาเสมอ เน้นการบริหารแบบมีส่วนร่วม มีการตั้งจุดประสงค์ และประเมินความก้าวหน้าร่วมกัน มีการจูงใจด้วยการให้รางวัลตอบแทนเป็นความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การติดต่อสื่อสารใช้ทั้งบนลงล่าง และจากล่างขึ้นบน

มีการพยายามศึกษาวิจัยเพื่อหาพฤติกรรมผู้นำที่มีประสิทธิภาพที่สุด แต่พบว่าไม่มีลักษณะพฤติกรรมผู้นำที่ดีที่สุดที่เหมาะสมกับทุกสถานการณ์ แต่ผู้นำที่ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความพึงพอใจ คือผู้นำที่ให้ความสำคัญกับผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งจะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความสุขในการทำงาน ทำให้ผลผลิตในการทำงานเพิ่มขึ้น และจากการศึกษายังพบว่า พฤติกรรมผู้นำที่มีการนำมาใช้ในการฝึกอบรมผู้จัดการในหลายองค์กร ใช้พฤติกรรมผู้นำแบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participative-democratic) ตามที่ ลิเคอร์ทได้เสนอไว้ ซึ่งมีการนำมาใช้จนถึงปัจจุบัน (Calhoun, et al., 2007)

3. พฤติกรรมผู้นำของมหาวิทยาลัยแห่งรัฐโอไฮโอ (Ohio State University)

เริ่มมีการศึกษาด้านพฤติกรรมผู้นำในปี ค.ศ.1945 โดยการนำของ ราล์ฟ สตอกคิลล์ (Stogdill, 1957 cited in Yukl, 2005) มีการสร้างแบบวัดพฤติกรรมผู้นำชื่อว่า Leader Behavior Description Questionnaire หรือ LBDQ สามารถจำแนกผู้นำออกเป็น 2 มิติ ดังนี้

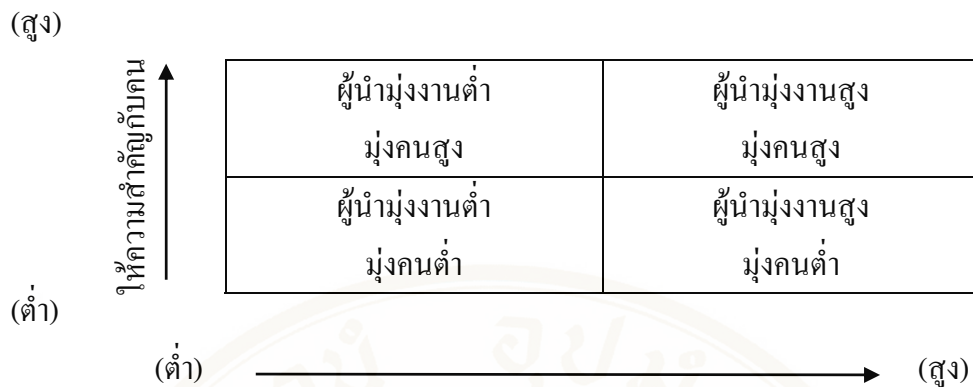
มิติมุ่งคน (Consideration structure) พฤติกรรมผู้นำจะเป็นแบบให้ความสำคัญกับบุคคลและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้นำจะมีลักษณะเป็นมิตร สนใจความต้องการและความรู้สึกของผู้ใต้บังคับบัญชา รับฟังปัญหา ปกป้อง เป็นที่ปรึกษา ยอมรับข้อเสนอแนะจากผู้ใต้บังคับบัญชา และปฏิบัติกับผู้ใต้บังคับบัญชาด้วยความเสมอภาคกัน ผู้นำลักษณะนี้จะเป็นที่ชื่นชอบของผู้ใต้บังคับบัญชา

มิติมุ่งงาน (Initiating structure) พฤติกรรมผู้นำจะเป็นแบบให้ความสำคัญกับความสำเร็จของงาน ทั้งคำจำกัดความ โครงสร้างบทบาทของบุคคล และบทบาทที่จะทำให้บรรลุเป้าประสงค์ของงาน ผู้นำจะมีลักษณะวิจารณ์งานที่มีความผิดพลาด ให้ความสำคัญกับการกำหนดเส้นตายของงานที่มอบหมายให้ผู้ใต้บังคับบัญชา คงความเป็นมาตรฐานในการทำงานอย่างชัดเจน ติดตามสอบถามมาตรฐานวิธีการทำงานกับผู้ใต้บังคับบัญชา เสนอแนวทางใหม่ในการเข้าถึงปัญหา และประสานกิจกรรมที่มีความแตกต่างกันของผู้ใต้บังคับบัญชา

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำทั้ง 2 มิติ แบ่งเป็นลักษณะผู้นำได้ 4 รูปแบบ คือ (Lussier and Achua, 2007)

1. ผู้นำที่มุ่งงานต่ำและมุ่งคนสูง (Low structure High consideration)
2. ผู้นำที่มุ่งงานสูงและมุ่งคนสูง (High structure High consideration)
3. ผู้นำที่มุ่งงานต่ำและมุ่งคนต่ำ (Low structure Low consideration)
4. ผู้นำที่มุ่งงานสูงและมุ่งคนต่ำ (High structure Low consideration)

การศึกษาของมหาวิทยาลัยไอโฮไอ ใช้ทฤษฎี 2 มิติมาสร้างเป็นลักษณะพฤติกรรมผู้นำ 4 แบบ ได้ดังแผนภาพที่ 2.5 ดังนี้



แผนภาพที่ 2.5 ลักษณะพฤติกรรมผู้นำ 4 แบบ

ที่มา: Bratton, J., Grint, K., and Nelson, D.L. (2005). *Organizational Leadership*. United States: South-western.

4. ตาข่ายภาวะผู้นำ (Managerial or Leadership Grid) ของเบลค และมูตัน (Blake and Mouton, 1964)

เบลค และมูตัน (Blake and Mouton) แห่งมหาวิทยาลัยเท็กซัส ได้เสนอ ทฤษฎีภาวะผู้นำแบบ 2 มิติ (a two-dimensional leadership theory) ที่เรียกว่า ตาข่ายภาวะผู้นำ (The Leadership Grid) ก่อนหน้านี้ใช้คำว่า ตาข่ายการบริหาร (The Managerial Grid) พื้นฐานทฤษฎีนี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของมหาวิทยาลัยโอไฮโอ โดยให้ความสำคัญเบื้องต้นกับสองสิ่งของผู้บริหาร คือ การมุงงาน และการมุงคน มีรายละเอียดดังนี้

การบริหารงานแบบ 9.1 ผู้นำที่มุงงาน (The authority-compliance leader) คือ การบริหารให้ความสำคัญกับงานมาก และให้ความสำคัญกับคนน้อย ผู้นำจะเข้มงวดในการควบคุมงานเพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสัมพันธภาพของบุคคลไม่ค่อยมีความจำเป็น

การบริหารงานแบบ 9.9 แบบทำงานเป็นทีม (Team management) คือ ผู้นำที่ให้ความสำคัญทั้งคนและงานสูง ผู้นำจะบริหารงานโดยสร้างแรงจูงใจเพื่อให้งานประสบความสำเร็จ มีความยืดหยุ่น และกล้าที่จะเปลี่ยนแปลง และเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง

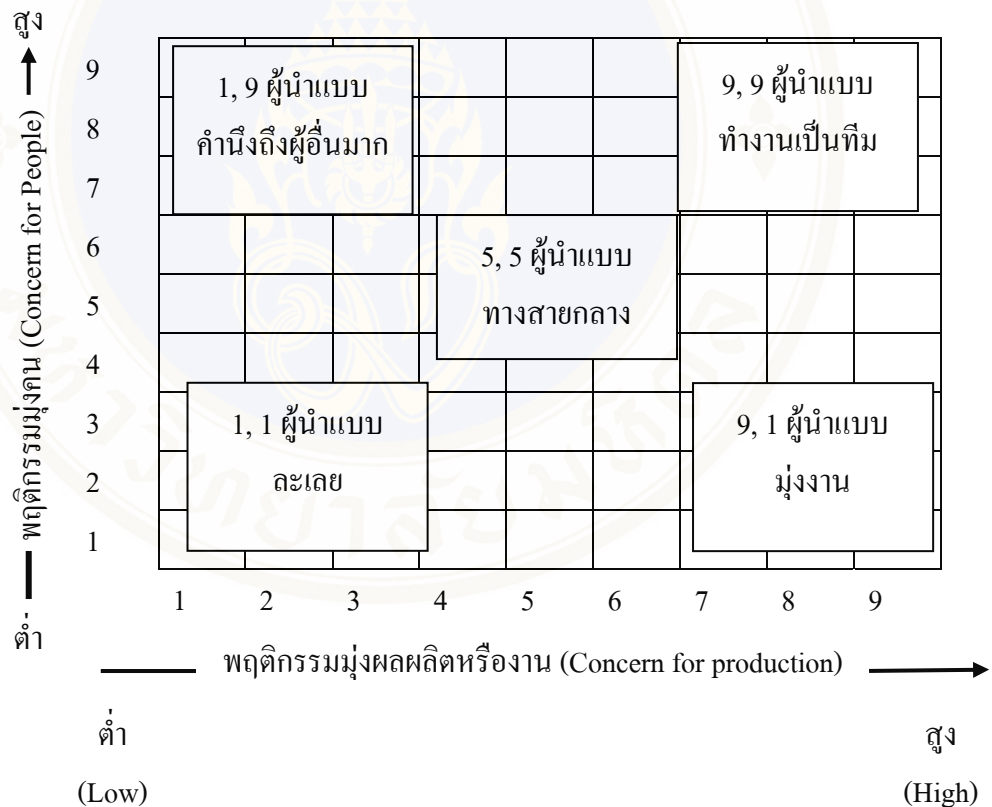
การบริหารงานแบบ 1, 9 คำนึงถึงผู้อื่นมาก (Country club leader) คือ ผู้นำที่มุงคนมากแต่มุงงานน้อยเป็นลักษณะที่พยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง ทำให้

ผู้ได้บังคับบัญชาชื่นชอบ เป้าหมายของผู้นำคือต้องการให้เกิดบรรยากาศแห่งความสุข และให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ซึ่งผู้นำรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมากกว่างาน

การบริหารงานแบบ 1, 1 แบบเฉื่อยชา หรือผู้นำแบบละเลย (impoverished leader) คือ ผู้นำให้ความสำคัญกับคนและงานน้อย ผู้นำทำงานโดยหลีกเลี่ยงการเกิดความขัดแย้ง มักจะละทิ้งงาน

การบริหารงานแบบ 5, 5 แบบทางสายกลาง (The middle of the road leader) คือ เป็นผู้นำที่ให้ความสำคัญกับคนและงานเท่าๆกัน เป็นผู้พยายามหาจุดสมดุลระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับการทำให้งานสำเร็จ เกิดความสมดุลทั้งสองด้าน

รายละเอียดดังแสดงในแผนภาพที่ 2.6 ดังนี้



แผนภาพที่ 2.6 ตาข่ายภาวะผู้นำ (The leadership Managerial grid)

ที่มา: Blake, R.R, and Mouton, J.S. (1978). *The New Managerial Grid*. Houston: Gulf.

จากแนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมผู้นำดังที่กล่าวมาแล้วนั้นจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมผู้นำมีความสำคัญต่อการดำเนินงานต่างๆเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ขององค์กร ซึ่งสามารถจำแนกผู้นำออกเป็น 2 มิติ คือ ภาวะผู้นำที่มุ่งงาน (Initiating structure) และภาวะผู้นำที่มุ่งคน (Consideration structure) ซึ่งพฤติกรรมผู้นำทั้ง 2 มิติ มีความสำคัญกับการบริหารงานขององค์กรทั้งสิ้น

ในการวิจัยนี้ พฤติกรรมผู้นำ หมายถึง วิธีการ หรือพฤติกรรมความเป็นผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ ที่แสดงออกให้เห็นว่ามีอิทธิพลในการจูงใจ กระตุ้นชี้นำต่อผู้ร่วมงานและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานด้วยความเต็มใจ หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานในสถานการณ์ต่างๆเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการประเมินพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ จากความเสียสละ ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ความกล้าแสดงออก ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความรับผิดชอบ ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน และความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ณัฐพร พลเสน (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานพยาบาล จำนวน 182 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง การจัดการคุณภาพทั้งองค์กรอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ทำงานเป็นทีม อายุ และตำแหน่งการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ราตรี จิมผลอง (2551) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการศึกษาเฉพาะกรณี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตการณ์การมีส่วนร่วม ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จได้แก่ การทำงานเป็นทีม เรียนรู้การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรันดร์ วิชเศรษฐสมิต (2551) เรื่อง การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) กรณีศึกษาโรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 100 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มทีมผู้บริหารทีมการพัฒนาโรงพยาบาลจำนวน 7 คน พบว่า การบริหารคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนา

คุณภาพ คือประเด็นของการทำงานเป็นทีม นอกจากนั้นการศึกษาของธนมณฑนกร เจริญสวัสดิ์ (2552) เรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 85 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก อายุ และ ประสบการณ์การทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และวิทนาชชี และคณะ (Withanachchi, et al., 2007) ศึกษาเรื่องการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (TQM) โดยเน้นที่หลักการ 5 ส ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐที่มีผลการดำเนินงานดีในประเทศศรีลังกา ในช่วงปี 1997-2001 ใช้ Balanced score card เป็นแบบประเมินการปฏิบัติงานขององค์กร และใช้แบบสัมภาษณ์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้ปฏิบัติงานจำนวน 766 คน พบว่า ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน 5 ส ที่จะเป็นพื้นฐานของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

ปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพ ชนกพร บัวสุข ปราณี ทองคำ และสนั่นเพ็งเหมือน (2548) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 500 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาล ทั้งด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน ด้านการตรวจสอบ และด้านการปรับปรุงระบบ อยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสามอันดับแรก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมไม่เพียงพอร้อยละ 75.2 ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณร้อยละ 70.0 และขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานร้อยละ 68.8 การศึกษาของณัฐธิยา ภักดี (2548) เรื่องความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในระบบพัฒนาและประกันคุณภาพงานบุคลากรภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรที่ศึกษาคือ ข้าราชการสาย ข สาย ค และลูกจ้างที่ปฏิบัติงานสังกัดภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 162 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ระบบพัฒนาและประกันคุณภาพอยู่ในระดับสูง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาและประกันคุณภาพ ได้แก่ การมีงานประจำมาก ความเครียด และการไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง การศึกษาของจินตนา ส่องแสงจันทร์ (2549) เรื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลท่าตะเียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลท่าตะเียบจำนวน 81 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมคือ ภาระงานมาก ค่าตอบแทนไม่คุ้มค่าและไม่สนใจในการพัฒนา เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอกับงานที่ได้รับมอบหมาย และ สมสมัย สุธีรสานต์ และ ยุพิน อังสุโรจน์ (Sutherasan and Aungsuroch, 2008) ได้ศึกษาระดับกิจกรรมการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรหลังจากการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามทัศนะของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองในระดับเดียวกันในประเทศไทย เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้จัดการคุณภาพหรือผู้ประสานงานคุณภาพของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพจำนวน 52 คนโดยใช้แบบประเมินกิจกรรมการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรพัฒนาจากกรอบแนวคิดของ Malcolm Baldrige ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีค่าเฉลี่ยกิจกรรมการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก กิจกรรมการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาหลังผ่านการรับรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่ายิ่งระยะเวลานานกิจกรรมการบริหารคุณภาพยิ่งลดลง ปัจจัยสนับสนุนกิจกรรมการบริหารคุณภาพ คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ อุปสรรคและความยากลำบากในการบริหารคุณภาพคือ ความเหนื่อยล้าของบุคลากร และการลาออก โอนย้ายของบุคลากร

สมรรถนะในตน

เยห์ (Yeh, 2003) ได้ศึกษาการนำนโยบายของระบบ TQM ไปปฏิบัติให้เกิดความยั่งยืน: มุ่งเน้นที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานจำนวน 2,231 คน ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า 1 ใน 3 ปัจจัยที่มีผลอย่างมากกับการนำนโยบายของระบบ TQM ไปปฏิบัติให้เกิดความยั่งยืนคือ สมรรถนะในตนของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับ ลับเบอร์ ลัฟ และชวิก (Lubber, Loughlin, and Zweig, 2005) ที่ได้ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะในตน ด้านการทำงานของพนักงานต่อสุขภาพและการทำงาน ทำการศึกษาในพนักงานที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาอายุการทำงานไม่น้อยกว่า 4 เดือน จำนวน 195 คน แบบสอบถามใช้ Structure equation modeling (SEM) ใช้เวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนด้านการทำงานมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติการทำงานและภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนด้านการทำงานมีอำนาจในการทำนายถึงคุณภาพการทำงานของพนักงานด้วย และลี และ โก (Lee and Ko, 2010) ศึกษา ผลของสมรรถนะในตน อารมณ์ และการเลือกใช้สมรรถนะในการปฏิบัติการทำงาน ของพยาบาลในโรงพยาบาล เป็นโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 1,996 คนจาก 28

โรงพยาบาลในประเทศเกาหลี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงาน สมรรถนะในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาล ($p < 0.001$) โดยสมรรถนะในตนทำให้การปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้น

