

Scan

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย
กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

นางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2552

**The Relationships Between Total Quality Management of Head Nurses and
Effectiveness of the Nursing Team in Regional Hospitals and General
Hospitals under the Jurisdiction of the Ministry of Public Health,
Region 6 and 7**

Mrs. Orapin Wanitchareon

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2009

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย
กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

ชื่อและนามสกุล นางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ

แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข
2. รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์
3. รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

.....
กิระดา ประจตุลป ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจตุลป)

.....
อร อารี กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข)

.....
พูลสุข หิงคานนท์ กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์)

.....
วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล กรรมการ
(รองศาสตราจารย์วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา
การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

.....
สุจินต์ วิสวธีรานนท์ ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

วันที่ 28 เดือน มกราคม พ.ศ. 2553

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

ผู้วิจัย นางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) อาจารย์ที่ปรึกษา (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข (2) รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงกานนท์ (3) รองศาสตราจารย์ไฉ่ กุศลวิศิษฎ์กุล ปีการศึกษา 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย (2) ประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 จำนวน 385 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเกาะกลุ่มสุ่ม 2 ชั้น เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย และประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและวิเคราะห์หาความเที่ยง ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และ 3 ได้เท่ากับ 0.97 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า (1) การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (2) ประสิทธิผลของทีมงานพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง และ (3) การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r_s = 0.564$)

คำสำคัญ การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

Thesis title: The Relationships Between Total Quality Management of Head Nurses and Effectiveness of the Nursing Team at Regional Hospitals and General Hospitals under the Jurisdiction of the Ministry of Public Health, Region 6 and 7

Researcher: Mrs. Orapin Wanitchareon; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration);

Thesis advisors: (1) Dr. Aree Cheevakasemsook, Assistant Professor; (2) Dr. Poonsuk Hingkanont, Associate Professor; (3) Wilai Kusolvitkul, Associate Professor; **Academic year:** 2009

Abstract

The purposes of this descriptive study were: (1) to study the total quality management of head nurses, (2) to assess the effectiveness of the nursing team, and (3) to explore the relationship between the total quality management of head nurses and the effectiveness of nursing teams at regional hospitals and general hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Public Health, Region 6 and 7.

The sample comprised 385 staff nurses who worked in regional hospitals and general hospitals under the jurisdiction of the Ministry of Public Health, Region 6 and 7. They were selected by two-stage cluster sampling technique. Questionnaires were used as research tools and comprised three sections: demographical data, total quality management of head nurses, and effectiveness of nursing team. The questionnaires were tested for validity and reliability. The reliability of the second and the third sections were 0.97 and 0.93 respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation coefficient.

The major findings were as follows. (1) Nurses rated the total quality management of head nurses at the high level. (2) Nurses also rated the effectiveness of the nursing team at the high level. (3) Total quality management of head nurses correlated positively and moderately significantly with the effectiveness of the nursing team ($r_s = 0.564, p < 0.01$).

Keywords: Total quality management, Effectiveness of the nursing team, Head nurse, Regional hospital, General hospital.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. พูลสุข หิงคานนท์ และรองศาสตราจารย์ วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง รวมทั้งขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่งจนประสบความสำเร็จ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกสิลาป ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งขอเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านดังปรากฏชื่อในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งขอเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์และสำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้ให้การสนับสนุน ขอขอบพระคุณห้องสมุดและบรรณารักษ์ของสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ที่ได้เป็นแหล่งค้นคว้าตำราและสนับสนุนเอกสารวิชาการ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลและผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณบิดา มารดา บุพการีผู้ให้ชีวิต สติปัญญาและสิ่งที่ดีงาม ระลึกถึงครอบครัว ญาติพี่น้อง ที่เป็นที่รักและกำลังใจ ตลอดจนหัวหน้างาน และผู้ร่วมงานและเพื่อนร่วมรุ่น ที่เป็นกำลังใจ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ทุกท่านที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้