การทำงานเป็นทีม

การศึกษาของสมสมร เรืองวรบูรณ์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 399 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กาญจนา แสนทวี (2547) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมการพยาบาล กับผลผลิตของงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 388 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลผลิตของงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การศึกษาของ ภัทรชนก ชีระกาญจน์ (2548) เรื่องการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ ในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำนวน 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์เจาะลึก ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความหมายกับพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการทำงานต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม ส่วน ลี ชอย เกง โซ และแช (Lee, Choi, Kang, Cho, and Chae, 2002) ได้ศึกษา การประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปปฏิบัติ: ประสบการณ์ในโรงพยาบาลเกาหลี เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 400 เตียง จำนวน 67 แห่ง จำนวน 117 คน ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพรูปแบบการทำงานเป็นทีม มีผลทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาของ จารุพรรณ ลิละยุทธโยธิน (2544) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ ความไว้วางใจในหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมพยาบาล กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 322 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การทำงานเป็นทีมการพยาบาล มีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับค่อนข้างสูงกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย และสามารถพยากรณ์ประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ได้ร้อยละ 48.3 นอกจากนั้น มณีรัตน์ พากเพียร ผ่องศรี เกียรติเลิศสนา และวรรณนิภา วัชรชัยสุวิกรม (2547) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ และการทำงานเป็นทีม กับการจัดการคุณภาพโดยรวม ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 273 คน ที่ปฏิบัติงานในช่วงที่ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ในปี พ.ศ. 2544 จำนวน 4 แห่ง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การทำงานเป็นทีมและการจัดการคุณภาพโดยรวม ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการรับรองคุณภาพอยู่ในระดับสูง และการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการคุณภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แววดา อินทบุตร (2549) ได้ศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล การพัฒนานุเคราะห์ การทำงานเป็นทีม กับผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 361 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า การทำงานเป็นทีม และผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับมาก โดยการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลผลิตของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการได้ การทำงานเป็นทีม การพัฒนานุเคราะห์ และระยะเวลาในการทำงาน โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการได้ ร้อยละ 35.9 สอดคล้องกับ กมลเนตร นิยมแก้ว (Chiemkaew, 2006) ได้ศึกษาความสำเร็จในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปฏิบัติของโรงพยาบาล ศิริราช เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง ศึกษาวิจัยในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 577 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับความสำเร็จในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพไปปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พฤติกรรมผู้นำ

จากการศึกษาของ ปัทมา ยิ้มพงศ์ (2543) พฤติกรรมผู้นำ บรรยาการองค์กร มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ ประธาน เลขานุการ และสมาชิกกลุ่มกิจกรรมคุณภาพ ที่มีการนำเสนอผลงานในปืงบประมาณ 2539-2541 จำนวน 253 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย

ใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภาสรานพกุล (2545) ที่ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากร โรงพยาบาลศิริสัญญา กรมสุขภาพจิต เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานจำนวน 335 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผลการศึกษพบว่าระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และ ปริญญชาติ เปรมาสวัสดิ์ (Premasawad, 2006) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 724 คน ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ผลการศึกษพบว่า การปฏิบัติงานโดยรวมส่วนใหญ่ต้องปรับปรุงร้อยละ 79.0 พฤติกรรมผู้นำอยู่ในระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 60.6 และพฤติกรรมผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการศึกษาในเรื่องการพัฒนาคุณภาพโดยทั่วไปในโรงพยาบาล มุ่งเน้นถึงการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ และหาปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพประสบความสำเร็จได้แก่ การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และส่วนใหญ่จะศึกษาในระดับหัวหน้าหอ ยังขาดการศึกษาในประเด็นของการพัฒนาคูณภาพที่ต่อเนื่อง (CQD) ในระดับพยาบาลวิชาชีพ ส่วนสมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพในด้านการพัฒนาคูณภาพในประเทศไทย ยังมีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาแบบทดลอง หรือกึ่งทดลองในกลุ่มผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปร สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

บทที่ 3

วัตถุประสงค์และวิธีวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่องสมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการแปลผล การวิเคราะห์ข้อมูล และการดำเนินการด้านจริยธรรม

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) เพื่อประเมินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และหาความสัมพันธ์ระหว่าง สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ขนาด 1,450 เตียง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2554 (1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2554) ปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 1,124 คน โดยแจกแบบสอบถามแก่พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 921 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 81.9 เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 917 ฉบับ

3.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ อย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่การประกันคุณภาพ (QA) การบริหารความเสี่ยง (RM) กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (PI) การควบคุมการติดเชื้อ (IC) และ 5 ส.
- 3) สนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยภายหลังได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ

3.3.2 เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล ตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยขึ้นไป จนถึงผู้บริหารทางการพยาบาลสูงสุด
- 2) พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่างลาศึกษา ลาไปต่างประเทศ ระหว่างการทำวิจัย ลาคลอด และลาป่วย

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎี แนวคิดรายงานวิจัย และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ศึกษาสมรรถนะในตนเอง การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับของพยาบาลวิชาชีพ แผนกที่ปฏิบัติงาน และงานด้านคุณภาพที่ได้รับมอบหมาย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 สมรรถนะในตนเองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดหลักแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะในตนเองของ เบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อสอบถามสมรรถนะในตนเองทั้ง 3 ด้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจเล็กน้อย และมั่นใจน้อยที่สุด

ข้อคำถามสอบถามถึงสมรรถนะในคนใน 3 ด้าน คือ

ระดับความยากง่ายของกิจกรรม	จำนวน 5 ข้อ
ระดับความเข้มแข็ง	จำนวน 5 ข้อ
ระดับความเป็นสากล	จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดหลักแนวคิดของการทำงานเป็นทีมของวาร์เนย์ (Varney, 1989) เพื่อวัดการทำงานเป็นทีมทั้ง 9 ด้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ข้อคำถามสอบถามถึงการทำงานเป็นทีม 9 ด้าน คือ

การสื่อสารภายในทีม	จำนวน 3 ข้อ
วัตถุประสงค์ของทีมงาน	จำนวน 1 ข้อ
การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล	จำนวน 2 ข้อ
ลักษณะขององค์กร	จำนวน 2 ข้อ
การควบคุมงาน	จำนวน 2 ข้อ
การสนับสนุน	จำนวน 1 ข้อ
บทบาทสมาชิกในทีม	จำนวน 1 ข้อ
การตัดสินใจ	จำนวน 1 ข้อ
ผลลัพธ์ของงาน	จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดพฤติกรรมผู้นำ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 5 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพใน 3 องค์ประกอบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามสอบถามถึงการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพใน 3 องค์ประกอบ คือ

ด้านปรัชญา	จำนวน 12 ข้อ
ด้านโครงสร้าง	จำนวน 7 ข้อ
ด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ	จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 6 ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นทั่วไปเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ลักษณะคำถาม เป็นคำถามปลายเปิด

3.5 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือมีขั้นตอนดังนี้

3.5.1 ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยนำแบบสอบถามปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบแก้ไขด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สำนวนภาษา แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้จริง

3.5.2 ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient of alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ สมรรถนะในตน การทำงาน เป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.896, 0.912, 0.893 และ 0.956 ตามลำดับ

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยมหิดล และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แล้วดำเนินเรื่องผ่านฝ่ายการพยาบาล เพื่อแจกแบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพ ในวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ.2553 ถึงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ.2554

3.6.2 ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืน ภายหลังจากแจกแบบสอบถามแล้ว 20 วัน โดยผ่านผู้ประสานงานของฝ่ายการพยาบาล ในวันที่ 11 มกราคม พ.ศ.2554

3.6.3 รวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตัวแปรเป็น 3 ระดับ คือ ดีมาก ปานกลาง และต้องปรับปรุง โดยปรับจากเกณฑ์การประเมินของสำนักงานข้าราชการพลเรือน ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลบุคคลในการปฏิบัติงาน (สำนักงาน ก.พ., 2552) ซึ่งรายละเอียดของทุกตัวแปรเป็นดังนี้

สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพตามการประเมินตนเองในการปฏิบัติงานแบบ มั่นใจน้อยที่สุด มั่นใจน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ให้คะแนนจาก 1-5 คะแนนตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์แบ่งสมรรถนะในตน ออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน $\geq 80\%$ หมายถึง มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานอยู่ระดับดี คะแนน 61-79% หมายถึง มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานอยู่ระดับปานกลาง และคะแนน $\leq 60\%$ หมายถึง มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานอยู่ระดับต้องปรับปรุง

การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพตามการประเมินตนเองในการปฏิบัติงานแบบ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนนจาก 0-3 คะแนนตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการปฏิบัติ ออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน $\geq 80\%$ หมายถึง การปฏิบัติอยู่ระดับดี คะแนน 61-79% หมายถึง การปฏิบัติอยู่ระดับปานกลาง และคะแนน $\leq 60\%$ หมายถึง การปฏิบัติอยู่ระดับต้องปรับปรุง

จากเกณฑ์การแบ่งกลุ่ม 3 ระดับ คือ ดี ปานกลางและต้องปรับปรุงที่ได้กล่าวมาแล้ว จึงสรุปคะแนนที่เป็นไปได้ในการแบ่งกลุ่ม จำแนกตามตัวแปรรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 คะแนนที่เป็นไปได้ในการแบ่งกลุ่มจำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด	คะแนนการแบ่งกลุ่ม		
		ต้องปรับปรุง	ปานกลาง	ดี
สมรรถนะในตน	14 - 70	14 - 47	48 - 58	59 - 70
ความยากง่ายของกิจกรรม	5 - 25	5 - 16	17 - 20	21 - 25
ความเข้มแข็ง	5 - 25	5 - 16	17 - 20	21 - 25
ความเป็นสากล	4 - 20	4 - 13	14 - 16	17 - 20

ตารางที่ 3.1 คะแนนที่เป็นไปได้ในการแบ่งกลุ่มจำแนกตามตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด	คะแนนการแบ่งกลุ่ม		
		ต้องปรับปรุง	ปานกลาง	ดี
การทำงานเป็นทีม	0 - 42	0 - 25	26 - 33	34 - 42
การสื่อสารภายในทีม	0 - 9	0 - 4	5 - 6	7 - 9
วัตถุประสงค์ของทีมงาน	0 - 3	0 - 1	2	3
ความขัดแย้งระหว่างบุคคล	0 - 6	0 - 3	4	5 - 6
องค์กร	0 - 6	0 - 3	4	5 - 6
การควบคุมงาน	0 - 6	0 - 3	4	5 - 6
การสนับสนุน	0 - 3	0 - 1	2	3
บทบาทของสมาชิกในทีม	0 - 3	0 - 1	2	3
การตัดสินใจ	0 - 3	0 - 1	2	3
ผลลัพธ์ของงาน	0 - 3	0 - 1	2	3
พฤติกรรมผู้นำ	0 - 39	0 - 23	24 - 30	31 - 39
การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	0 - 79	0 - 43	44 - 56	57 - 79
ด้านปรัชญา	0 - 36	0 - 21	22 - 27	28 - 36
ด้านโครงสร้าง	0 - 21	0 - 12	13 - 15	16 - 21
ด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ	0 - 15	0 - 9	10 - 11	12 - 15

3.8 สถิติที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

3.8.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะประชากร

3.8.2 หาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยหาค่าไค-สแควร์ (Chi-square) และการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3.8.3 หาตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

3.8.4 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p \leq 0.05$

3.9 การดำเนินการด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ภาคผนวก) ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.9.1 ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันความเสี่ยงอย่างเคร่งครัด โดยผู้ยินยอมตนในการวิจัยทุกราย จะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ ต่อร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากการประสบกับภาวะเครียดหรือวิตกกังวล ต่อการตอบแบบสอบถาม เพราะการตอบแบบสอบถามเป็นไปตามความสมัครใจ ต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ยินยอมตน และ มีการลงลายมือชื่อยินยอมตนของผู้เข้าร่วมวิจัย

3.9.2 อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ และประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ กับผู้เข้าร่วมวิจัย

3.9.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

3.9.4 การนำเสนอผลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูล ชื่อ นามสกุล รวมถึงข้อมูลรายบุคคลจะไม่ถูกนำเสนอหรือเผยแพร่

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวัดระดับสมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานติดต่อกันตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง ทำการส่งแบบสอบถามในระหว่างวันที่ 21 ธันวาคม 2553 ถึงวันที่ 10 มกราคม 2554 รวมทั้งสิ้น 1,124 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 921 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 81.9 เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 917 ฉบับ ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอข้อมูลเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
- 4.2 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
- 4.3 สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมผู้นำ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
- 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
- 4.5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
- 4.6 ปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ทำการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.7 อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 36 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 23 ปี อายุมากที่สุด คือ 60 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.7 ประมาณ 1 ใน 3 มีสถานะภาพโสด ร้อยละ 69.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 10-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.2 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.2 ปี โดยระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด คือ 2 ปี มากที่สุด คือ 38 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ขึ้นไป ร้อยละ 72.5 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในร้อยละ 79.0 บทบาททางด้านพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายมากที่สุดคือ 5 ข้อ ต่อมาคือ กิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ การประกันคุณภาพ การควบคุมการติดเชื้อ และการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 70, 59.5, 33.9, 23.7 และ 25.4 ตามลำดับรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	1.3
หญิง	905	98.7
อายุ (ปี)		
23-29	208	22.7
30-39	448	48.9
40-49	191	20.8
มากกว่า 49	70	7.6
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	36±8.1	
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	23-60	
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	740	80.7
ปริญญาโท	177	19.3

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล
(ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	633	69.0
คู่	269	29.3
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	15	1.7
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)		
2-9	332	36.2
10-19	396	43.2
20-29	143	15.6
มากกว่า 29	46	5.0
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี)	13.2±8.1	
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	2-38	
ระดับของพยาบาลวิชาชีพ		
ระดับ 3	34	3.7
ระดับ 4	85	9.3
ระดับ 5	133	14.5
ระดับ 6 ขึ้นไป	665	72.5
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
ผู้ป่วยนอก เอกซเรย์ และอุบัติเหตุฉุกเฉิน	106	11.6
ผู้ป่วยใน	725	79.0
ห้องผ่าตัดและห้องคลอด	66	7.2
หน่วยงานสนับสนุน	20	2.2
งานคุณภาพที่ได้รับมอบหมาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การประกันคุณภาพ	311	33.9
การบริหารความเสี่ยง	217	23.7
กิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ	546	59.5
การควบคุมการติดเชื้อ	233	25.4
5ส	642	70.0
อื่น ๆ *	74	8.1

* เช่น วิทยาการคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยโดยทีม (care management team), การพัฒนารูปแบบการดูแล โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice = EBP)

4.2 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.1 การปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีเพียง ร้อยละ 19.2 และการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ 38.7 เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ และด้านโครงสร้างอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 52.8 และ 38.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยรวมและรายด้าน ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน

ตัวแปร	ดี	ปานกลาง	ต้องปรับปรุง
การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยรวม	19.2	42.1	38.7
ด้านปรัชญา	27.0	51.1	21.9
ด้านโครงสร้าง	25.6	35.7	38.7
ด้านความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ	17.1	30.1	52.8

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพรายข้อในแต่ละด้าน พบว่า

ด้านปรัชญา พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด คือ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ร้อยละ 39.5 แต่เรื่องวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงานทั้งหมดเมื่อผลลัพธ์การดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นประเด็นที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 14.3 การอธิบายรายละเอียดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจอย่างถ่องแท้ก่อนนำไปปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสอดคล้องกับตัวชี้วัดการดำเนินงานของหน่วยงานและองค์กร พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติน้อย คือร้อยละ 17.0 และ 17.4 ตามลำดับ

ด้านโครงสร้าง พบว่าผู้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในงานพัฒนาคุณภาพกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 31.2 ส่วนเรื่องวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ โดยใช้หลักทางสถิติเพื่อลดความแปรปรวนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ มีการเทียบเคียงผลการดำเนินงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ดีขึ้นไป และมีการใช้เครื่องมือพัฒนา

คุณภาพในการดำเนินงานคุณภาพ เช่น แผนภูมิแก๊งปลา แผนภูมิพาเรโต ฮิสโตแกรม Flow chart เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 15.0, 16.7 และ 18.5 ตามลำดับ

ด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด คือ มีการอ้างอิงโดยใช้หลักฐานทางการแพทย์มาใช้ในการประกอบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 19.7 แต่เรื่องมีการเปรียบเทียบต้นทุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพกับผลลัพธ์ที่ได้ การมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และได้รับความร่วมมือจากสาขาวิชาชีพ ทุกขั้นตอนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 9.9, 13.3 และ 17.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนก รายข้อ

รายการ	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านปรัชญา				
มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสอดคล้องกับวิสัยทัศน์หลักของหน่วยงานและ/องค์กร	18.0	65.7	16.2	0.1
มีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงานสอดคล้องกับตัวชี้วัดการดำเนินงานของหน่วยงาน/องค์กร	17.4	64.4	18.0	0.2
วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงานทั้งหมดเมื่อผลลัพธ์ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้	14.3	67.7	18.0	0.0
นำเทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ มาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	18.2	60.6	21.2	0.0
อธิบายรายละเอียดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจอย่างถ่องแท้ ก่อนนำไปปฏิบัติ	17.0	65.9	17.1	0.0
วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาในแต่ละเรื่อง ก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพ	19.7	62.1	18.2	0.0

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนก
รายชื่อ (ต่อ)

รายการ	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาครอบคลุมตามสาเหตุของแต่ละปัญหา	20.3	65.9	13.8	0.0
ใช้หลักของการวางแผน (plan) การดำเนินงาน (do) การตรวจสอบ (check) และการแก้ไข (act) ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	29.1	60.5	10.4	0.0
ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญในทุกกระบวนการดำเนินงาน	39.5	54.9	5.6	0.0
ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แม้จะพบปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน	29.4	59.5	11.0	0.1
แบ่งปันข้อมูลข่าวสารผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้กับบุคลากรในหน่วยงาน และองค์กรรับทราบ	26.0	58.7	15.2	0.1
ได้รับการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ก่อนนำไปปฏิบัติ	29.0	56.6	14.3	0.1
ด้านโครงสร้าง				
เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพมีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	29.3	60.3	10.3	0.1
ใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเช่น แผนภูมิแก้มปลา แผนภูมิพาเรโต ฮิสโตแกรม Flow chart เป็นต้น	18.5	46.5	33.7	1.3
จัดลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหา ก่อนนำไปปฏิบัติ	27.8	59.8	12.3	0.1

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนก
รายชื่อ (ต่อ)