อรพินท์ วาณิชย์เจริญ

ตุลาคม 2552

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	13
ประสิทธิผลของทีมการพยาบาล	14
การบริหารคุณภาพทั้งองค์กร	29
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป	53
หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ	55
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	64
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	69
การเก็บรวบรวมข้อมูล	75
การวิเคราะห์ข้อมูล	76

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	77
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7	78
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร ของหัวหน้าผู้ป่วย	79
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนประสิทธิผลของทีมการพยาบาล	90
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล	97
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	98
สรุปการวิจัย	98
อภิปรายผล	101
ข้อเสนอแนะ	108
บรรณานุกรม	111
ภาคผนวก	122
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	123
ข. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	125
ค. ตัวอย่างหนังสือขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ	127
ง. หนังสือขอทดลองเครื่องมือและเก็บข้อมูล	130
จ. แบบสอบถาม	135
ฉ. ตารางแสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริหารคุณภาพ ทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 รายชื่อ	146
ช. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	159
ประวัติผู้วิจัย	162

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวนพยาบาลวิชาชีพและจำนวนทีมการพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป เขต 6 และ 7	65
ตารางที่ 3.2 จำนวนพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพตัวอย่าง ในโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป เขต 6 และ 7	67
ตารางที่ 3.3 จำนวนพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป เขต 6 และ 7 จำแนกตามทีมการพยาบาล	68
ตารางที่ 3.4 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	74
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 จำแนกข้อมูลส่วนบุคคล	77
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7	80
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านกระบวนการวางแผนคุณภาพ จำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวม	82
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านกระบวนการควบคุมคุณภาพ จำแนกเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม	85
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ จำแนกเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม	87
ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับประสิทธิผลของ ทีมการพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7	91

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับประสิทธิผล ของทีมการพยาบาลความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน จำแนกเป็นรายข้อ	92
ตารางที่ 4.8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลของ ทีมการพยาบาล ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จำแนกเป็นรายข้อ	93
ตารางที่ 4.9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลของ ทีมการพยาบาลด้านการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย จำแนกเป็นรายข้อ	95
ตารางที่ 4.10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับ ประสิทธิผลของทีมการพยาบาล	97

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ภาพที่ 2.1 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรสามประการของจูแรน	40

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิของประชาชนในด้านต่าง ๆ โดยที่บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม และได้มาตรฐาน โดยรัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ซึ่งเป็นเหตุผลให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพรวมถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชน ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งต้องพยายามที่จะพัฒนาตนเองให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการที่จะระบุว่าโรงพยาบาลใดมีคุณภาพในการให้บริการนั้นทำได้หลายวิธี วิธีหนึ่งที่นิยมอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือ การพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานทั้งระบบ โดยผ่านกระบวนการอันเป็นหลักประกันคุณภาพซึ่งเรียกว่า “กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” (Hospital Accreditation) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดความเปลี่ยนแปลงในองค์กรเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ตามเป้าหมายได้อย่างสมบูรณ์ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2544) และการดำเนินการเพื่อให้โรงพยาบาลได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพนั้น คนในองค์กรทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือมีการทำงานเป็นทีม (อนวัฒน์ สุภษุติกุล และคณะ 2544) เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยให้เกิดผลผลิตที่มีคุณภาพ (Robbins 2001 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร 2548)

การที่จะทำให้องค์การด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพได้ คือ ทรัพยากรมนุษย์และรูปแบบการบริหารงานที่มีในองค์กร ทีมการพยาบาลเป็นองค์กรหนึ่งที่มีความสำคัญในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนมากที่สุด (ทัศนยา บุญทอง 2543: 19) การทำหน้าที่ของทีมการพยาบาลจะมีลักษณะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ เป็นการรวมตัวเพื่อปฏิบัติงานร่วมกันและร่วมพิจารณาประเด็นปัญหา การแก้ปัญหาในงานที่รับผิดชอบ ทีมการพยาบาลประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรทุกระดับ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ (บุญใจ