รายการ	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ผู้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในงานพัฒนาคุณภาพที่ท่านได้รับมอบหมาย	31.2	57.1	11.6	0.1
วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ โดยใช้หลักทางสถิติ เพื่อลดความแปรปรวนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	15.0	50.5	30.4	4.1
วัดความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลังการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	19.0	54.0	25.0	2.0
มีการเทียบเคียงผลการดำเนินงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ดีขึ้นไป	16.7	50.8	29.7	2.8
ด้านความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ				
มีการอ้างอิงโดยใช้หลักฐานทางการแพทย์มาใช้ในการประกอบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	19.7	51.8	27.5	1.0
ได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพทุกขั้นตอนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	17.7	49.3	32.0	1.0
ร่วมจัดทำระบบการบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	17.8	54.4	26.7	1.1
มีการเปรียบเทียบต้นทุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพกับผลลัพธ์ที่ได้ว่าคุ้มค่าหรือไม่	9.9	44.4	38.5	7.2
มีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ	13.3	52.5	31.7	2.5

4. 3 สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมผู้นำ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งกรุงเทพมหานคร

สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเป็นสากล อยู่ในระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ 27.3

การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล และด้านบทบาทของสมาชิกในทีม อยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุดคือ ร้อยละ 25.6 และ 16.6 ตามลำดับ

พฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1 และระดับดี ร้อยละ 34.1 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ร้อยละของสมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ ของพยาบาลวิชาชีพ
จำนวน 917 คน

ตัวแปร	ดี	ปานกลาง	ต้องปรับปรุง
สมรรถนะในตนโดยรวม	17.2	67.3	15.5
ความยากง่ายของกิจกรรม	25.7	65.9	8.4
ความเข้มแข็ง	20.0	64.2	15.8
ความเป็นสากล	17.3	55.4	27.3
การทำงานเป็นทีม	28.8	60.1	11.1
การสื่อสารภายในทีม	68.5	29.0	2.5
วัตถุประสงค์ของทีมงาน	48.9	45.8	5.3
การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล	32.4	42.0	25.6
องค์กร	43.3	44.0	12.7
การควบคุม	51.6	41.4	7.0
การสนับสนุน	43.5	53.7	2.8
บทบาทของสมาชิกในทีม	30.2	53.2	16.6
การตัดสินใจ	30.4	57.0	12.6
ผลลัพธ์ของงาน	31.4	57.6	11.0
พฤติกรรมผู้นำ	34.1	47.1	18.8

4.3.1 สมรรถนะในตน

สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพพรายข้อในแต่ละด้านพบว่า ด้านความยากง่ายของกิจกรรม พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นมากถึงมากที่สุดว่า สามารถปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ ร้อยละ 88.5 รองลงมาคือ เรียนรู้กิจกรรมใหม่ ๆ ที่จะสนับสนุนให้งานสำเร็จ ร้อยละ 83.5 ส่วนเรื่องควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันต่าง ๆ ได้ และประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเองได้ พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นมากถึงมากที่สุด เพียงร้อยละ 68.4 และ 79.0 ตามลำดับ

ด้านความเข้มแข็ง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นมากถึงมากที่สุดว่ามีความสามารถเหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมาย ร้อยละ 79.2 รองลงมาคือ อดทนต่อความยากลำบากในการปฏิบัติงานทุกสถานการณ์ ร้อยละ 75.8 ส่วนการเผชิญกับภาวะคุกคามใด ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานได้ และปฏิบัติงานที่ย่างยากซับซ้อนให้สัมฤทธิ์ผลได้ พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นมากถึงมากที่สุด เพียงร้อยละ 68.1 และ 68.3 ตามลำดับ

ด้านความเป็นสากล พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นมากถึงมากที่สุดว่า สามารถดำเนินชีวิต ตามความเชื่อที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 86.3 แต่ในเรื่องมีเอกลักษณ์บางอย่างเฉพาะตัวที่ไม่เหมือนผู้อื่นทำให้เป็นจุดเด่นและเป็นที่ยอมรับ และความสามารถของท่านเป็นที่ยอมรับในระหว่างเพื่อนร่วมงาน พยาบาลวิชาชีพมีความเชื่อมั่นมากถึงมากที่สุด เพียงร้อยละ 48.1 และ 62.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ร้อยละ สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกตามรายชื่อ

รายการ	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านความยากง่ายของกิจกรรม					
ปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้สำเร็จ	20.7	67.8	11.2	0.3	0.0
เรียนรู้กิจกรรมใหม่ ๆ ที่จะสนับสนุนให้งานสำเร็จ	14.9	68.6	16.3	0.2	0.0
ฝึกฝนตนเองให้มีทักษะในด้านที่บกพร่อง	14.7	65.8	19.1	0.3	0.1
ประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเองได้	11.6	67.4	20.7	0.1	0.2
ควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันต่าง ๆ ได้	10.3	58.1	30.3	1.2	0.1

ตารางที่ 4.5 ร้อยละ สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

รายการ	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านความเข้มแข็ง					
เผชิญกับภาวะคุกคามใด ๆ ที่เป็นอุปสรรคใน การปฏิบัติงานได้	8.3	59.8	31.0	0.8	0.1
อดทนต่อความยากลำบากในการปฏิบัติงานได้ ทุกสถานการณ์	14.2	61.6	23.0	1.2	0.0
ปฏิบัติงานที่ย่างยากซับซ้อนให้สัมฤทธิ์ผลได้	10.4	57.9	31.3	0.3	0.1
มีความสามารถเหมาะสมกับงานที่ได้รับ มอบหมาย	11.6	67.6	20.3	0.4	0.1
ปฏิบัติงานในหน้าที่ทุกอย่างที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมั่นใจแม้เป็นงานที่ยาก	14.3	60.4	24.4	0.9	0.0
ด้านความเป็นสากล					
สามารถดำเนินชีวิตตามความเชื่อที่เป็นเอกลักษณ์ ของตนเอง	20.1	66.2	13.3	0.4	0.0
มีเอกลักษณ์บางอย่างเฉพาะตัวที่ไม่เหมือนผู้อื่น ทำให้ท่านเป็นจุดเด่นและเป็นที่ยอมรับ	6.9	41.2	47.4	3.6	0.9
ปฏิบัติงานได้หลายรูปแบบ	9.3	53.3	35.8	1.6	0.0
ความสามารถของท่านเป็นที่ยอมรับในระหว่าง เพื่อนร่วมงาน	6.2	56.4	36.4	0.8	0.2

4.3.2 การทำงานเป็นทีม

เมื่อพิจารณาการทำงานเป็นทีมรายชื่อของแต่ละด้านพบว่า ด้านการสื่อสารภายในทีม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นประจำสูงสุดถึงร้อยละ 60.0 คือ รับฟังความคิดเห็นของทุกคนในทีม รองลงมา คือ มีการติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดการประสานงานทำให้การดำเนินงานของทีมประสบความสำเร็จ ร้อยละ 55.4 แต่ด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล ในเรื่องมีการปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้นในทีมงาน และมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในทีม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นประจำ เพียงร้อยละ 27.3 และ 29.0 ด้านบทบาทสมาชิกใน

ทีม เรื่องมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทของสมาชิกในทีม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นประจำ เพียงร้อยละ 30.2 ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ร้อยละการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกตามรายชื่อ

รายการ	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การสื่อสารภายในทีม				
รับฟังความคิดเห็นของทุกคนในทีม	60.0	37.9	2.1	0.0
มีการติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดการประสานงานทำให้	55.4	41.2	3.4	0.0
การดำเนินงานของทีมนประสบความสำเร็จ				
ร่วมประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานของทีมนอย่างสม่ำเสมอ	42.4	49.2	8.4	0.0
วัตถุประสงค์ของทีมนงาน				
มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามแผนโดยยึดวัตถุประสงค์ของหน่วยงานหรือของโรงพยาบาลเป็นหลัก	48.9	45.8	5.2	0.1
การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล				
มีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในทีม	29.0	50.7	20.1	0.2
มีการปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันเมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้นในทีมนงาน	27.3	53.5	19.0	0.2
ลักษณะขององค์กร				
ปฏิบัติงานด้วยความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวได้กับทุกสถานการณ์	34.7	58.3	7.0	0.0
มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของทีมนงาน	33.4	55.6	10.8	0.2
การควบคุมงาน				
นำบทเรียนจากความผิดพลาดมาเป็นบทเรียนในการเรียนรู้มากกว่านำมากล่าวโทษกัน	37.1	55.3	7.5	0.1
ปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด	48.5	48.6	2.9	0.0

ตารางที่ 4.6 ร้อยละการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

รายการ	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การสนับสนุน				
ปฏิบัติงานโดยรับฟังและยอมรับในความแตกต่าง	43.5	53.7	2.8	0.0
ด้านความสามารถของแต่ละบุคคล				
บทบาทสมาชิกในทีม				
มีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทของสมาชิกในทีม	30.2	53.2	15.8	0.8
การตัดสินใจ				
มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ของทีมงาน	30.5	57.0	12.5	0.0
ผลลัพธ์ของงาน				
มีส่วนทำให้ทีมงานประสบความสำเร็จในการพัฒนา	31.4	57.6	11.0	0.0
คุณภาพอย่างต่อเนื่อง				

4.3.3 พฤติกรรมผู้นำ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพรายชื่อ พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด คือปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจและเอาใจใส่ ร้อยละ 64.1 รองลงมาคือรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ ร้อยละ 57.8 ส่วนเรื่องที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นประจำ น้อยที่สุด คือโน้มน้าวหรือจูงใจให้เพื่อนร่วมงานกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานเพื่อสนองตอบนโยบายของหน่วยงานและองค์กร สามารถชี้แนะข้อบกพร่องในการปฏิบัติงานให้เพื่อนร่วมงานได้ ให้ข้อเสนอแนะที่ดีแก่เพื่อนร่วมงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ดียิ่งขึ้น และเสนอแนวคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานและองค์กร ร้อยละ 13.0, 18.4, 19.1 และ 20.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ร้อยละพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน จำแนกตามรายชื่อ

รายการ	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
มีความพยายามที่จะผลักดันให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จสูงสุด	37.3	55.1	7.5	0.1
รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่	57.8	39.0	3.2	0.0
ปฏิบัติงาน ด้วยความตั้งใจ และเอาใจใส่	64.1	34.6	1.3	0.0
เสนอแนวคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานและองค์กร	20.3	48.4	31.2	0.1
สามารถชี้แนะข้อบกพร่องในการปฏิบัติงานให้เพื่อนร่วมงานได้	18.4	54.7	26.6	0.3
ให้ข้อเสนอแนะที่ดีแก่เพื่อนร่วมงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ดียิ่งขึ้น	19.1	56.9	24.0	0.0
เสนอแนะความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในที่ประชุมเกี่ยวกับงานที่ท่านปฏิบัติ	20.4	53.9	25.7	0.0
สามารถโน้มน้าวหรือจูงใจให้เพื่อนร่วมงาน กระตือรือร้นในการปฏิบัติงานเพื่อสนองตอบนโยบายของหน่วยงานและองค์กร	13.0	47.9	38.2	0.9
ให้กำลังใจเพื่อนร่วมงานเมื่อพบอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ	27.9	58.1	14.0	0.0
รับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานอย่างเท่าเทียมกัน	41.1	54.5	4.4	0.0
สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยตนเอง	35.6	56.8	7.6	0.0
ภายใต้บทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ				
สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่มีข้อขัดแย้ง	33.9	58.1	8.0	0.0
แสดงความรับผิดชอบเมื่อมีข้อบกพร่องในการปฏิบัติงาน	44.7	51.3	4.0	0.0

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

4.4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล และระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ

ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล และระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ระดับการศึกษา และระดับของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ส่วนเพศ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปร	จำนวน	ระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (%)			p-value*
		ดี	ปานกลาง	ต้องปรับปรุง	
เพศ					
ชาย	12	25.0	41.7	33.3	0.859
หญิง	905	19.1	42.1	38.8	
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรี	740	16.5	42.4	41.1	0.000
ปริญญาโท	177	30.5	40.7	28.8	
สถานภาพสมรส					
โสด	633	17.6	43.1	39.3	0.429
คู่	269	22.7	39.8	37.5	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	15	26.7	40.0	33.3	
ระดับของพยาบาลวิชาชีพ					
ระดับ 3	34	2.9	35.3	61.8	0.001
ระดับ 4	85	8.2	43.6	48.2	
ระดับ 5	133	16.5	41.4	42.1	
ระดับ 6 ขึ้นไป	665	22.0	42.4	35.6	

* p-value โดย Chi-square

4.4.2 อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นั่นคือพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะในตนดี จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นั่นคือพยาบาลวิชาชีพที่มีการทำงานเป็นทีมดี จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

พฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นั่นคือพยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมผู้นำดี จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน

ตัวแปร	การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	
	r	p-value
อายุ (ปี)	0.144	<0.001
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)	0.150	<0.001
สมรรถนะในตน	0.401	<0.001
ความยากง่ายของกิจกรรม	0.356	<0.001
ความเข้มแข็ง	0.360	<0.001
ความเป็นสากล	0.364	<0.001

ตารางที่ 4.9 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน (ต่อ)

ตัวแปร	การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	
	r	p-value
การทำงานเป็นทีม	0.570	<0.001
การสื่อสารภายในทีม	0.386	<0.001
วัตถุประสงค์ของทีมงาน	0.411	<0.001
การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล	0.492	<0.001
ลักษณะขององค์กร	0.475	<0.001
การควบคุมงาน	0.449	<0.001
การสนับสนุน	0.379	<0.001
บทบาทของสมาชิกในทีม	0.468	<0.001
การตัดสินใจ	0.468	<0.001
ผลลัพธ์ของงาน	0.532	<0.001
พฤติกรรมผู้นำ	0.627	<0.001

4.5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวแปรในการอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้นำตัวแปร 17 ตัวแปร คือ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับของพยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะในตนด้านความยากง่ายของกิจกรรม ด้านความเข้มแข็ง ด้านความเป็นสากล การทำงานเป็นทีมด้านการสื่อสารภายในทีม ด้านวัตถุประสงค์ของทีมงาน ด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล ด้านลักษณะขององค์กร ด้านการควบคุมงาน ด้านการสนับสนุน ด้านบทบาทของสมาชิกในทีม ด้านการตัดสินใจ ด้านผลลัพธ์ของงาน และพฤติกรรมผู้นำ เข้ามาวิเคราะห์ในสมการ พบว่า มีเพียง 4 ตัวแปรที่สามารถอธิบายการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพได้ ในขั้นที่ 1 คือ พฤติกรรมผู้นำ สามารถอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ

39.3 ($R^2 \text{ adj} = 0.393$) การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการในขั้นตอนที่ 2 เมื่อรวมกับพฤติกรรมผู้นำ สามารถอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ 41.5 ($R^2 \text{ adj} = 0.415$) การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการในขั้นตอนที่ 3 เมื่อรวมกับพฤติกรรมผู้นำ และการทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน สามารถอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ 42.2 ($R^2 \text{ adj} = 0.422$) และระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการในขั้นตอนที่ 4 เมื่อรวมกับพฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน และด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล สามารถอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ 42.5 ($R^2 \text{ adj} = 0.425$)

ดังนั้นพฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล และระดับการศึกษาปริญญาตรี สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 42.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถสร้างสมการอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพได้ดังนี้

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ = $16.55 + 0.78$ (พฤติกรรมผู้นำ) + 2.94 (การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน) + 0.93 (การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล) - 1.52 (ระดับการศึกษาปริญญาตรี)

นั่นคือ เมื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคลดี และมีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 917 คน

ขั้นตอน	ตัวแปร	R ²	R ² adj	b	S.E.b	b adj.	p-value
1	พฤติกรรมผู้นำ	0.393	0.393	1.140	0.047	0.627	0.000
	ค่าคงที่			15.441	1.354		0.000
2	พฤติกรรมผู้นำ	0.416	0.415	0.892	0.062	0.491	0.000
	ผลลัพธ์ของงาน			3.420	0.568	0.204	0.000
	ค่าคงที่			14.934	1.331		
3	พฤติกรรมผู้นำ	0.424	0.422	0.789	0.068	0.434	0.000
	ผลลัพธ์ของงาน			2.988	0.578	0.179	0.000
	การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล			0.930	0.270	0.116	0.001
	ค่าคงที่			14.944	1.324		0.000
4	พฤติกรรมผู้นำ	0.427	0.425	0.779	0.068	0.429	0.000
	ผลลัพธ์ของงาน			2.939	0.577	0.176	0.000
	การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล			0.930	0.269	0.116	0.001
	ระดับการศึกษา			-1.522	0.663	-0.058	0.022
	ค่าคงที่			16.553	1.495		0.000

4.6 ปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

จากการตอบคำถามของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ สรุปได้ 3 ด้าน คือ

ด้านผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลมีความเห็นว่าการได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพและมีการทำงานเป็นทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดร้อยละ 23.2 รองลงมาคือ พยาบาลเห็นความสำคัญในการพัฒนา ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ มีความเสียสละ และ พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 11.6 และ 9.6 ตามลำดับ

ด้านผู้บริหาร พยาบาลมีความเห็นว่าปัจจัยสำคัญที่สุด คือ ผู้บริหารควรสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยเฉพาะแรงเสริมทางบวก เช่น คำชื่นชม สร้างขวัญและกำลังใจ เพิ่ม

สวัสดิการ ค่าตอบแทน ส่งเสริมการเลื่อนระดับ และความก้าวหน้าในวิชาชีพ ร้อยละ 48.7 รองลงมา คือผู้บริหารจัดอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมกับภาระงาน และผู้บริหารเป็นแบบอย่างและมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการพัฒนา ร้อยละ 41.5 และ 40.4 ตามลำดับ

ด้านระบบงาน พยาบาลมีความเห็นว่าระบบสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพอย่างทั่วถึง ร้อยละ 27.9 รองลงมาคือจัดตั้งกลุ่มกรรมการพัฒนาคุณภาพ ที่เป็นแกนหลักในการดำเนินงาน ประเมินผล และคอยประสานงานกับตึกต่าง ๆ ร้อยละ 12.4 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 458 คน

ปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	จำนวน	%
ผู้ปฏิบัติงาน	83	23.2
1. ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ การทำงานเป็นทีมสุขภาพ		
2. พยาบาลเห็นความสำคัญในการพัฒนา ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ และมีความเสียสละ	53	11.6
3. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ	44	9.6
4. พยาบาลศึกษาหาความรู้และนำวิจัยมาใช้ประกอบการพัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	32	7.0
5. พยาบาลมีทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ	24	5.2
6. พยาบาลมีความรักมั่นผูกพันรักกับองค์กร	20	4.4
ผู้บริหาร		
1. ผู้บริหารสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยเฉพาะแรงเสริมทางบวก เช่น คำชื่นชม สร้างขวัญและกำลังใจ เพิ่มสวัสดิการ ค่าตอบแทน ส่งเสริมการเลื่อนระดับ และความก้าวหน้าในวิชาชีพ	223	48.7
2. ผู้บริหารจัดอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมกับภาระงาน	190	41.5
3. ผู้บริหารเป็นแบบอย่างและมีส่วนร่วมที่จริงจังในการพัฒนา	185	40.4
4. ผู้บริหารสนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงานทุกด้านอย่างเหมาะสมและเพียงพอ	183	39.9

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 458 คน (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	จำนวน	%
ผู้บริหาร (ต่อ)	155	33.8
5. ผู้บริหารกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ยุทธศาสตร์ ที่เป็น รูปธรรม มีนโยบายคุณภาพสู่การปฏิบัติที่มีความชัดเจน		
6. ผู้บริหารเป็นผู้ริเริ่มงานและมีการติดตามประเมินผลอย่าง ต่อเนื่อง	83	18.1
7. ผู้บริหารจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่าง ต่อเนื่อง มีแผนพัฒนาบุคลากรที่มีระบบ	55	12.0
8. ผู้บริหารสนับสนุนการดูงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร	38	8.3
9. ผู้บริหารส่งเสริมให้ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น	30	6.6
10. ผู้บริหารสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่ดีในการทำงาน	27	5.9
ระบบงาน		
1. นำระบบสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพอย่างทั่วถึง	128	27.9
2. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ที่เป็นแกนหลักในการ ดำเนินงาน ประเมินผล และคอยประสานงานกับตึกต่าง ๆ	57	12.4
3. มีการนำข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) จากผู้ให้บริการมาปรับปรุง งาน	17	3.7
4. กำหนดงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล (non nursing) เพิ่ม บทบาทด้านวิชาการ	15	3.3

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อวัดระดับสมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,124 คน การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยใช้ไค-สแควร์ (Chi-square) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายผลเป็น 3 ส่วน ดังนี้

5.1 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

5.2 สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

5.1 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โดยภาพรวม การปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.1 และระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ 38.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌ็อง-พล พลเสน (Polson, 2003) พบว่าบุคลากรทางการพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ฌ็อง-ชียา กักดี (2548) พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน การที่พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน เพราะระยะเวลาที่ทำการศึกษ เป็นช่วงหลังการเกษียณอายุ การลาออก และการโอนย้ายหน่วยงาน ทำให้พยาบาล

ต้องมีการระดมทุนมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาของ สมสมัย สุธีรัตนันต์ และ ยุพิน อังสุโรจน์ (Sutherasan and Aungsuroch, 2008) พบว่า อุปสรรค และความยากลำบากในการบริหารคุณภาพ คือ ความเหนื่อยล้า การลาออก และการโอนย้ายของบุคลากร และจากการตอบแบบสอบถาม พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าผู้บริหารควรสร้างแรงจูงใจในการทำงานโดยเฉพาะแรงเสริมทางบวก เช่น คำชื่นชม สร้างขวัญและกำลังใจ เพิ่มสวัสดิการ ค่าตอบแทน ส่งเสริมการเลื่อนระดับ และความก้าวหน้าในวิชาชีพ (48.7%) และผู้บริหารจัดอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมกับภาระงาน (41.5%) ซึ่งการศึกษาของ จินตนา ส่องแสงจันทร์ (2549) พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลคือ ภาระงานมาก ค่าตอบแทนไม่คุ้มค่า เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่องานที่มอบหมาย

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องรายด้านพบว่า การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านปรัชญา อยู่ในระดับดีสูงสุดร้อยละ 27.0 อาจเนื่องมาจากหนึ่งในพันธกิจหลักของโรงพยาบาล คือ ให้บริการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพที่เป็นเลิศ ด้วยการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีคุณค่าหลักขององค์กร คือปลูกฝังให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในงานเช่นกัน จึงทำให้พยาบาลได้รับการอบรมและได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพสม่ำเสมอ ส่วนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ และด้านโครงสร้างอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ถึงร้อยละ 52.8 และ 38.7 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจาก การดำเนินงานทุกขั้นตอนต้องอาศัยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ แต่พบว่ามีเพียงร้อยละ 17.7 ที่สหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ และจากการตอบแบบสอบถาม พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 23.2 มีความคิดเห็นว่า การได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพและมีการทำงานเป็นทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านปรัชญารายข้อ พบว่า วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงานทั้งหมดเมื่อผลลัพธ์การดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นประเด็นที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 14.3 การอธิบายรายละเอียดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจอย่างถ่องแท้ก่อนนำไปปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสอดคล้องกับตัวชี้วัดการดำเนินงานของหน่วยงานและองค์กร พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติเป็นประจำน้อยใกล้เคียงกันคือร้อยละ 17.0 และ 17.4 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจาก ในทุกกระบวนการดำเนินงานต้องอาศัยการระดมสมอง และต้องใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพมาช่วยวิเคราะห์ปัญหา เพื่อให้เกิดการมองปัญหาอย่างครอบคลุมทุกด้าน ผู้นำทีมถือว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมาก แต่เนื่องจากพยาบาล มีหน้าที่หลักคือการดูแลผู้ป่วยเบ็ดเสร็จ 24

ชั่วโมง จึงต้องหมุนเวียนเวรกันทำให้โอกาสในการรวมกลุ่มหรือประชุมทีมเกิดขึ้นค่อนข้างยาก จนบางครั้งกลายเป็นหน้าที่ของผู้นำทีมเพียงผู้เดียว

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านโครงสร้างรายชื่อ พบว่าผู้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในงานพัฒนาคุณภาพกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำสูงสุด ร้อยละ 31.2 เนื่องมาจากองค์กรพยาบาลนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยถือว่าเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการ เพื่อให้การดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากนี้ยังเป็นผู้เชื่อมโยงนโยบายระดับกลุ่มการพยาบาลสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน ผู้บังคับบัญชาจึงมีความสำคัญอันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพที่ประสบผลสำเร็จ โดยร่วมมือกับพยาบาลวิชาชีพ (Schmidt and Finnigan, 1993) ส่วนเรื่อง วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ โดยใช้หลักทางสถิติ เพื่อลดความแปรปรวนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 15.0 เนื่องมาจากการวิเคราะห์เพื่อหาความแปรปรวนที่มีผลกับกระบวนการดำเนินงานนั้นต้องพิจารณาตั้งแต่ ผู้รับบริการ ผู้ที่เกี่ยวข้อง และตัวผู้ปฏิบัติงานเอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาศึกษาและต้องทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน (Carey and Lloyd, 2001) เมื่อภาระงานประจำที่มากทำให้ความสนใจด้านนี้ลดลง ส่วนการเทียบเคียงผลการดำเนินงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ดีขึ้นไป พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติน้อยรองลงมา คือ ร้อยละ 16.7 อาจเนื่องมาจากการยากที่แต่ละหน่วยงานหรือองค์กร จะให้ข้อมูลผลการดำเนินงาน เพราะถือว่าเป็นข้อมูลลับภายในของแต่ละที่ การเทียบเคียงจึงเป็นไปได้ค่อนข้างยาก ส่วนใหญ่แล้วพยาบาลจะทำการเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานที่ผ่านมา หรือเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดของโรงพยาบาลมากกว่า และในเรื่องมีการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานคุณภาพเช่น แผนภูมิแก๊งปลา แผนภูมิพาเรโต ฮิสโตแกรม ผังแสดงกระบวนการทำงาน (Flow chart) เป็นต้น พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติน้อยเช่นกัน ร้อยละ 18.5 เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ทำการศึกษานี้ มีการใช้เครื่องมือคุณภาพคือแผนภูมิแก๊งปลา แผนภูมิพาเรโต แผนภูมิกิ่งไม้ ใบตรวจสอบกราฟ ในงานการประกันคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง กิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ และการควบคุมการติดเชื้อ แต่ในงาน 5ส จะมุ่งเน้นเรื่อง สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ และสร้างวินัย ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 70 ปฏิบัติงาน 5ส. ทำให้โอกาสในการใช้เครื่องมือคุณภาพดังกล่าวจึงค่อนข้างน้อย

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพรายชื่อ พบว่าส่วนเรื่อง มีการเปรียบเทียบต้นทุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพกับผลลัพธ์ที่ได้ว่าคุ้มหรือไม่ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 9.9 เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้มีปัจจัยที่ทำให้ต้นทุนการรักษาสูงขึ้นด้วย ปัจจุบันผู้ให้บริการสามารถไปตรวจอะไรก็ได้

ได้ที่ไม่จำเป็น เพื่อความสบายใจ ส่วนด้านผู้ให้บริการก็มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงจำนวนมาก ในการตรวจวินิจฉัย เพื่อไม่ให้เกิดการฟ้องร้องหากมีการวินิจฉัยผิดพลาด (สุมนา หวังนิพนพานโต และ ภัทรปภา สุทธิจันทร์เดช, 2554) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่โดยตรงคือส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้ให้บริการ การคิดวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานพยาบาล จึงปฏิบัติค่อนข้างน้อย แต่จะวัดที่ผลลัพธ์ของการดำเนินงานมากกว่า

5.2 สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

5.2.1 สมรรถนะในตน

สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 อาจเนื่องมาจาก พยาบาลวิชาชีพไม่มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันต่าง ๆ ได้ และเผชิญกับภาวะคุกคามที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานได้ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเป็นสากล อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 27.3 เนื่องมาจากพยาบาลไม่มั่นใจว่าการมีเอกลักษณ์บางอย่างทำให้ตนเองเป็นจุดเด่นและเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่น และความสามารถของ ตนจะเป็นที่ยอมรับในระหว่างเพื่อนร่วมงานหรือไม่ ตามทฤษฎีของเบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวไว้ว่าการรับรู้สมรรถนะในตนจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และปัจจัยสภาพแวดล้อม ซึ่ง 3 องค์ประกอบนี้ จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ถ้าหากร่างกายหรืออารมณ์ ถูกกระตุ้น จนทำให้เกิดความเครียด กลัว เหนื่อยล้า จะทำให้มีการรับรู้สมรรถนะในตนลดลงและ บั่นทอนความเชื่อมั่น ทำให้ขาดความพยายามที่จะทำงานให้สำเร็จ แต่ถ้าบุคคลที่รับรู้สมรรถนะของ ตนเองสูง จะเป็นคนที่มีความพยายาม ไม่ย่อท้อ และกระตือรือร้นในการทำงานแม้จะเป็นงานที่ยาก และจะประสบความสำเร็จในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ลี และ โก (Lee and Ko, 2010) พบว่า สมรรถนะในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาล โดยสมรรถนะในตนทำให้การปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้น และการศึกษา ของลับบอร์ ลัฟ และชวิก (Lubber, Loughlin and Zweig, 2005) พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนด้านการทำงานมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของการ ปฏิบัติการทำงาน ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนด้านการทำงานมีอำนาจในการทำนายถึงคุณภาพการ ทำงานของพนักงานด้วย

5.2.2 การทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.1 อาจเนื่องมาจาก การทำงานเป็นทีมนอกจากการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทสมาชิกทีมและการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคลถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานต่าง ๆ เกิดความคล่องตัว และบรรลุวัตถุประสงค์ได้ง่าย แต่บทบาทดังกล่าว โดยเฉพาะการจัดการความขัดแย้ง พยาบาลวิชาชีพมักคิดว่าเป็นหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาหัวหน้า หรือหัวหน้าทีมเท่านั้น เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลขึ้นไม่ว่าจะมีน้อยหรือมากก็ตาม ถ้าไม่สามารถแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งได้ จะทำให้เกิดปัญหาการสื่อสาร การยึดเหนี่ยวของกลุ่มลดลง บรรยากาศขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานในการทำงานแย่ ส่งผลต่อประสิทธิผลของงานด้วย (สุพานิ สฤณภูวนิช, 2549) จากการศึกษาของ กมลเนตร นิยมแก้ว (Chiemkaew, 2006) พบว่า การทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการสำเร็จในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพไปปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราช การศึกษาของ ลี ชอย เกง โซ และแซ (Lee, Choi, Kang, Cho and Chae, 2002) พบว่า รูปแบบการทำงานเป็นทีม มีผลทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และแวนดาว อินทบุตร (2549) พบว่า การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลผลิตของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสื่อสารภายในทีมเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ ที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

5.2.3 พฤติกรรมผู้นำ

พฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1 สอดคล้องกับการศึกษาของมณีนรัตน์ แสงเดือน (2542) พบว่าพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพยังขาดทักษะในการโน้มน้าวหรือจูงใจให้เพื่อนร่วมงานให้กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ไม่สามารถชี้แนะข้อบกพร่อง ให้ข้อแนะนำที่ดีในการปฏิบัติงานแก่เพื่อนร่วมงาน และเสนอแนวคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน เพราะว่าตนเองไม่ได้สัมผัสงานนั้นอย่างจริงจัง ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรคือข้อดี ข้อเสียของงานนั้น จึงทำให้ไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ลักษณะของผู้ที่มีพฤติกรรมความเป็นผู้นำนั้น ต้องเป็นผู้มีพลังกำลังความสามารถ (Energy) มีความเข้าใจในมนุษยสัมพันธ์ มีทักษะการสื่อสาร มีความสามารถในการจูงใจผู้อื่น มีความสามารถในการสอนงานผู้อื่น เป็นต้น (Terry, 1964) การแนะนำ ชี้แนะข้อบกพร่องและเสนอแนวคิดใหม่ ๆ ในการปฏิบัติงานให้เพื่อนร่วมงาน ถือว่าเป็นพฤติกรรมผู้นำที่สำคัญ ถ้าพยาบาลละเลยประเด็นนี้จะทำให้งานที่ปฏิบัติประสบความสำเร็จได้ไม่เต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา ยัมพงศ์ (2543) พบว่า พฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์

กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม การศึกษาของเสาวภา สรานพกุล (2545) พบว่า ภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

5.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ

จากการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล และระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และระดับของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้น ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากขึ้น มีระดับการศึกษาและระดับการปฏิบัติที่สูงขึ้น จะทำให้พยาบาลเกิดการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ ทั้งจากการทำงาน และได้รับการฝึกอบรม ทำให้เกิดการพัฒนางานได้มากขึ้น ส่วนเพศ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจาก เป็นการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเกือบทั้งหมด เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.7 และร้อยละ 69.0 มีสถานภาพโสด จึงทำให้ เพศ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของชนมณฑชก เจริญสวัสดิ์ (2552) พบว่า อายุ และ ประสบการณ์การทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่จากการศึกษาของปัทมา ยัมพงศ์ (2543) พบว่าทั้ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ

สมรรถนะในตนโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพที่รับรู้ว่างานนั้นเป็นงานที่ยุ่งยาก แต่มีความมั่นใจในความสามารถ

ของคนว่าจะฟันฝ่าอุปสรรคจนสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จ แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ปัญหาคล้ายหรือต่างกับที่เคยผ่านมาแล้วก็ตาม จะสามารถปรับความสามารถของตนให้เข้ากับงานได้ ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีของ เบนดูราที่กล่าวว่า พฤติกรรมของคนไม่ได้ขึ้นและเปลี่ยนด้วยสิ่งแวดล้อมอย่างเดียว สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะของตนในสภาพการณ์นั้น นั่นคือ ถ้าเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะ เขาจะมีความอดทน อุทิศหาะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานในที่สุด (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลี และ โก (Lee and Ko, 2010) ได้ศึกษา ผลของสมรรถนะในตนเอง อารมณ์ และการเลือกใช้สมรรถนะ ในการปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาล และการศึกษา ของลับบอร์ ลัฟ และชวิก (Lubber, Loughlin and Zweig, 2005)) พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองด้านการทำงานมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติการทำงานและภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนเองด้านการทำงานมีอำนาจในการทำนายถึงคุณภาพการทำงานของพนักงานด้วย

การทำงานเป็นทีมโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 เนื่องจากในการปฏิบัติงานทุกกิจกรรมของพยาบาล สิ่งสำคัญคือการทำงานเป็นทีมหากเกิดความขัดแย้งขึ้นไม่ว่าจะมีน้อยหรือมากก็ตาม ถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งได้ จะทำให้เกิดปัญหาการสื่อสาร การขัดแย้งของกลุ่มลดลง บรรยากาศในการทำงานแย่ ส่งผลให้ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานต่ำลง (สุพานี สฤณภูวนิช, 2549) ซึ่งจากการศึกษาของจารุพรรณ ลีละยุทธโยธิน (2544) พบว่า การทำงานเป็นทีมการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างสูงกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย การศึกษาของมณีนันท์ พากเพียร ผ่องศรี เกียรติเลิศสนา และวรรณนิภา วัชรชัยสุวิกรม (2547) พบว่า การทำงานเป็นทีมและการจัดการคุณภาพโดยรวมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการรับรองคุณภาพอยู่ในระดับสูง และการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการคุณภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แวดาว อินทบุตร (2549) พบว่า การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลผลิตของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษาของ ลี ชอย เกง โช และแซ (Lee, Choi, Kang, Cho and Chae, 2002) ได้ศึกษา การประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปปฏิบัติ: ประสิทธิภาพในโรงพยาบาลเกาหลี ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ รูปแบบการทำงานเป็นทีม มีผลทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 นั่นคือพยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมผู้นำดี จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี เนื่องจาก พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพ ที่แสดงให้เห็นว่ามีความเสียสละ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน กล้าแสดงออก มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ มีความรู้ความสามารถ และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ เรียกได้ว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมผู้นำ ทำให้การปฏิบัติงานสำเร็จได้โดยง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีณญาชาติ เปรมาสวัสดิ์ (Premasawad, 2006) พบว่าพฤติกรรมผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาของ ปัทมา ยิ้มพงศ์ (2543) พบว่า พฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวม และการศึกษาของเสาวภา สรานพกุล (2545) พบว่า ปัจจัยด้านภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.01$) และการศึกษาของภาวณิ หงส์เจริญ (2549) พบว่า พฤติกรรมผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการยอมรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คือ พฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล และการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 42.5 ($R^2 \text{ adj.} = 0.425$) นั่นคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ การทำงานเป็นทีมด้านความขัดแย้งระหว่างบุคคลดี และมีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีจะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