ศรีสตีตันรากร (2544: 227) โดยมีการวางแผนและประเมินผลการให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประสานความร่วมมือแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มี คุณภาพ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 258) ผลผลิตร้อยละ 50 ในองค์กรเป็นผลงานของทีมพยาบาล ดังนั้นผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายส่วนหนึ่งมาจากประสิทธิผลของทีมการพยาบาล (กุลยา คันติผลาชีวะ 2539: 24) และทีมที่ปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายนั้น เป็นสิ่งสะท้อนถึงความสำเร็จในการบริหารงานของผู้บริหารงานด้วยปัจจัยหนึ่ง (Robbins 2001: 259-279)

หัวหน้าหอผู้ป่วยนับว่ามีความสำคัญต่อการเกิดความสำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยงาน เพราะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่บริหารในหอผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบ สามารถนำทีมพยาบาลปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจนทำให้เกิดความสำเร็จตามนโยบายและบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานได้ สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) ศึกษาพบว่า การใช้ความรู้และกระบวนการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อประยุกต์สู่การปฏิบัติด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์มีความเชื่อมโยงงานบริหารให้เข้ากับงานการพยาบาล ส่งผลให้ทีมงานมีประสิทธิผล รวมทั้งต้องสามารถผสมผสานทรัพยากรต่าง ๆ มาวางแผน จัดการ ชี้แนะ และควบคุมให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (ฟาริดา อิบราฮิม 2542: 130-131)

นอกจากความสามารถของผู้บริหารแล้วประสิทธิผลของทีมการพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อาทิเช่น บรรยากาศองค์กร การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย ลักษณะการทำงานเป็นทีม การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นต้น จากการศึกษาของฉฎาธร ปรานมนตรี (2547) พบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่า ควรสนับสนุนให้มีการนำหลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมาพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของทีมการพยาบาล นอกจากนี้ นโยบายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA: Hospital Accreditation) โดยกองโรงพยาบาลภูมิภาคกำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งต้องผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลภายใน พ.ศ.2544 (อนุวัฒน์ สุภชติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ 2543: 63) ซึ่งการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการคุณภาพภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (อนุวัฒน์ สุภชติกุล และคณะ 2544: 172) และมีการนำกลยุทธ์การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมาใช้เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยมีแนวคิดสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ผู้ป่วยหรือลูกค้าเป็นศูนย์กลางและมุ่งตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ 2) การมี

ส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน และ 3) การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (วิฑูรย์ สิมะ โสภคตี 2541) นอกจากนี้องค์การต้องมีการกำหนดทิศทางการทำงานที่ชัดเจน การบริหารนโยบายที่มีประสิทธิภาพและมุ่งเน้นกระบวนการที่ได้รับรางวัลอย่างมีระบบ (สิทธิศักดิ์ พดกษย์ปีติกุล 2542) พราสเรย์และคาร์ริงแกน (Parsley & Carrigan 1994: 212) ได้ให้แนวคิดว่าการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเป็นกระบวนการทำงานที่ควบคุม ลด ขจัด สิ่งที่ไม่ดีหรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในกระบวนการ โดยให้ความสำคัญกับความต้องการของลูกค้าภายในองค์กรและภายนอกองค์กร ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติทั้งองค์กรในการปรับปรุงการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลนั้น จำเป็นต้องพึ่งพาทีมการพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีจำนวนมากของโรงพยาบาลที่มีผลต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการ และหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนและพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลให้มีความสามารถในการพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนดและสอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาล (บุญสม มิตรพระพันธ์ 2544: 17) นอกจากนี้ยังเป็นผู้ถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลไปยังพยาบาลผู้ปฏิบัติ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่สามารถทำให้เป้าหมายสำเร็จหรือล้มเหลวได้ เป็นตัวจักรสำคัญที่ทำให้ความมุ่งหวังขององค์กรบรรลุเป้าหมาย (องอาจ วิฑูรศิริ และคณะ 2539: 153) สอดคล้องกับผลการศึกษาดังประเทศที่พบว่า การดำเนินงานขององค์กรหรือหน่วยงานจะประสบผลสำเร็จขึ้นอยู่กับผู้บริหารสูงสุดขององค์กรและหน่วยงานนั้น ๆ (Routhieaux and Gutex 1998)

การนำหลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมาประยุกต์ใช้ช่วยให้การพัฒนาคุณภาพการให้บริการเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (Bateman TS 2000) และบรรลุเป้าหมายในการดูแลประชาชนและชุมชนให้มีสุขภาพดี โดยแนวคิดนี้ผู้ปฏิบัติใช้หลักคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์และการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ในการให้บริการ มีเป้าหมายร่วมกันในการคำนึงถึงผู้ใช้บริการทั้งภายในและภายนอก และมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง สมาชิกทุกคนมีส่วนแก้ปัญหา สร้างนวัตกรรมใหม่ พัฒนาคุณภาพของตนเองและหน่วยงาน รวมทั้งการทำงานเป็นทีม (สิทธิศักดิ์ พดกษย์ปีติกุล 2544: 11) จูแรนและไจนา (Juran and Gryna 1993) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเป็นระบบการปฏิบัติงานเพื่อสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ มีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ทำงานและสนับสนุนการทำงานเป็นทีม ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคนควรนำหลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมาใช้เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหน่วยงานหรือทีม (Sullivan & Dacker 1997: 127) หลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร คือ การทำงานเป็นทีมโดยกระตุ้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการปฏิบัติงาน การ

แก้ปัญหา รับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ที่รับมอบหมาย มีระบบติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Robbins 2001: 271)

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่งต้องพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยดำเนินการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันพบว่า โรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมีเพียง 12 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 25 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปที่ผ่านการรับรองคุณภาพมีเพียง 23 แห่ง จากจำนวน 70 แห่ง ในเขต 6 และ 7 มีโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ เพียง 3 แห่ง จาก 11 แห่ง (เอกสารการประชุมโรงพยาบาลเกาะสมุย 2552) แสดงให้เห็นว่า ประสิทธิภาพของโรงพยาบาลนั้นยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะบุคลากรโรงพยาบาลในเขต 6 จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ซึ่งผลการวิจัยจะสามารถนำมาพัฒนาโรงพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายของการรับรองคุณภาพเป็นข้อมูลที่สามารถนำมาเพิ่มคุณภาพงานของทีมการพยาบาล และพัฒนาระบบการบริหารคุณภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ดี คุ่มค่า พึงพอใจ และปลอดภัย

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7
- 2.2 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพทีมการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7
- 2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิภาพของทีมพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและได้กำหนดกรอบแนวคิด ดังนี้

3.1 การศึกษาประสิทธิผลของทีมการพยาบาล ผู้วิจัยนำแนวคิดของروبินส์

(Robbins 2001) ที่กล่าวว่า ประสิทธิภาพของทีมเป็นการวัดที่ประกอบด้วย การเพิ่มขึ้นของผลผลิตของทีม (Team's productivity) และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน โดยผลผลิต หมายถึง การวัดการปฏิบัติงานอย่างหนึ่งที่ประกอบด้วยประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการบริการหรือการผลิต ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 เป็นต้นมา มีการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการภาครัฐครั้งสำคัญ ปฏิรูประบบบริการสุขภาพทำให้มีผลกระทบด้านการบริการสุขภาพอย่างมาก รวมทั้งระบบบริการพยาบาลซึ่งเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ งบประมาณที่จำกัด หรือมาตรการด้านงบประมาณที่เข้มงวดขึ้น การดำเนินงานที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าในเชิงภารกิจ ตลอดจนได้ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ดีมาจากการบริหารจัดการของทีมการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกลุ่มงานพยาบาล นั่นคือ ผู้รับบริการสุขภาพได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐานสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ (ยุวราณี สุขวิญญูณ์ 2549) กรอบแนวคิด ประสิทธิภาพของทีมของروبินส์จึงเหมาะสมกับบริบทและกระแสสังคมปัจจุบัน ประสิทธิภาพตามแนวคิดของروبินส์ ประกอบด้วย

3.1.1 การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ การปฏิบัติตามมาตรฐานที่ตั้งไว้

3.1.2 การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ รอบินส์ได้กล่าวว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง อัตราส่วนของผลที่ได้ตามเป้าหมายของทีมต่อปัจจัยนำเข้า เช่น การลดต้นทุน ผลการทำงานต่อชั่วโมง

3.1.3 ความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน เป็นความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกในการทำงานร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงาน และการสร้างความพึงพอใจให้สมาชิก เพื่อลดการขาดงาน หรือการลาออกจากงาน

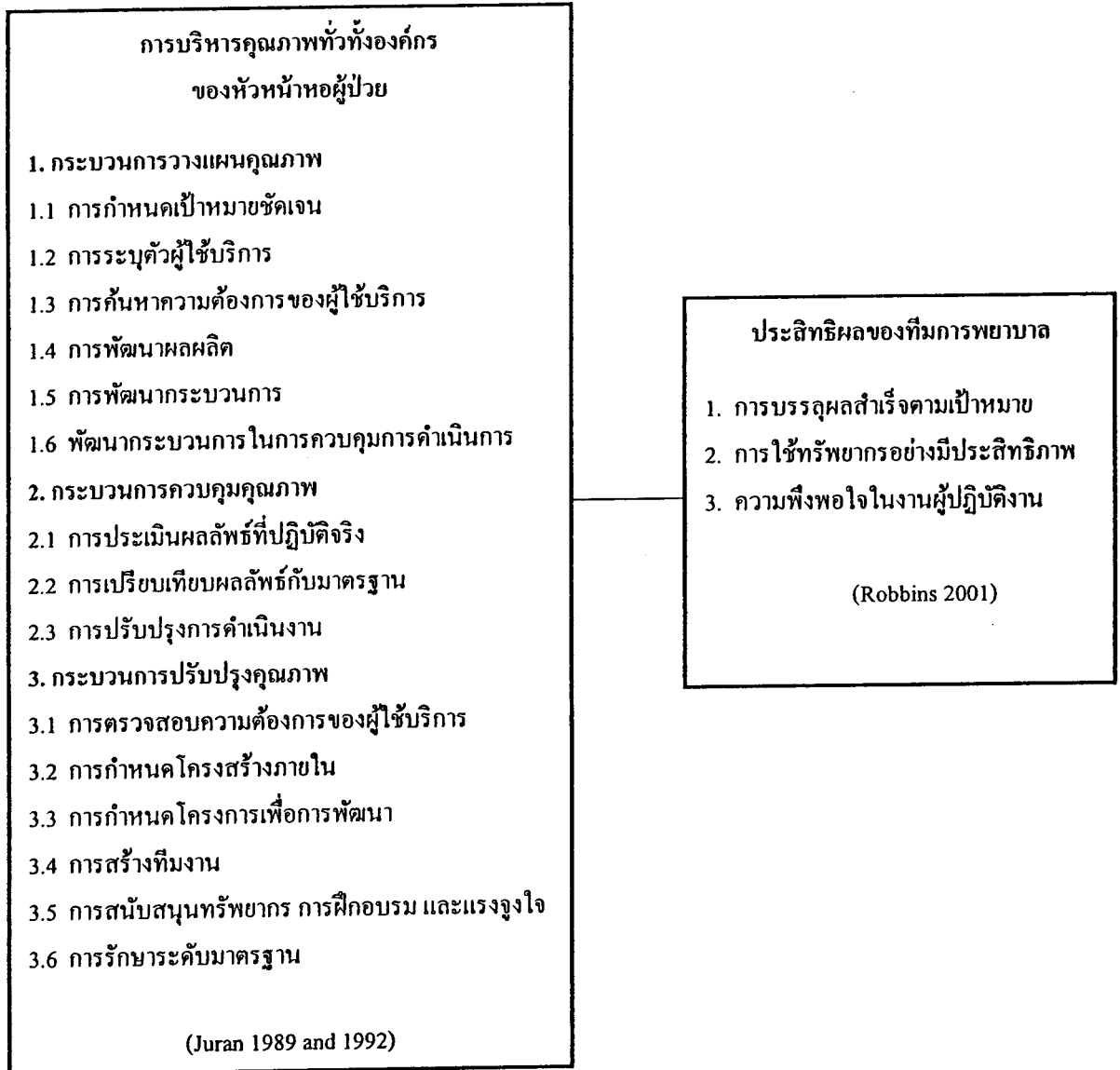
3.2 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ผู้วิจัยใช้แนวคิดของจูแรน (Juran 1989 and 1992) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับการพัฒนางานของโรงพยาบาลที่มุ่งไปสู่การรับรองคุณภาพ โดยที่ทีมการพยาบาลต้องพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยการประกันคุณภาพการพยาบาล ซึ่งกล่าวถึงการกำหนดมาตรฐาน การปฏิบัติตามมาตรฐาน การวัดและประเมินผล และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ 2546) แนวคิดของจูแรนประกอบด้วย