เนื่องจากการประเมินการปฏิบัติงานในการวิจัยนี้ ใช้วิธีการให้พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ประเมินตนเองในประเด็นสมรรถนะในตน การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมผู้นำ ซึ่งอาจส่งผลให้มีบางกิจกรรมที่ประเมินเกินความเป็นจริง (Over estimation) และบางกิจกรรมที่มีการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง (Under estimation) แต่การประเมินตนเองดังกล่าวยังเป็นที่ยอมรับและใช้ประเมินโดยทั่วไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล วัดระดับสมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมผู้นำ และเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ พ.ศ.2554 (1 ตุลาคม 2553-30 กันยายน 2554) ทั้งหมดจำนวน 1,124 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 921 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 81.9 เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 917 ฉบับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของสมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 0.896, 0.912, 0.893 และ 0.956 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าไค-สแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p \leq 0.05$

สรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

ลักษณะทั่วไปของประชากร พบว่าพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.7 อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 48.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 36 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.7 ประมาณ 1 ใน 3 มีสถานะภาพโสด ร้อยละ 69.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 10-19 ปี ร้อยละ 43.2 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.2 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ขึ้นไป ร้อยละ 72.5 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 79.0

บทบาทงานด้านพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายมากที่สุดคือ 5ส ต่อมาคือ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การประกันคุณภาพ การควบคุมการติดเชื้อ และการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 70.0, 59.5, 33.9, 23.7 และ 25.4 ตามลำดับ

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.1 การปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีเพียง ร้อยละ 19.2 และการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ 38.7 เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ และด้านโครงสร้างอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 52.8 และ 38.7 ตามลำดับ สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 และระดับดี ร้อยละ 17.2 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สมรรถนะในตนด้านความเป็นสากล อยู่ในระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ 27.3 การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการสื่อสารภายในทีม อยู่ในระดับดีสูงสุดคือ ร้อยละ 68.5 ส่วนด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล และด้านบทบาทของสมาชิกในทีม อยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุดคือ ร้อยละ 25.6 และ 16.6 ตามลำดับ พฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1 และ ระดับดีร้อยละ 34.1 ระดับการศึกษา และระดับของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตัวแปรที่มีความสำคัญและสามารถอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คือ พฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล และการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 42.5 นั่นคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคลดี และมีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีม ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ ควรให้ความสำคัญในการสร้างให้พยาบาลมีพฤติกรรมความเป็นผู้นำ เพราะความเป็นผู้นำสามารถพัฒนาได้จากการตั้งสมประสงค์ในการทำงานและพัฒนาเพิ่มพูนทักษะหรือความสามารถบางอย่างให้เกิดขึ้น ซึ่งฝ่ายการพยาบาล ควรจัดให้มีการฝึกอบรม และการพัฒนาพฤติกรรมความเป็นผู้นำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง โดยจัดในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การให้วิเคราะห์สถานการณ์
2. ด้านการทำงานเป็นทีมของพยาบาล ควรมุ่งเน้นให้พยาบาลมีทักษะเพิ่มขึ้นในเรื่องการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งฝ่ายการพยาบาลควรจัดอบรมในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างเทคนิคการสื่อสาร การจัดการความขัดแย้งภายในทีม เทคนิคการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของทีม เป็นต้น
3. ด้านระดับการศึกษา ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ได้รับการอบรม ศึกษางานขององค์กรภายนอก เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางการปฏิบัติงานที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร
2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเชิงเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ เช่น กระทรวงกลาโหม กระทรวง ทบวง เป็นต้น
3. ควรมีการวิจัยตัวแปรอื่นที่อาจอธิบายการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ เช่น ความเครียดในการทำงาน วัฒนธรรมองค์กร การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ปัจจัยเชิงจิตในการปฏิบัติงานคุณภาพ เป็นต้น

สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

SELF-EFFICACY, TEAMWORK, LEADERSHIP BEHAVIORS AND CONTINUOUS
QUALITY IMPROVEMENT OF PROFESSIONAL NURSES OF ONE TERTIARY-CARE
HOSPITAL IN BANGKOK

วิไลวรรณ แสงเนียม 5136371 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, พบ.ค.(ประชากรและการพัฒนา),
ฉวีวรรณ บุญสุยา, MSPH.(BIOSTATISTICS), นพพร โทวธีระกุล, Ph.D.(MEDICINE AND
HEALTH SCIENCES)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิด
ปัญหาด้านการให้บริการสุขภาพ จากสถิติเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ของไทย
ในปี พ.ศ.2539-2551 พบว่า มีมากกว่า 300 เรื่อง โดยถูกฟ้องร้องตกเป็นจำเลย 98 คดี เป็นคดีแพ่ง 86
คดี คดีอาญา 12 คดี สาเหตุที่ฟ้องร้องมากที่สุด ได้แก่ การรักษาผิดพลาด การดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน
การวินิจฉัยผิดพลาด เป็นต้น (ไพจิตร วราจิต, 2552) และจากการศึกษาของ สรรวิช อัสวเรืองชัย
จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์ นริน หิรัณสุทธิกุล และ อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (Asavaroengchai, Sriratanaban,
Hiransuthikul, and Supachutikul, 2009) เรื่องอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย
ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศไทย ในปี ค.ศ.2008 โดยทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 236 เหตุการณ์ เฉลี่ย 41.0 ครั้งต่อผู้ป่วยใน 100
คน โดยพบว่า 53% ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายอย่างถาวร และ 51.7% เป็นเหตุการณ์ที่สามารถ
ป้องกันได้ ชนิดของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดจาก กระบวนการดูแลผู้ป่วย 31.8% การผ่าตัด
20.3% และการให้ยา การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด 17.8% เป็นต้น

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 1,450 เตียง มีบุคลากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1,400 คน โรงพยาบาลเริ่มดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ในรูปแบบวงจรการควบคุมคุณภาพ ผ่านการรับรองคุณภาพ ISO 9002 เมื่อปี 2542 ผ่านการรับรองคุณภาพโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ปี 2545 ผ่านการ Re-accreditation survey ครั้งที่ 2 เมื่อปี 2550 ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพทุกรูปแบบ แต่จากผลการเชื่อมสำรวจภายในองค์กร (Internal survey) ของผู้บริหารพบว่า ภายหลังจากเชื่อมสำรวจ พยาบาลมีความเหนื่อยล้า แรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องลดลง ผลของการศึกษานี้ จะเป็นแนวทางให้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพมีความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. วัดระดับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
2. อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
3. วัดระดับสมรรถนะในตน ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
4. ประเมินการทำงานเป็นทีม ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
5. ประเมินพฤติกรรมผู้นำ ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

ทบทวนวรรณกรรม

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) (McLaughlin and Kaluzny, 2006)

เป็นกระบวนการในองค์กรที่สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพตามความคาดหวัง หรือเกินกว่าความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1. องค์ประกอบเชิงปรัชญา (Philosophical elements) มุ่งเน้นที่แผนกลยุทธ์ ผู้ให้บริการ มุมมองด้านระบบ ใช้ข้อมูลความรู้เชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

2. องค์ประกอบด้านโครงสร้าง (Structure element) มีทีมพัฒนากระบวนการ มีการใช้เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพ 7 เครื่องมือ มีการทำงานที่คู่ขนานกันในองค์กร มีการมอบหมายงานจากผู้บริหารระดับสูง มีการวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ใช้การเทียบเคียงผลการปฏิบัติงานที่ดี เป็นต้น

3. องค์ประกอบด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ (Health-care-specific elements) มีการศึกษาทางคลินิก และมีการอ้างอิงถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ มีการวัดผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิภาพ เป็นต้น

การวิจัยนี้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีความสม่ำเสมอ และมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทุกกิจกรรม โดยครอบคลุม 3 องค์ประกอบ คือ ด้านปรัชญา ด้านโครงสร้าง และด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพ

สมรรถนะในตน (Self-efficacy)

อัลเบิร์ต เบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่า สมรรถนะในตน เป็นความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะในตนสูง เขาจะมีความมั่นใจ พยายามที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ แต่เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะในตนต่ำ เขาจะมีความกังวลเกี่ยวกับการแสดงความสามารถของตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนที่ตรงตามความเป็นจริง ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น การประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น สะท้อนให้เห็นความเชื่อมั่น 3 มิติ คือ 1) มิติเกี่ยวกับระดับหรือความยากง่ายของกิจกรรม (Level of magnitude) 2) มิติความเข้มแข็ง (Strength) และ 3) มิติความเป็นสากล (Generality) ในการวิจัยนี้วัดระดับสมรรถนะในตน ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลโดยประเมินตามความเชื่อมั่น 3 มิติ ตามแนวคิดของ เบนดูรา

การทำงานเป็นทีม (Teamwork)

การทำงานเป็นทีม เปรียบเสมือนการมีแหล่งชุมทรัพย์ทางการร่วมมือ และไม่มีสิ่งใดที่เป็นไปไม่ได้ ภายใต้การทำงานเป็นทีม (Schutz, 1989) มีนักวิชาการหลายท่านให้คำนิยามถึงการ

ทำงานเป็นทีม แต่โดยสรุปแล้ว การทำงานเป็นทีม หมายถึง การทำงานของกลุ่มบุคคลที่ทำงานตามบทบาทหน้าที่ ที่รับผิดชอบร่วมกัน มีการพึ่งพาช่วยเหลือ สนับสนุนกัน เพื่อให้การทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีการทำงานเป็นทีมของ วาร์เนย์ (Varney, 1989) มาใช้เป็นแนวทางในการประเมินการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล โดยพิจารณาจาก การสื่อสารภายในทีม วัตถุประสงค์ของทีมงาน การจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล ลักษณะขององค์กร การควบคุมงาน การสนับสนุน บทบาทของสมาชิกในทีม การตัดสินใจ และผลลัพธ์ของงาน

พฤติกรรมผู้นำ (Leadership behavior)

วิลเลียม (Williams, 2007) กล่าวว่า พฤติกรรมผู้นำ เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำของผู้นำ ที่มีอิทธิพลกับบุคคลที่จะกระตุ้น สนับสนุน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่มหรือองค์กร ในการวิจัยนี้ พฤติกรรมผู้นำ หมายถึง วิธีการ หรือพฤติกรรมความเป็นผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ ที่แสดงออกให้เห็นว่ามีอิทธิพลในการจูงใจ กระตุ้นชี้นำต่อผู้ร่วมงานและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานด้วยความเต็มใจ หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้นำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ จากความเสียสละ ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ความกล้าแสดงออก ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความรับผิดชอบ ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน และความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ณัฐพร พลเสน (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง การทำงานเป็นทีม อายุ และตำแหน่งการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งปัจจัยที่มีผลกับการพัฒนาคุณภาพนั้น รাত্রี นิมฉลอง (2551) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จได้แก่ การทำงานเป็นทีม การศึกษาของชนมณฑลชนก เจริญสวัสดิ์ (2552) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมระดับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก อายุ และ ประสบการณ์การทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ วิทนาชไซ และคณะ (Withanachchi, et al., 2007) ศึกษาเรื่องการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (TQM) โดยเน้นที่หลักการ 5 ส ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐที่มีผลการดำเนินงานดีในประเทศศรีลังกา ในช่วงปี 1997-2001 พบว่า ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน 5 ส ที่จะเป็นพื้นฐานของการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

สมรรถนะในตน

เยห์ (Yeh, 2003) ศึกษาการนำนโยบายของระบบ TQM ไปปฏิบัติให้เกิดความยั่งยืน: มุ่งเน้นที่ผู้ปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่า 1 ใน 3 ปัจจัยที่มีผลอย่างมากกับการนำนโยบายของระบบ TQM ไปปฏิบัติให้เกิดความยั่งยืนคือ สมรรถนะในตนของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับ ลับเบอร์ ลัฟ และชวิก (Lubber, Loughlin and Zweig, 2005) ที่ได้ศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะในตนในการปฏิบัติงานของพนักงานที่มีผลต่อสุขภาพและการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนในการปฏิบัติงาน มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนในการปฏิบัติงานมีอำนาจในการทำนายถึงคุณภาพการทำงานของพนักงานด้วย การศึกษาของ ลี และ โก (Lee and Ko, 2010) ศึกษาผลของสมรรถนะในตน อารมณ์ และการเลือกใช้สมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลในโรงพยาบาลประเทศเกาหลี ผลการศึกษาพบว่า ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงาน สมรรถนะในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาล ($p < 0.001$) โดยสมรรถนะในตนทำให้การปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้น

การทำงานเป็นทีม

จากการศึกษาของ สมสมร เรืองวรบุรณ์ (2544) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวง ผลการศึกษาพบว่า การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับ แวนดาว อินทบุตร (2549) ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การพัฒนาบุคลากร การทำงานเป็นทีม กับผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การทำงานเป็นทีม และผลผลิตของงาน

ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับมาก โดยการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลผลิตของงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการทำงานเป็นทีม การพัฒนาบุคลากร และระยะเวลาในการทำงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการได้ร้อยละ 35.9 และกมลเนตร ชิมแก้ว (Chiemkaew, 2006) ได้ศึกษาความสำเร็จในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไปปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราช ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ความสำเร็จในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพไปปฏิบัติของโรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พฤติกรรมผู้นำ

จากการศึกษาของ ปัทมา ยัมพงศ์ (2543) เรื่องพฤติกรรมผู้นำ บรรยายกาสององค์กร มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่าพฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา สรานพกุล (2545) ที่ทำการศึกษามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และปริญญชาติ เปรมาสวัสดิ์ (Premasawad, 2006) ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมผู้นำอยู่ในระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 60.6 และพฤติกรรมผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) เพื่อประเมินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และหาความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ขนาด 1,450 เตียง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2554 ปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 1,124 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล

บุคคล สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล และ ความคิดเห็นทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient of alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.896, 0.912, 0.893 และ 0.956 ตามลำดับ ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล 20 วัน ตั้งแต่วันที่ 21 ธันวาคม 2553 ถึงวันที่ 10 มกราคม 2554 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ไค-สแควร์ (Chi-square) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p \leq 0.05$

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 1,124 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 921 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 81.9 เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 917 ฉบับ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.7 อายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 48.9 อายุเฉลี่ยคือ 36 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80.7 ประมาณ 1 ใน 3 มีสถานภาพโสด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 10-19 ปี ร้อยละ 43.2 เฉลี่ยคือ 13.2 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ขึ้นไป ร้อยละ 72.5 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 79.0 บทบาททางด้านพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายมากที่สุดคือ 5ส การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.1 เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า ด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต้องปรับปรุงสูงสุด ร้อยละ 52.8 สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล อยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุดคือ ร้อยละ 25.6 และ พฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1

ระดับการศึกษา และระดับของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม และพฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล คือพฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล และการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 42.5 นั่นคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคลดี และมีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีจะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี

การอภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครโดยภาพรวมการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐพล พลเสน (Polson, 2003) พบว่าบุคลากรทางพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง การที่พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน เพราะระยะเวลาที่ทำการศึกษา เป็นช่วงหลังการเกษียณอายุ การลาออก และการโอนย้ายหน่วยงาน ทำให้พยาบาลต้องมีการระงวนมาขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาของ สมสมัย สุธีรสานต์ และ ยุพิน อังสุโรจน์ (Sutherasan and Aungsueroch, 2008) พบว่า อุปสรรค และความยากลำบากในการบริหารคุณภาพ คือ ความเหนื่อยล้า การลาออก และการโอนย้ายของบุคลากร ซึ่งจากการตอบแบบสอบถามของพยาบาลวิชาชีพพบว่าต้องการให้เพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (48.7%) และต้องการอัตราค่าจ้างที่เพียงพอกับภาระงาน (41.5%) ซึ่งการศึกษาของ จินตนา ส่องแสงจันทร์ (2549) พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลคือ ภาระงานมาก ค่าตอบแทนไม่คุ้มค่า เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่องานที่มอบหมาย ส่วนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้านความจำเพาะในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต้องปรับปรุงสูงสุด ร้อยละ 52.8 เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ ปัจจุบันผู้ใช้บริการสามารถไปตรวจอะไรก็ได้ที่ไม่จำเป็นต้องความสบายใจ ส่วนผู้ให้บริการก็มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงจำนวนมากในการตรวจวินิจฉัย เพื่อไม่ให้เกิดการฟ้องร้องหากมีการวินิจฉัยผิดพลาด ทำให้เกิดต้นทุนการรักษาที่สูงขึ้น (สุมนา หวังนิพนานโต และภัทรปภา สุทธิจันทร์เดช, 2554)) บทบาทหน้าที่โดยตรงของพยาบาลวิชาชีพคือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้ใช้บริการ การคิดวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานจะเกี่ยวข้องค่อนข้างน้อย พยาบาลจะวัดที่ผลลัพธ์ของการดำเนินงานมากกว่า

สมรรถนะในตนของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 อาจเนื่องมาจาก พยาบาลวิชาชีพไม่มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันต่าง ๆ ได้ และเผชิญกับภาวะคุกคามที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานได้ ตามทฤษฎีของเบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวไว้ว่าการรับรู้สมรรถนะในตนจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม ถ้าหากร่างกายหรืออารมณ์ถูกกระตุ้น จนเกิดความเครียด กลัวเหนียวกลัว จะทำให้มีการรับรู้สมรรถนะในตนลดลงและบั่นทอนความเชื่อมั่น ทำให้ขาดความพยายามที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จ

การทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.1 อาจเนื่องมาจาก การมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทสมาชิกทีมและการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคลถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานต่าง ๆ เกิดความคล่องตัว และบรรลุวัตถุประสงค์ได้ง่าย แต่บทบาทดังกล่าว โดยเฉพาะการจัดการความขัดแย้ง พยาบาลวิชาชีพมักคิดว่าเป็นหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาหัวหน้า หรือหัวหน้าทีมเท่านั้น เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลขึ้นไม่ว่าจะมีน้อยหรือมากก็ตาม ถ้าไม่สามารถแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งได้ จะทำให้เกิดปัญหาการสื่อสาร การยึดเหนี่ยวของกลุ่มลดลง บรรยากาศ ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานในการทำงานแย่ ส่งผลต่อประสิทธิภาพของงานด้วย (สุพานี สฤญภูวนิช, 2549)

พฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.1 สอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ แสงเดือน (2542) พบว่าพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพยังขาดทักษะในการโน้มน้าวหรือจูงใจให้เพื่อนร่วมงานให้กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ไม่สามารถชี้แนะข้อบกพร่อง ให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการปฏิบัติงานแก่เพื่อนร่วมงาน และเสนอแนวคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน เพราะว่าตนเองไม่ได้สัมผัสงานนั้นอย่างจริงจัง ไม่สามารถบอกได้ว่าอะไรคือข้อดี ข้อเสียของงานนั้น จึงทำให้ไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น การแนะนำ ชี้แนะข้อบกพร่องและเสนอแนวคิดใหม่ ๆ ในการปฏิบัติงานให้เพื่อนร่วมงาน ถือว่าเป็นพฤติกรรมผู้นำที่สำคัญ ถ้าพยาบาลละเลยประเด็นนี้จะทำให้งานที่ปฏิบัติประสบความสำเร็จได้ไม่เต็มที่

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ

อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และระดับของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้น ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมาก

ขึ้น มีระดับการศึกษาและระดับการปฏิบัติที่สูงขึ้น จะทำให้พยาบาลเกิดการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ ทั้งจากการทำงาน และได้รับการฝึกอบรม ทำให้เกิดการพัฒนางานได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชนมณฑนกร เจริญสวัสดิ์ (2552) พบว่า อายุ และประสบการณ์การทำงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่จากการศึกษาของปัทมา ยิ้มพงศ์ (2543) พบว่าทั้ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ความสัมพันธ์ระหว่าง สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ

สมรรถนะในตนโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะในตนสูง จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่รับรู้ว่าจะงานนั้นเป็นงานที่ยุ่งยาก แต่มีความมั่นใจในความสามารถของตนว่าจะฟันฝ่าอุปสรรคจนสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีของ เบเนดราที่กล่าวว่า สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับความรู้สมรรถนะของตนในสภาพการณ์นั้น นั่นคือ ถ้าเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะ เขาจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานในที่สุด (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลับเบอร์ ลัฟ และชวิก (Lubber, Loughlin and Zweig, 2005) พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนด้านการทำงานมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติการทำงานและภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะในตนด้านการทำงานมีอำนาจในการทำนายถึงคุณภาพการทำงานของผู้ปฏิบัติงานด้วย

การทำงานเป็นทีมโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 นั่นคือพยาบาลวิชาชีพที่มีการทำงานเป็นทีมดี จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี เนื่องจากการปฏิบัติงานทุกกิจกรรมของพยาบาล สิ่งสำคัญคือการทำงานเป็นทีมหากเกิดความขัดแย้งขึ้นไม่ว่าจะมีน้อยหรือมากก็ตาม ถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งได้ จะทำให้เกิดปัญหาการสื่อสาร การยึดเหนี่ยวของกลุ่มลดลง บรรยากาศในการทำงานแย่ ส่งผลให้ขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานต่ำลง (สุพานี สฤณภูวนิช, 2549) ซึ่งจากการศึกษาของ มณีรัตน์ พากเพียร ผ่องศรี เกียรติเลศนภา และวรรณนิภา วัชรชัยสุวิกรม (2547) พบว่า การทำงานเป็นทีมและการจัดการคุณภาพโดยรวม ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่

ผ่านการรับรองคุณภาพอยู่ในระดับสูง และการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการคุณภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พฤติกรรมผู้นำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 นั่นคือพยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมผู้นำดี จะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี เนื่องจาก พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพ ที่แสดงให้เห็น ว่ามีความเสียสละ กระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน กล้าแสดงออก มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ มีความรู้ความสามารถ และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ เรียกได้ว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมผู้นำ ทำให้การปฏิบัติงานสำเร็จได้โดยง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีญญาชาติ เปรมาสวัสดิ์ (Premasawad, 2006) พบว่าพฤติกรรมผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาของเสาวภา สรานพกุล (2545) พบว่า ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.01$)

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คือ พฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ของงาน การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคล และการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งร่วมกันอธิบายความผันแปรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 42.5 ($R^2 \text{ adj.} = 0.425$) นั่นคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีพฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีมด้านผลลัพธ์ การทำงานเป็นทีมด้านการจัดการความขัดแย้งระหว่างบุคคลดี และมีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีจะมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องดี

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

เนื่องจากการประเมินการปฏิบัติงานในการวิจัยนี้ ใช้วิธีการให้พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ประเมินตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้มีบางกิจกรรมที่ประเมินเกินความเป็นจริง (Over estimation) และบางกิจกรรมที่มีการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง (Under estimation) แต่การประเมินตนเองดังกล่าวยังเป็นที่ยอมรับและใช้ประเมินโดยทั่วไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมผู้นำ การทำงานเป็นทีม ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ ควรให้ความสำคัญในการสร้างให้พยาบาลมีพฤติกรรมความเป็นผู้นำ เพราะความเป็นผู้นำสามารถพัฒนาได้จากการตั้งสมประสงค์ในการทำงานและพัฒนาเพิ่มพูนทักษะหรือความสามารถบางอย่างให้เกิดขึ้น ซึ่งฝ่ายการพยาบาล ควรจัดให้มีการฝึกอบรม และการพัฒนาพฤติกรรมความเป็นผู้นำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง โดยจัดในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การให้วิเคราะห์สถานการณ์
2. ด้านการทำงานเป็นทีมของพยาบาล ควรมุ่งเน้นให้พยาบาลมีทักษะเพิ่มขึ้นในเรื่องการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งฝ่ายการพยาบาลควรจัดอบรมในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างเทคนิคการสื่อสาร การจัดการความขัดแย้งภายในทีม เทคนิคการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของทีม เป็นต้น
3. ด้านระดับการศึกษา ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ได้รับการอบรม ศึกษางานขององค์กรภายนอก เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในด้านการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางการปฏิบัติงานที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร
2. ควรมีการศึกษาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเชิงเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ เช่น กระทรวงกลาโหม กระทรวง ทบวง เป็นต้น
3. ควรมีการวิจัยตัวแปรอื่นที่อาจอธิบายการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ เช่น ความเครียดในการทำงาน วัฒนธรรมองค์กร การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ปัจจัยมุ่งใจในการปฏิบัติงานคุณภาพ เป็นต้น

SELF-EFFICACY, TEAMWORK, LEADERSHIP BEHAVIORS AND CONTINUOUS
QUALITY IMPROVEMENT OF PROFESSIONAL NURSES OF ONE TERTIARY-
CARE HOSPITAL IN BANGKOK

WILAIWAN SAENGNIAM 5136371 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HOSPITAL ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NAWARAT SUWANNAPONG, Ph.D.
(POPULATION AND DEVELOPMENT), CHAWEEWON BOONSHUYAR,
MSPH.(BIOSTATISTICS), NOPPORN HOWTEERAKUL, Ph.D.(MEDICINE AND
HEALTH SCIENCES)

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale of the Problem

Current economic, political and social changes have an impact on health services. Since 1996 -2008, Thailand has had more than 300 issues regarding health services, approximately 98 lawsuits during this period i.e. 86 civil cases 12 criminal cases. Most of the cases were incorrect treatment, mal-practice and misdiagnosis (Warachit, 2009). In 2008, global trigger tool was used in Thailand to Identifying adverse events in hospitalized patients; two hundred and thirty-six adverse events were detected with a mean rate of 41.0 episodes per 100 patients. Of these, 53% involved temporary harm, while 51.7% of the adverse events were preventable. Regarding the category of adverse events, 31.8% were related to patient care process, 20.3% involved safe surgery practices and 17.8% were associated with medication and blood safety practices (Asavaroengchai, Sriratanaban, Hiransuthikul, and Supachutikul, 2009).

The study was in a 1,450-bed tertiary care hospital in Bangkok, the first line of quality improvement is the Quality Control Circle: QCC. The hospital received

ISO 9002 accreditation in September of 1999 and accreditation from the Institute of Hospital Quality Improvement and Accreditation (HA-Thailand) in March 25 of 2002. In addition the hospital was re-accredited by the National Health Security Office (NHSO) and Thailand Nursing and Midwifery Council (TNC). The current goal is to receive the Thailand Quality Award (TQA). Although professional nurses are the key success factor for all continuous quality improvement programs the finding of an internal survey by the hospital administration showed professional nurses to be tired with low motivation regarding continuous quality improvement. The results of this study can be use to be the guidelines of a sustainable continuous quality improvement (CQI).

Research Objectives

1. To assess the continuous quality improvement of professional nurses at one tertiary care hospital in Bangkok
2. To describe the general characteristics of professional nurses
3. To assess the self-efficacy of professional nurses
4. To assess teamwork of professional nurses
5. To assess the leadership behavior of professional nurses
6. To determine the relationship between general characteristics, self-efficacy, teamwork, leadership behavior and continuous quality improvement of professional nurses.

Literature Review

Continuous Quality Improvement (McLaughlin and Kaluzny, 2006) is a structured organizational process for involving personnel in planning and executing a continuous flow of improvement to provide quality health care that meets or exceeds expectation. continuous quality improvement is usually composed of a number of elements including the following:

1. Philosophical elements include strategic focus, customer focus, systems view, data driven (evidence-based) analysis, continuing improvement, etc.

2. Structural elements include process improvement teams, use of seven tools for quality improvement, parallel organization, top management commitment, customer satisfaction measures, benchmarking etc.

3. Health care-specific elements include epidemiological and clinical studies with evidence-based medicine, use of risk adjusted outcome measures, use of cost - effectiveness analysis, etc.

For this study, the definition of continuous quality improvement is the structural processes of hospitals for quality improvement and continuity all activities covering elements i.e. philosophical, structural and health-care specific elements.

Self-efficacy

Bandura (1977) defines self-efficacy one's belief about one's ability to perform behaviors that should lead to expected outcomes. When a person's self-efficacy is high, he or she feels confident in executing the responses necessary to earn reinforcement. When self-efficacy is low, the individual worries that the necessary responses may be beyond her or his abilities. When the individual perceives self-efficacy to be real, they will respond with behavior. The evaluation of level of confidence that expresses these behaviors can refer to the following three dimensions: 1) Level of magnitude, 2) Strength and 3) Generality. This research aimed to assess the self-efficacy of professional nurses according to the conceptual of Bandura in reference to the abovementioned three dimensions.

Teamwork

Many academics have offered definitions for teamwork. In summary, teamwork is defined as a group of people working together in line with their duties and responsibilities, so they can depend up on one another for help and support in accomplishing set goals and high efficiency for organizations. This study evaluated the teamwork of professional nurses in line with the conceptual framework of Varney (1989) consisting of communication, objectives, Interpersonal conflict, organization, control support, roles of team members, decision-making and results.

Leadership behavior

Williams (2007) defines leadership behavior as actions of leader that influenced for stimulating and support other staff members in an organization for achieve organizational goals. In this research, leadership behavior refers to the behavior or process of influencing, persuading and stimulating other staff members in an organization so they work together willingly in order to achieve organizational goals and high efficiency. The teamwork of professional nurses was evaluated in terms of sacrifice, enthusiasm, expression, creativity, responsibility, ability and compatibility in working together with others.

Relevant Research

Continuous Quality Improvement

Polsen (2003) studied the relationship between total quality management and quality improvement activities in the nursing departments of community hospitals in Suphanburi province. The findings of the study showed that quality improvement activities were at a moderate level while ages and positions of the nurses were significantly related to quality improvement activities ($p < 0.05$). Chiemchalong (2008) conducted research on the nursing service quality development in an accredited tertiary hospital. The findings of the study revealed teamwork as the cause of successful nursing service quality. Charoensawat (2009) studied continuous quality improvement for service enhancement in registered nurses at Fort Prachaksinlapakom hospital, Udon Thani province. The study found overall continuous quality improvement to be at a high level, while age and experience in quality improvement were found to be significantly related to quality improvement at a moderate level ($p < 0.05$). And Withanachchi, et al. (2007) conducted a study on TQM emphasizing 5-S principles implemented at the tertiary-care public hospital showing the highest total factor productivity growth in Sri Lanka for the 1997-2001 periods. The study found that leadership, team-work and continuous monitoring were the key factors that facilitated implementation of 5-S based TQM.

Self-efficacy

Yeh (2003) conducted a study on implementing a sustainable TQM system with employee focus. According to the study, employee-self-efficacy most strongly predicted employees' TQM practice. This finding concurred with Lubbers, Loughlin and Zweig (2005) who studied young workers' job self-efficacy and affectivity on pathways to health and performance. The study found job self-efficacy to be directly related to outcome of job performance. Lee and Ko (2010) studied the effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance in hospital nurses. The results revealed that job position, years of experience and self-efficacy were positively related to nursing performance and that self-efficacy was importance in enhancing nursing performance.

Team work

Ruangwaraboon (2001) studied the relationship between the capacity of head nurses for administrative teamwork with work effectiveness as perceived by staff nurses in a general hospital under the jurisdiction of the ministry of public health. She found teamwork to have a significantly positive relationships with work effectiveness as perceived by staff nurses ($p < 0.01$). Intabuth (2006) studied the personal factors, staff development, team-work, and work productivity of staff nurses at a community hospital. The results revealed the mean scores for teamwork and work productivity to be at a high level; teamwork was significantly related to the work productivity of staff nurses ($p < 0.005$). Variables capable of predicting the work productivity of staff nurses were team working, staff development and working time at the level of 0.05. The predictors accounted for 35.9 percent of variance. Chiemkaew (2006) revealed in his study the success of hospital accreditation policy implementation in the case of Siriraj hospital. The research found teamwork to have a high level of positive correlation with the success of hospital accreditation policy implementation ($p < 0.05$).

Leadership Behavior

Yimpong (2000) conducted a study on the influence of leadership behavior and organizational climate on the acceptance of total quality management among personnel at Singburi hospital, finding that leadership behavior was significantly

related to the acceptance of total quality management ($p < 0.05$). In order to concur with the abovementioned, Saranopakul (2002) studied the participation of personnel in proceeding toward hospital accreditation at Srithanya Hospital. The results revealed leadership to have a significant correlation ($p < 0.01$) at a mild level with personnel participation and adoption. Premasawad (2006) conducted a study on the role performance of professional nurses in relation to nursing quality development strategy. The study found leadership behavior to be at the level of “need for improvement”. Leadership behavior was significantly related to the overall role performance of professional nurses ($p < 0.001$).

Methodology

This cross-sectional research aimed to assess the level of self-efficacy, teamwork, leadership behavior and continuous quality improvement of professional nurses at one tertiary-care hospital in Bangkok and to explore relationships among general characteristics, self-efficacy, teamwork, leadership behaviors and continuous quality improvement. The study population was 1,124 professional nurses currently working in a 1,450-bed tertiary care hospital in Bangkok in 2011 with at least two years' work experience. The questionnaires were divided into six parts namely, general characteristics, self-efficacy, teamwork, behavior leadership and continuous quality improvement. The reliability using Cronbach's alpha coefficient were at 0.896, 0.912, 0.893 and 0.956 for self-efficacy, teamwork, behavior leadership and continuous quality improvement respectively. Data were collected from 21 December 2010 to 10 January 2011. Descriptive statistics, chi-square, Pearson's product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis were used. The level of statistical significance was determined at 0.05

Results

The data were collected by using questionnaires from 1,124 professional nurses. The response rate was 81.9%. The results indicated that the professional nurses were female (98.7%) with ages ranging from 30 to 39 years (48.9%). The majority

(80.7%) of the professional nurses had completed bachelor's degrees in nursing and had single status 69.0% with work experience ranging from 10 to 19 years (43.2%). Most were professional nurses at level 6 (72.5%) and worked in the in-patient department (79.0%). The majority of responsibility for continuous quality improvement was 5S and the overall continuous quality improvement was at a moderate level (42.1%). When considered in terms of individual continuous quality improvement aspects, the continuous quality improvement of professional nurses concerned with health care-specific was found to be in most need for improvement (52.8%). The overall self-efficacy, teamwork and leadership behaviors were at moderate levels of 67.3%, 60.1% and 47.1% respectively. The overall self-efficacy, teamwork and leadership behaviors were at moderate levels of 67.3%, 60.1% and 47.1%, respectively. In considering each aspect of teamwork, it was revealed that teamwork in interpersonal conflict was at the level of "need for improvement" (25.6%). The educational level and the professional nurses were related to continuous quality improvement at the statistically significance level of 0.001 ($p < 0.001$). Age, work experience, self-efficacy, teamwork and leadership behavior were found to be positively related to continuous quality improvement at the statistically significance level of 0.001 ($p < .001$).

The significant variables which were able to explain the variation in the continuous quality improvement of professional nurses were leadership behavior, teamwork factor on results, teamwork factor on interpersonal conflicts and nursing education of bachelor's degree. These four variables could explain the variation of the continuous quality improvement of professional nurses at 42.5%. The CQI of professional nurses could be performed better with good leadership behavior, good teamwork factor on results, good teamwork factor on interpersonal conflict and the higher education of professional nurses.

Discussion

In terms of overall performance of the professional nurses at one tertiary-care hospital in Bangkok continuous quality improvement was found to be at a moderate level (42.1%). This finding is consistent with the study of Polsen (2003) who

also found that nursing personnel performed quality improvement activities at a moderate level. It might be possible that the professional nurses were tired in their daily activities and data was collected after continuous quality improvement implementation and the time of resignation and transference of many professional nurses. Consequently, nurses had heavy workloads and no free time to perform continuous quality improvement programs on a regular basis. The studies of Sutherasan and Aungsuroch (2008) found that the obstacles of quality management were the fatigue, resignation and turnover of professional nurses. According to the responses to the open ended question in the questionnaires employed in this research, the professional nurses of one tertiary-care hospital in Bangkok wanted to have a suitable number of nurses at 41.5% and motivation from administrators in work performance at 48.7%. These response were similar to the finding of a study Songsangjun (2007) who found the problems and obstacles of personnel cooperating in quality improvement in hospital accreditation to be heavy workloads, low compensation and staff shortage for assignment. In terms of health care-specific elements, the aspect of continuous quality improvement was at the level of “need for improvement” for the most part (52.8%). Because of the transition of socialized health care to a health care system where most customers seek health care service systems in line with but unnecessary but sought-for treatments, the present health care service system provides the technology for treatment and diagnosis which prevents adverse events and lawsuits filed by customers. Wungnippanto and Sutthidach (2011) asserted the aforementioned as the reason for high costs incurred in unit courses of treatment and care. The direct roles and responsibilities of professional nurses are health promotion, prevention, treatment and rehabilitation. For this reason, professional nurses are not interest in calculating and analyzing unit courses but perform their work in order to achieve the best outcomes for all customers.

The self-efficacy of the professional nurses was at a medium level for the most part (67.3%), possibly because the professional nurses lacked confidence in their self-efficacy for self-control when working under pressure and confronting threats that were obstacles to their work. According to Bandura’s Self-Efficacy Theory (1997), perceived self-efficacy is related to personal factors, behavioral conditions and environmental factors. If the body or emotions are stimulated until stress, fear or

fatigue occur the person will have lower self-efficacy and reduced confidence, thereby leading to lack of effort to work successfully.

Overall, the teamwork of the professional nurses was at a moderate level (60.1%) possibly because participation to appoint in roles of team member and management of interpersonal conflicts were important factors in building flexibility and easily achieving goals. However, the aforementioned roles, especially conflict management, were usually considered as the duties of supervisors or team leaders by the nurses. The inevitable consequences of any interpersonal conflict will be communication problems, reduced group cohesiveness, negative atmosphere and morale in performing work, regardless of conflict severity, if the conflict cannot be resolved. Further effects cause impact on performance effectiveness. (Saritwanit, 2006)

The leadership behaviors of the professional nurses were mostly at a moderate level (47.1%), finding that concurred with a study by Sangduan (1999) who found that the leadership behaviors of professional nurses in community hospitals in the province of Nakhon Pathom to also be at a moderate level, possibly because the nurses lacked skills in persuading or motivating colleagues to work enthusiastically. They were also deficient in ability to provide colleagues with constructive criticism or good work recommendations, as well as capacity for proposing new concepts about work because they were not seriously associated with the job and could not describe the advantages and disadvantages of the work, so nurses did not dare to express opinions, recommendations, constructive criticism or new work concepts to colleagues, all of which are considered essential leadership behaviors. If nurses neglect this issue, nurses will not achieve complete success in their work.

Relationships between the General characteristics and Continuous quality improvement of professional nurses

Age, work experiences, education level and professional nurses level had relationship with the continuous quality improvement of professional nurses ($p < 0.001$), a finding that supports hypothesis 1 because higher age, work experiences, level of education and practice means that nurses will accumulate knowledge and experience from working and receiving training. Consequently, nurses will have

consistently high levels of improvements in their work. The study of Charernsawat (2009) found that age and work experiences in continuous quality improvement were related at a moderate level for continuous improvement of service quality in professional nurses with statistical significance ($p < 0.05$). However, according to the study of Yimpong (2000), gender, age, education level and work position were found to be related to overall acceptance of quality administration with statistical significance ($p < 0.05$).

Relationship between Self-efficacy, Teamwork, Leadership behaviors, and Continuous quality improvement of professional nurses

The overall self-efficacy and self-efficacy aspects were positively related to the continuous quality improvement of professional nurses with statistical significance ($p < 0.001$), a finding that supports hypothesis 2 in that professional nurses with good levels of self-efficacy will have good continuous quality improvement because the practice continuous quality improvement due to a perception on the part of the professional nurses that, although their jobs were busy, the nurses had confidence in their capacity to overcome obstacles until they can work successfully. This finding concurred with Bandura's theory which stated that situations capable of efficiently designating expression depend upon perceived self-efficacy in those situations, i.e. if a person believes himself/herself to be capable, that person will be patient, diligent, not easily discouraged and eventually successful (Bandura, 1997). This finding concurred with the study of Lubber, Loughlin, and Zweig (2004) found that job self-efficacy to be directly related to outcome of job performance. Self-efficacy also had the power to predict the performance quality of workers.

The overall and individual aspects of teamwork were positively related to the continuous quality improvement of professional nurses with statistical significance ($p < 0.001$), a finding that supports hypothesis 3 in that professional nurses with good teamwork will have good continuous quality improvement because the key to all successful nursing activities is teamwork. The inevitable consequences of any interpersonal conflict will be communication problems, reduced group cohesiveness, negative atmosphere and morale in performing work, regardless of conflict severity, if

the conflict cannot be resolved. Further effects cause impact on performance efficiency (Saritwanit, 2006). According to the study of Pakpean, Keitlertnapa, and Asawachaisawikrom (2004) found that teamwork and total quality management of head nurses at accredited regional hospital and general hospital under the jurisdiction of the Ministry of Public Health for high quality were positively related to total quality management with statistical significance ($p < 0.05$).

Leadership behaviors were found to be positively related to continuous quality improvement with statistical significance ($p < 0.001$), a finding that supports hypothesis 4 in that professional nurses with good leadership behaviors will have good continuous quality improvement because the behaviors of professional nurses that indicate sacrifice, enthusiasm for work, confidence in expression, creativity, responsibility, knowledge and capacity for working with others can be called leadership behaviors capable of generating work performance success. This finding concurred with the study of Premasawad (2006) who found leadership behaviors to be positively related to working according to the overall and individual roles of professional nurses with statistical significance ($p < 0.001$) and the study of Saranopakul (2002) who found that leadership was related to participation in work at a high level with statistical significance ($p < 0.01$).

According to the research findings, the significant variables which could explain continuous quality improvement of professional nurses of a tertiary hospital in Bangkok were leadership behaviors, teamwork factor on results, teamwork factor on interpersonal conflicts and bachelor degree in nursing. These four variables could explain the continuous quality improvement of professional nurses at 42.5% ($R^2 \text{ adj.} = 0.425$) which mean that the continuous quality improvement of professional nurses could be performed better with good leadership behavior, good teamwork factor on results, good teamwork factor on interpersonal conflicts and the higher education of professional nurses.

Research Limitations

In this study the method to assess was self-assessment of professional nurses, this might have had resulted in over estimation and under estimation of some

the activities. However, the aforementioned self-assessment continue to be widely accepted and used for assess in general.

Recommendations for Implement

According to the research findings, leadership behavior, teamwork and level of education were found to have a relationship with the continuous quality improvement of professional nurses. Hence, the researcher offers the following recommendations for implementation in the continuous quality improvement of professional nurses:

1. In terms of the leadership behavior of professional nurses, importance should be given to producing nurses with leadership behavior because leadership can be developed by accumulating work experience and enhancing skills or capacity in certain areas. The Nursing Department should provide training on leadership skill development such as group dynamic /relationship at least once a year continually.
2. In terms of teamwork, focus should be on having professional nurses enhance their skills in working as an efficient team. The Nursing Department should provide training on teamwork of the organization on conflict management at least once a year continually.
3. As for education, the hospital administrators should also support professional nurses for higher education to promotion their continuous quality improvement performance.

Recommendations for Further Research

1. Qualitative research should also be conducted in order to study the problems, obstacles and practice guidelines suitable for practice for continuous quality improvement from the viewpoints of both personnel and administrators.
2. Comparative studies should be conducted on continuous quality improvement and hospitals under other jurisdictions, such as the Ministry of Defense, with other ministries and bureaus, etc.

3. Research should be conducted on other variables, e.g. work-related stress, organizational culture, providing feedback, motivational factors in practicing quality work, etc., that are capable of explaining continuous quality improvement.



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤษณ์ อุทัยรัตน์. (2543). *แม่ไม่คุณภาพเจาะ HA Year 2000*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย – ญี่ปุ่น).
- กาญจนา แสนทวี. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมการพยาบาล กับผลผลิตของงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหาร การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุพรรณ ลีละยุทธโยธิน. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพัฒนากุศลกร ความไว้วางใจ ในหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมพยาบาล กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย โรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหาร การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์. (2552). *ระบบประเมินคุณภาพโรงพยาบาล: ทางเลือกและการใช้ประโยชน์*. เอกสารอัดสำเนา. กรุงเทพมหานคร: หน้า 3-5.
- จินตนา ส่องแสงจันทร์. (2549). *การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการ พัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏ ราชนครินทร์.
- ชนกพร บัวสุข, ปราณี ทองคำ และสนั่น เฟื่องเหมือน. (2545). *การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. *สงขลา นครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 11(1): 85-99.
- ณัฐธิยา ภักดี. (2548). *ความรู้ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในระบบพัฒนาและประกันคุณภาพงาน บุคลากรภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 11(4): 397-407.

- ณัฐพร พลเสน. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพทั้งองค์กรกับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการของกลุ่มงานการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ไพฑูรย์พงษ์. (2548). *การเทียบรอย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนรัช การพิมพ์.
- ทิตนา แคมมณี. (2537). *กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานเป็นทีมและการจัดการเรียนการสอน*. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธงชัย วงศ์ชัยสุวรรณ. (2540). *วิทยาการบริหาร: สำหรับนักบริหารมืออาชีพในยุคโลกาภิวัตน์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชนมณฑนกร เจริญสวัสดิ์. (2552). การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับบัณฑิตศึกษา*, 9(7): 17-23.
- นิตย์ สัมมาพันธ์. (2548). *ภาวะผู้นำ: พลั้งขับเคลื่อนองค์กรสู่ความเป็นเลิศ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: อินโนกราฟฟิกส์ จำกัด.
- นิรันดร์ วิเศษฐสมิต. (2551). การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) กรณีศึกษาโรงพยาบาลมayo จังหวัดปัตตานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(2): 274-283.
- เนตต์พัฒนา ยาวีราช. (2550). *การจัดการสมัยใหม่*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทริปปี้ล กรุ๊ป จำกัด.
- บุตรี จารุโรจน์. (2549). *ภาวะผู้นำและการพัฒนาทีมงาน*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- ปัทมา ยิ้มพงศ์. (2543). *พฤติกรรมผู้นำ บรรยายาสององค์การที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย.
- ไพจิตร วราจิต. (2552). *เอกสารวิชาการจากใจสู่หัวใจ: หัวใจของการพยาบาล*, 17-18 ธันวาคม 2552 ณ อาคารสยามบรมราชกุมารี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. กรุงเทพมหานคร.
- ภาวิณี หงส์เจริญ. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยาลัยคริสเตียน*, 12(1): 162-169.

- ภัทรชนก ชีระกาญจน์. (2548). *การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณีรัตน์ พากเพียร ผ่องศรี เกียรติเลิศสนา และวรรณนิภา วัชชัยสุวิกรม. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์และการทำงานเป็นทีมกับการจัดการคุณภาพโดยรวมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(2): 31-40.
- มณีรัตน์ แสงเดือน. (2542). *ประเมินการปฏิบัติงานตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรัตน์ สุทธิวิเศษศักดิ์ และคณะ. (2546). ระดับความก้าวหน้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 12(4): 554-561.
- ราตรี นิมฉลอง. (2551). *การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2550). *TQM คู่มือพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). สมุทรปราการ: โรงพิมพ์ WPS. (Thailand).
- วีรพงษ์ เกลิมจิระรัตน์. (2541). *คู่มือพัฒนาระบบคุณภาพสู่มาตรฐาน ISO 9000 ฉบับล่าสุด*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- แหวดาว อินทบุตร. (2549). ปัจจัยส่วนบุคคล การพัฒนาบุคลากร การทำงานเป็นทีม กับผลผลิตของงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 18 (1): 50-67.
- สมสมร เรืองวรบูรณ์. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมุณา หวังนิพนพานโต และภัทรปภา สุทธิจันทร์เดช. (2554). การประชุมวิชาการเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยการพยาบาลในสังคมที่เปลี่ยนผ่าน. *ไทยเนอรัลซิงไทม์*, 4(30): 8-10. กรุงเทพมหานคร: บี.เค.อินเตอร์พรีนซ์.
- สิริรักษ์ ภูริยะพันธ์. (2552). *การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล*. เอกสารอัดสำเนา. หน้า 1. กรุงเทพมหานคร.
- สุนันทา เลาหันทน์. (2541). *การพัฒนาองค์กร*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ดี ดี บู้สโตร.
- สุนันทา เลาหันทน์. (2549). *การสร้างทีมงาน*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: แชนด์เมด จำกัด.
- สุพานี สฤษฏ์วานิช. (2549). *พฤติกรรมองค์กรสมัยใหม่: แนวคิดและทฤษฎี*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสาวภา สรานพกุล. (2545). *การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากร โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2551). *ธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2541). *เปรียบเทียบข้อกำหนดเพื่อการประเมินคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อารีย์ ฟองเพ็ชร. (2550). *คู่มือการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล (PI)*. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

ภาษาอังกฤษ

- Asavaroengchai, S., Sriratanaban, J., Hiransuthikul, N., and Supachutikul, A. (2009). Identifying adverse events in hospitalized patients using global trigger tool in Thailand. *Asian Biomedicine*, 3(5): 545-550.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliff, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. (2nd ed). New York: W.H. Freeman and company.
- Biolos, J. (2004). *Managing yourself for the career you want*. USA: Boston, Massachusetts. Harvard business school press.
- Blake, R.R., and Mouton, J.S. (1978). *The new managerial grid*. Houston: Gulf Publishing.

- Boles, H.W., and Deveport, J.A. (1975). *Introduction to education leadership*. New York: Harper and Row.
- Bratton, J., Grint, K., and Nelson, D.L. (2005). *Organizational leadership*. (1st ed). United States: South-Western.
- Brill, N.I. (1979). *Teamwork: Working together in the human services*. New York: J.B. Lippincott.
- Calhoun, C., Gerteis, J., Moody, S., Pfaff, K., Schmidt, K., and Virk, I. (2007). *Classical Sociological Theory*. (2nd ed). Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.
- Carey, R.G., and Lloyd, R.C. (2001). *Measuring quality improvement in healthcare: a guide to statistical control applications*. Milwaukee, WI: American Society for Quality Press.
- Chiemkaew, K. (2006). *The success of hospital accreditation policy implementation in case Siriraj hospital*. Thesis The degree of Master of Science (Public Health), Major in Public Health Administration Faculty of Graduated studies Mahidol University.
- Crosby, P.B. (1984). *Quality without tear: The art of hassle-free management*. New York: McGraw Hill.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.
- Feigenbaum, A.V. (1992). *Total quality control*. (3rd ed). New York: McGraw Hill.
- Francis, D., and Young, D. (1979). *Improving work groups: a practical manual for team building*. San Diego, California: University Associates.
- Garvin, D.A. (1984). *What Dose Product Quality Really Mean*. Sloan Management Review, 26(1): 25-43.
- Gryna, F. M. (2001). *Quality planning & analysis*. (4th ed). New York: McGraw-hill.
- Heller, R. (1998). *Managing team*. London: Dorling Kindersley.
- Ishikawa, K. (1985). *What Is Total Quality Control? The Japanese way*. Englewood Cliffs.
- Juran, J. M., and Gryna, F.M. J. (1993). *Quality planning and analysis: from product development through us*. (3rd ed). New York: McGraw-Hill.
- Katzenbach, J.R., and Smith, D.K. (1993). *The wisdom of teams: creating the high-performance organization*. Boston: Harvard Business School.

- Lee, T.W., and KO, Y.K. (2010). Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4): 839-848.
- Lee, S., Choi, K., Kang H., Cho W., and Chae, Y.M. (2002). Assessing the factors influencing CQI implement: experience in Korean hospital. *International Journal for Quality in Health*, 14(5): 389-391.
- Likert, R. (1961). *New patterns of management*. Japan: McGraw-Hill Kogakusha, Ltd. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lubber, R., Loughlin, C., Zweig D. (2005). Young workers' job self-efficacy and affect: Pathways to health and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 67: 199-214.
- Lusssier, R.N., and Achua, C.F. (2007). *Effective leadership*. (3rd ed). Canada: Thomson South-western.
- Martin, G.N., Carlson, N.R., and Buskist, W. (2007). *Psychology*. (3rd ed). England: Pearson Education Limited.
- Mc Grager, D. (1960). *The human side on enterprise*. New York: McGraw-Hill.
- McLaughlin, C.P., and Kaluzny, A.D. (2006). *Continuous quality improvement in health care*. (3rd ed). Massachusetts: Jone and Bartlett Publisher.
- Mitra, A. (2008). *Fundamental of quality control and improvement*. (3rd ed). New Jersey: John wiley & Sone.
- Moen, R.D., Nolan, T.W., and Provost, L.P. (1991). *Improving quality through planned experimentation*. New York: McGraw-Hill.
- Parker, G.M. (1990). *Team players and teamwork: The new competitive business strategy*. (1st ed). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Parker, S., and Wall, T. (1998). *Job and work design: organizing work to promote well-being and eeffectiveness*. London: Sage Publications.
- Parsley, K., and Corrigan, P. (1994). *Quality improvement in nursing and healthcare*. (1st ed). New York: Chapman and Hall.
- Premasawad, P. (2006). *Role performance of professional nurse in relation to nursing quality devolvment strategy*. The Thesis of Master's degree of Science (Public Health). Major in Public Health Administration Faculty of Graduated studies. Mahidol University.