3.2.1 กระบวนการวางแผนคุณภาพ

3.2.2 กระบวนการควบคุมคุณภาพ

3.2.3 กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ

แนวคิดทั้ง 3 กระบวนการ จะแสดงถึงความเชื่อมโยงของกระบวนการทำงาน ตั้งแต่การวางแผน การควบคุม และการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย ป้องกัน ปัญหาข้อบกพร่อง และการสูญเสียต่าง ๆ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดของจูแรนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล

5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และงานห้องผ่าตัด ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 จำนวน 11 แห่ง ประชากรทั้งสิ้นจำนวน 3,193 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเกาะกลุ่ม สุ่ม 2 ชั้น (Two-stage cluster sampling) จำนวน 374 คน

5.2 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

5.2.1 *ตัวแปรอิสระ* คือ การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย

5.2.2 *ตัวแปรตาม* คือ ประสิทธิผลของทีมการพยาบาล

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย (Total Quality Management Abilities of Head Nurse) หมายถึง การจัดการในภาพรวมของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ให้การบริการพยาบาล ซึ่งสะท้อนถึงการปฏิบัติงานในการบริหารคุณภาพในหอผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพร่วมพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รักษามาตรฐานการปฏิบัติงาน และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งวัดได้จากการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน โดยใช้แบบสอบถามตามแนวคิดของจูแรน (Juran 1989 and 1992) ประกอบด้วย

6.1.1 *กระบวนการวางแผนคุณภาพ (The Quality Planning Process)* หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการบริการพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ออกแบบกระบวนการพยาบาลโดยใช้เครื่องมือ วิธีการและเทคนิคการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรมย่อย ได้แก่

1) การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน (*Establish quality goals*) หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการกำหนดสิ่งที่ทีมงานต้องการบรรลุผลสำเร็จและสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายที่เป็นไปได้ เฉพาะเจาะจง รวมทั้งกำหนดระยะเวลาชัดเจน

2) การระบุตัวผู้ใช้บริการ (*Identify who the customer*) หมายถึง ความสามารถของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการระบุผู้ใช้บริการ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการการพยาบาลของหอผู้ป่วยทั้งที่เป็นผู้ใช้บริการภายนอกและผู้ใช้บริการภายใน ตลอดจนสามารถกำหนดขอบเขตในการให้บริการได้ชัดเจน

3) การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ (*Discover customer needs*) หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงความเสี่ยงที่มีผลต่อผู้ป่วยและมีการระบุตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล

4) การพัฒนาผลิตภัณฑ์ (*Develop product*) หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ความรู้ ความสามารถ เทคนิค และวิธีการตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล สร้างนวัตกรรมที่ช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5) การพัฒนากระบวนการ (*Develop process*) หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล เงิน เครื่องมือ และวิธีการอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่เป้าหมายของหอผู้ป่วยได้

6) การพัฒนากระบวนการในการควบคุมการดำเนินการ (*Develop process control / transfer to operation*) หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยกำหนดระบบ วิธีการตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนงานของหอผู้ป่วย

6.1.2 กระบวนการการควบคุมคุณภาพ (*The Quality Control Process*) หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการประเมินผลและการติดตามผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ให้เป็นไปตามมาตรฐานของหอผู้ป่วยที่กำหนดไว้ เพื่อป้องกันข้อบกพร่องหรือความเสี่ยง รวมทั้งวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด และปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการด้วยวิธีการ 3 ประการ ดังนี้

1) การประเมินผลลัพธ์ที่ปฏิบัติจริง (*Evaluate actual performance*) หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วย มีการประเมินผลและติดตามผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของหอผู้ป่วยและเป้าหมายที่กำหนดไว้

2) การเปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐาน (*Compare actual performance with quality goal*) หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการปฏิบัติงานกับเป้าหมายคุณภาพที่กำหนดไว้ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดทางเลือก และวิธีการเพื่อแก้ปัญหา เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง

3) *ปรับปรุงการดำเนินงาน (Take action on difference)* หมายถึง หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการนำกิจกรรมต่าง ๆ มาทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมที่พบว่าเป็นปัญหาไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จ เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กำหนดวิธีการและระบุทรัพยากรที่ต้องใช้เพื่อนำมาพัฒนาให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด

6.1.3 กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ (The Quality Improvement Process)

หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการรักษาระดับคุณภาพในหน่วยงานและมีการพัฒนามาตรฐานการทำงานให้ดีกว่า ชั้นที่ 2 (กระบวนการควบคุมคุณภาพ) โดยมีการแก้ไขการทำงานด้วยการลดการสูญเสียในงานที่เกิดขึ้นเรื่อยๆ ให้น้อยลงมากกว่าชั้นของกระบวนการควบคุมคุณภาพ ด้วยวิธีการ 6 ประการ ดังนี้

1) *การตรวจสอบความต้องการของผู้ใช้บริการ (Prove the need)* หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ถูกถามและโอกาสในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบความต้องการทั้ง 2 ฝ่าย คือ ความต้องการของผู้ใช้บริการภายนอกที่เป็นผู้ป่วย ญาติและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และความต้องการของผู้ใช้บริการภายในที่เป็นพยาบาลวิชาชีพก่อนปรับปรุงคุณภาพของพยาบาลภายหลังชั้นที่ 1 และ 2 (กระบวนการวางแผนคุณภาพและกระบวนการควบคุมคุณภาพ)

2) *การกำหนดโครงสร้างภายใน (Establish the infrastructure)* หมายถึง หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการกำหนดโครงสร้างองค์กรและกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยให้เอื้อต่อการจัดทำโครงการพัฒนาหรือปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาล

3) *การกำหนดโครงการเพื่อการพัฒนา (Identify the improvement projects)* หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถเลือกปัญหาเรื่องจริงที่รวบรวมได้มากำหนดและจัดทำโครงการเพื่อพัฒนา โดยให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและโครงการที่สามารถปฏิบัติได้

4) *การสร้างทีมงาน (Establish project teams)* หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการกำหนดทีมงานรับผิดชอบ โครงการที่จัดตั้งขึ้นร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุนให้ร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ

5) *การสนับสนุนทรัพยากร การฝึกอบรมและการจูงใจให้ทีมงาน (Provide the Teams with Resources Training and Motivation)* หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยให้การสนับสนุนและจัดหาสิ่งที่เอื้ออำนวยการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งที่เป็นเงิน สิ่งของ สถานที่ เวลา และทรัพยากรบุคคลที่ให้คำปรึกษา รวมทั้งฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพเรื่องการบริหาร

คุณภาพเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามโครงการที่รับผิดชอบ และสร้างแรงจูงใจด้วยการจัดให้มีการให้รางวัล