- Ross, P.J. (1996). *Taguchi techniques for quality engineering*. New York: McGraw-Hill.
- Schmidt, W.H. and Finnigan J.P. (1993). *TQM manager competencies*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schutz, W.F. (1989). *A tree-dimensional theory of interpersonal behavior*, WSA, Muir Beach, CA (1989) (Originally published by Holt, Reinhart and Winston (1958), issued in reprinted edition as the interpersonal underworld by science and behavior books (1966).
- Shewhart, W. A., (1986. *Statistical method from the viewpoint of quality control*. Dover, Mineola, New York.
- Sutherasan, S.and Aungsuroch, Y. (2008). Total quality management activities after hospital accreditation from the opinion of hospital accreditation coordinators in Thailand. *Journal of Songkla Med J*, 26 (4): 313-321.
- Taguchi, G. (1986). *Introduction to Quality Engineering: Designing Quality into Products and Processes*. Asia Productivity Organization (Distribute by American Supplier institute Inc.).
- Tarkenton, F., and Tuleja, T. (1986). *How to motivate people: the team strategy for success*. NY: Harper and Row.
- Terry, G.R. (1964). *Principle of management*. (4th ed). United States of America: Richard D. Irwin, Inc.
- Varney, G. H. (1989). *Building productive teams on action guide and resource book*. (1st ed). California: jossey bass, Inc.
- Weiten, W., Lloyd M., Dunn D., and Hammer E.Y. (2009). *Psychology applied to modern life adjustment in the 21st century*. (9th ed). USA: Wadsworth Cengage Learning.
- White, A. (1996). *Continuous quality improvement*. London WIP 1HF: Judy Piatkus (publisher) Ltd.
- White, R.K., and Lippitt R. (1960). *Autocracy and democracy: an experimental inquiry*. New York: Harper.
- Willborn, W., and Cheng, E.T.C. (1994). *Global management of quality assurance system*. USA: McGraw-Hill.
- Williams, C. (2007). *Management*. (4th ed). China: Thomson South-Western.

- Withanachchi, N., Handa, Y., Karandagod, K.K.W., Pathirage, P.P., Tennakoon, N.C.K., and Pullaperuma, D.S.P. (2007). TQM emphasizing 5-S principles a breakthrough for chronic managerial constraints at public hospital in developing countries. *International Journal of Public Sector Management*, 20(3): 168-177.
- Woodcock, M. and Francis D. (1989). *Teambuilding strategy*: Worcester Great Britain: Gower.
- Yeh, Y.J. (2003). Implementing a sustainable TQM system: employee focus. *The TQM Magazine*. 15(4): 257-265.
- Yukl, G. (2005). *Leadership in organizations*. (6th ed). New Jersey: Pearson Prentice hall.





เอกสารรับรองเฉพาะส่วนที่แก้ไข
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อโครงการ : สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพ
อย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รหัสโครงการ : 125/2553

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาววิไลวรรณ แสงเนียม

เอกสารที่รับรอง : การปรับเปลี่ยนโครงการวิจัย
1) ปรับเปลี่ยนชื่อโครงการวิจัย เป็น สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม
พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วันที่รับรอง : 29 พฤศจิกายน 2553

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์สุณี ละกำปั่น)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร 10400

โทร 0-2354-8543-9 ต่อ 1127, 7404 โทรสาร 0-2640-9854



Approval of Amendment
Ethics Committee for Human Research
Faculty of Public Health, Mahidol University

Protocol Title : Self-efficacy, Teamwork, Leadership Behaviors and Continuous Quality Improvement of Professional Nurses, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Protocol No. : 125/2553

Principal Investigator : Miss Wilaiwan Saengniem

Type of Document : **Protocol Amendment**
 1) Protocol Title Change to Self-efficacy, Teamwork, Leadership Behaviors and Continuous Quality Improvement of Professional Nurses, Tertiary-Care Hospital in Bangkok

Date of Approval : 29 November 2010

The aforementioned project and informed consent have been reviewed and approved by Ethics Committee for Human Research, according to the Declaration of Helsinki.

(Assoc. Prof. Sunee Lagampan)

Chairman of Ethics Committee for Human Research

(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health



หมายเลขโครงการ 341/53

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

เลขที่โครงการวิจัย :

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววิไลวรรณ แสงเนียม

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารที่ได้รับการรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย version 3.0 Dated 27 Dec 2010
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Dated 27 Dec 2010
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย version 3.0 Dated 27 Dec 2010
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 27 Dec 2010
5. แบบสอบถามการวิจัย Version 2.0 Dated 27 Dec 2010

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธาดา สืบหิณวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์โสภิต ธรรมอารี)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 3 กุมภาพันธ์ 54

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

**โครงการวิจัยเรื่อง สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่าง
ต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการเพื่อเป็น
หลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ก่อนลงนามในใบยินยอมตนให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้
ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้อ 2. ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบแบบสอบถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้อ 3. ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม
ในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่ส่งผลต่อข้าพเจ้าต่อไป

ข้อ 4. ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่
เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 5. ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้ง
ให้ทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

แบบสอบถามการวิจัย**แบบสอบถามชุดที่**

□□□□

แบบสอบถาม

**เรื่อง สมรรถนะในตน การทำงานเป็นทีม พฤติกรรมผู้นำ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร**

คำชี้แจง

1. ผู้ตอบแบบสอบถามนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง
ที่ปฏิบัติงานติดต่อกันมาแล้ว 2 ปี และปัจจุบันยังดำรงบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ได้รับ
มอบหมายให้ปฏิบัติงานด้านคุณภาพ อย่างน้อย 1 อย่าง คือ การประกันคุณภาพ (Quality assurance:
QA) หรือ การบริหารความเสี่ยง (Risk management: RM) หรือ กิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ (Performance
improvement: PI) หรือ การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control: IC) หรือ 5 ส.
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วน
3. โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพราะคำตอบของท่านสามารถใช้เป็น
ข้อมูลในการศึกษาวิจัย และเพื่อประโยชน์ต่อการปรับปรุงการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพต่อไป
4. คำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการ
ปฏิบัติงานของท่าน เพราะผู้วิจัยวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น
5. แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 สมรรถนะในตน จำนวน 14 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 การทำงานเป็นทีม จำนวน 14 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 พฤติกรรมผู้นำ มีจำนวน 13 ข้อ
 - ส่วนที่ 5 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 24 ข้อ
 - ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นทั่วไปเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน
1 ข้อ

วิไลวรรณ แสงเนียม**นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)****สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข****คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

****แบบสอบถามนี้สำหรับ****

- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานติดต่อกันตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

- ท่านได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้านคุณภาพ

☐ **ได้รับมอบหมาย**

☐ **ไม่ได้รับมอบหมาย**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง: ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความ และเติมข้อความลงในช่องว่าง ซึ่งตรงกับลักษณะของท่าน

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ ปี (นับเต็มปีบริบูรณ์)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ 1.ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ☐ 2. ปริญญาโท ☐ 3. ปริญญาเอก
4. สถานภาพสมรส
☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า/แยกกันอยู่
5. ระยะเวลาในการปฏิบัติ.....ปี (จำนวนปีเต็ม)
6. ปัจจุบันท่านเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับใด
☐ 1. พยาบาลระดับ 3 ☐ 2. พยาบาลระดับ 4 ☐ 3. พยาบาลระดับ 5
☐ 4. พยาบาลระดับ 6 ☐ 5. พยาบาลระดับ 7 ☐ 6. พยาบาลระดับ 8
7. สถานที่ปฏิบัติงาน
☐ 1. แผนกผู้ป่วยนอก ☐ 2. แผนกผู้ป่วยใน ☐ 3. แผนกโภชนวิทยา
☐ 4. แผนกหน่วยจ่ายกลาง ☐ 5. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
8. งานด้านคุณภาพที่ท่านได้รับมอบหมาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1. การประกันคุณภาพ (Quality assurance: QA)
☐ 2. การบริหารความเสี่ยง (Risk management: RM)
☐ 3. กิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ (Performance improvement: PI)
☐ 4. การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control: IC)
☐ 5. 5 ส.
☐ 6. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะในตน จำนวน 14 ข้อ

คำชี้แจง: ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่ตรงกับ สมรรถนะในตนในการปฏิบัติ
งานพัฒนาคุณภาพของท่าน ทำเครื่องหมาย **เพียง 1 ช่องเท่านั้น** ในแต่ละข้อ

รายการ	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	น้อยที่สุด
ท่านมีความมั่นใจในสิ่งต่อไปนี้หรือไม่					
1. การที่จะปฏิบัติงานต่างๆให้สำเร็จ					
2. เรียนรู้กิจกรรมใหม่ ๆ ที่จะสนับสนุนให้งานสำเร็จ					
3. ฝึกฝนตนเองให้มีทักษะในด้านที่บกพร่อง					
4. ประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเองได้					
5. ควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันต่าง ๆ ได้					
6. เผชิญกับภาวะคุกคามใด ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานได้					
7. อดทนต่อความยากลำบากในการปฏิบัติงานได้ทุกสถานการณ์					
8. ปฏิบัติงานที่ย่างยากซับซ้อนให้สัมฤทธิ์ผลได้					
9. มีความสามารถเหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมาย					
10. ปฏิบัติงานในหน้าที่ทุกอย่างที่ได้รับมอบหมายด้วยความมั่นใจแม้เป็นงานที่ยาก					
11. สามารถดำเนินชีวิตตามความเชื่อที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง					
12. มีเอกลักษณ์บางอย่างเฉพาะตัวที่ไม่เหมือนผู้อื่นทำให้ท่านเป็นจุดเด่นและเป็นที่ยอมรับ					
13. ปฏิบัติงานได้หลายรูปแบบ					
14. ความสามารถของท่านเป็นที่ยอมรับในระหว่างเพื่อนร่วมงาน					

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม จำนวน 14 ข้อ

คำชี้แจง: ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องที่ตรงกับลักษณะในการทำงานเป็นทีมของท่าน ทำเครื่องหมาย เพียง 1 ช่องเท่านั้น ในแต่ละข้อ

รายการ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
ท่านปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้อย่างไร				
1. รับฟังความคิดเห็นของทุกคนในทีม				
2. มีการติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดการประสานงานทำให้ การดำเนินงานของทีมประสบความสำเร็จ				
3. ร่วมประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานของทีมอย่าง สม่ำเสมอ				
4. มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามแผนโดยยึดวัตถุประสงค์ ของหน่วยงานหรือของโรงพยาบาลเป็นหลัก				
5. มีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาความขัดแย้งที่ เกิดขึ้นในทีม				
6. มีการปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันเมื่อเกิดความ ขัดแย้งขึ้นในทีมงาน				
7. ปฏิบัติงานด้วยความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวได้ กับทุกสถานการณ์				
8. มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ของทีมงาน				
9. ได้นำบทเรียนจากความสำเร็จมาเป็นบทเรียนใน การเรียนรู้มากกว่านำมากล่าวโทษกัน				
10. ปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุด				
11. ปฏิบัติงานโดยรับฟังและยอมรับในความแตกต่าง ด้านความสามารถของแต่ละบุคคล				
12. มีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทของสมาชิกในทีม				
13. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆของทีมงาน				
14. มีส่วนทำให้ทีมงานประสบความสำเร็จในการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่อง				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมผู้นำ มีจำนวน 13 ข้อ

คำชี้แจง: ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ ลักษณะพฤติกรรมของท่าน ทำเครื่องหมาย เพียง 1 ช่องเท่านั้น ในแต่ละข้อ

รายการ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
ท่านปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้หรือไม่				
1. มีความพยายามที่จะผลักดันให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จสูงสุด				
2. รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่				
3. ปฏิบัติงาน ด้วยความตั้งใจ และเอาใจใส่				
4. เสนอแนวคิดใหม่ๆมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานและองค์กร				
5. สามารถชี้แนะข้อบกพร่องในการปฏิบัติงานให้เพื่อนร่วมงานได้				
6. ให้ข้อแนะนำที่ดีแก่เพื่อนร่วมงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ดียิ่งขึ้น				
7. เสนอแนะความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในที่ประชุมเกี่ยวกับงานที่ท่านปฏิบัติ				
8. สามารถโน้มน้าวหรือจูงใจให้เพื่อนร่วมงาน กระตือรือร้นในการปฏิบัติงานเพื่อสนองตอบนโยบายของหน่วยงานและองค์กร				
9. ให้กำลังใจเพื่อนร่วมงานเมื่อพบอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ				
10. รับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานอย่างเท่าเทียมกัน				
11. สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยตนเองภายใต้บทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ				
12. สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่มีข้อขัดแย้ง				
13. แสดงความรับผิดชอบเมื่อมีข้อบกพร่องในการปฏิบัติงาน				

ส่วนที่ 5 ข้อคำถามเกี่ยวกับ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 24 ข้อ

คำชี้แจง: ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ การปฏิบัติงานพัฒนา

คุณภาพของท่านมากที่สุด ทำเครื่องหมาย **เพียง 1 ช่องเท่านั้น** ในแต่ละข้อ

รายการ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
ท่านปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้หรือไม่				
1. มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสอดคล้องกับวิสัยทัศน์หลักของหน่วยงานและองค์กร				
2. มีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสอดคล้องกับตัวชี้วัดการดำเนินงานของหน่วยงานและองค์กร				
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงานทั้งหมด เมื่อผลลัพธ์การดำเนินงาน ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้				
4. นำเทคโนโลยีใหม่ ๆ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) มาใช้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ				
5. สามารถอธิบายรายละเอียดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจอย่างถ่องแท้ ก่อนนำไปปฏิบัติ				
6. วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (Root cause analysis) ในแต่ละเรื่องก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพ				
7. กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาคครอบคลุมตามสาเหตุของแต่ละปัญหา				
8. มีการใช้หลักของ การวางแผน (plan) การดำเนินงาน (do) การตรวจสอบ (check) และการแก้ไข (act) ใน การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ				
9. ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญในทุกกระบวนการดำเนินงาน				

รายการ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
10. ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แม้จะพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน				
11. มีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ให้อุ้บุคคลในหน่วยงานและองค์กรรับทราบ				
12. ได้รับการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ก่อนนำไปปฏิบัติ				
13. เปิดโอกาสให้สมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพ มีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น				
14. มีการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ เช่น แผนภูมิแก้างปลา แผนภูมิพาเรโต้ ฮิสโตแกรม Flow chart เป็นต้น				
15. มีการจัดลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหา ก่อนนำไปปฏิบัติ				
16. ผู้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในงานพัฒนาคุณภาพที่ท่านได้รับมอบหมาย				
17. วิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ โดยใช้หลักทางสถิติ เพื่อลดความแปรปรวนในการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพ				
18. มีการวัดความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลังการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ				
19. มีการเทียบเคียงผลการดำเนินงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ดีขึ้นไป				
20. มีการอ้างอิงโดยใช้หลักฐานทางการแพทย์มาใช้ในการประกอบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ				
21. ได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพทุกชั้นตอนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ				
22. ร่วมจัดทำระบบการบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ				

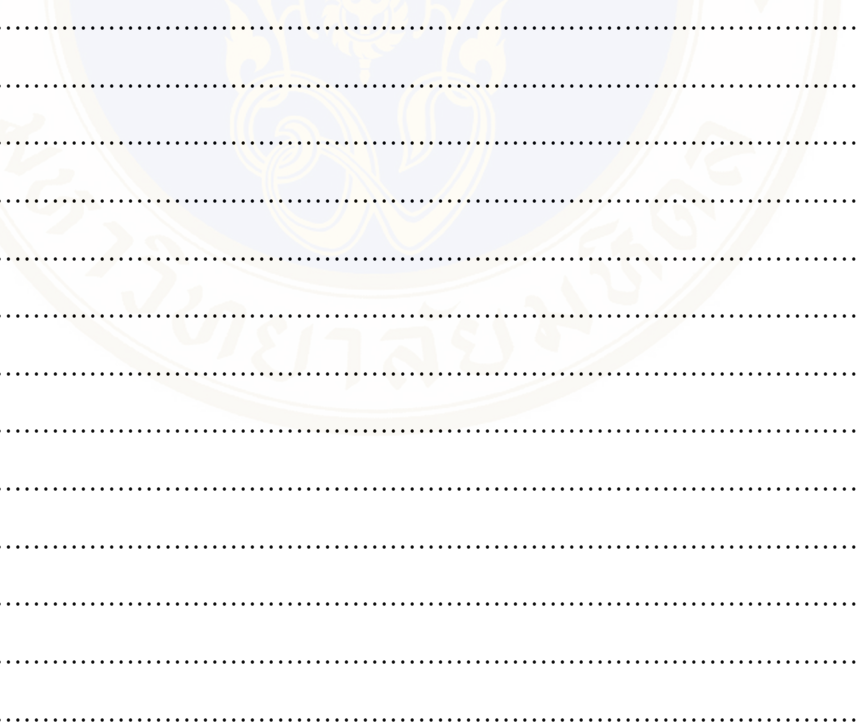
รายการ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
23. มีการเปรียบเทียบต้นทุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพกับผลลัพธ์ที่ได้ว่าคุ้มค่าหรือไม่				
24. มีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ				

ส่วนที่ 6 ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นทั่วไปเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1 ข้อ

คำชี้แจง: ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม แสดงความคิดเห็นทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยที่ท่านคิดว่าเป็นปัจจัย

สำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคณาภพอย่างต่อเนื่อง

ท่านคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่องของพยาบาลวิชาชีพ.....



ขอขอบคุณ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาววิไลวรรณ แสงเนียม
วัน เดือน ปี เกิด	21 พฤศจิกายน 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, พ.ศ.2541-2544 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2551-2554 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพพระดับ 6 ตึกมงกุฎ-เพชรรัตน ชั้น 3 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 1873 ถ.พระรา 4 แขวง ปทุมวัน เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-256-4222