6) การจัดให้มีการควบคุมเพื่อรักษาผลประโยชน์ของหอผู้ป่วย (*Establish control to hold the gain*) หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยกำหนดให้มีการตรวจสอบคุณภาพงานตามโครงการต่าง ๆ กับมาตรฐานคุณภาพที่กำหนดเพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งคุณภาพที่ดีของหอผู้ป่วย

6.2 ทีมการพยาบาล หมายถึง กลุ่มของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่มีลักษณะเทียบเท่างาน โดยใช้ความรู้ความสามารถร่วมกันดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมภายใต้การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งทำหน้าที่มอบหมายอำนาจหน้าที่ให้กับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหอผู้ป่วยที่กำหนดไว้

6.3 ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล หมายถึง ผลโดยรวมที่เกิดจากการปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพเป็นทีมการพยาบาล เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ต้องการผลลัพธ์ ในที่นี้ได้แก่ การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงานตามแนวคิดของโรบินส์ (Robbins 2001) เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 3 ประการ ดังนี้คือ

6.3.1 การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (*Goal attainment approach*) หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้เป็นผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานการทำงานและมาตรฐานวิชาชีพ คอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและครอบคลุมบทบาท 4 มิติ

6.3.2 การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (*Efficiency*) หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลร่วมกัน และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้รวดเร็ว ทันเวลา โดยใช้งบประมาณการเงิน แรงงาน คน วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้ เทคโนโลยี หรือวิธีการทำงานอย่างประหยัด คุ่มค่า และสูญเสียน้อยที่สุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหอผู้ป่วยตามที่กำหนด

6.3.3 ความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน (*Employee satisfaction*) หมายถึง ความรู้สึกด้านบวกของพยาบาลวิชาชีพต่อการทำงานร่วมกันเป็นทีม และได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของทีมและมีมิตรภาพภายในทีม ภูมิใจในคุณค่าของความพยายามร่วมกันของสมาชิกที่ทำให้ทีมมีผลของการทำงานที่ดี สมาชิกทีมไม่เกิดความขัดแย้งในทีมงาน และมีพฤติกรรมที่ไม่ขาดงานและไม่ลาออกจากงาน

6.4 โรงพยาบาลศูนย์ เขต 6 และ 7 หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองหรืออำเภอขนาดใหญ่ของจังหวัดที่มีประชากร

หนาแน่นแบ่งตามเขตพื้นที่ 4 ภาค ปัจจุบันมีโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 25 แห่ง (กองโรงพยาบาล ภูมิภาค 2543) มีสองขนาดคือ โรงพยาบาลศูนย์ที่มีจำนวนเตียง 500-600 เตียง และโรงพยาบาล ศูนย์ที่มีจำนวนเตียง 600-1,000 เตียง ซึ่งเรียกว่าโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคหรือโรงพยาบาล มหาราช สำหรับเขต 6 มี 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลศูนย์ สุราษฎร์ธานี ส่วนเขต 7 มี 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลตรัง

6.5 โรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 และ 7 หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนระดับจังหวัดและอำเภอขนาดใหญ่ที่มี ความเจริญสูง มีขนาดเตียงรับผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 ขนาด 150-300 เตียง และกลุ่ม 2 ขนาด 300-500 เตียง เขต 6 มี 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลพัทลุง และ โรงพยาบาลเกาะสมุย ส่วนเขต 7 มี 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลตะกั่วป่า

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เป็นแนวทางการบริหารงานสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยในการปรับปรุงศักยภาพการ ปฏิบัติงานของสมาชิกในทีมการพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพและเกิดประสิทธิผล

7.2 เป็นแนวทางในการพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยในการนำหลักการบริหารคุณภาพทั่ว ทั้งองค์กรเพื่อพัฒนาทักษะในการพัฒนาคุณภาพอันนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ที่ดีกับทีม การพยาบาลและองค์กรต่อไป

7.3 เป็นข้อมูลสำหรับผู้สนใจในการนำองค์ความรู้ไปใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล และการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดจากเอกสาร วารสาร บทความ หนังสือ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญในหัวข้อ ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล
 - 1.1 ความหมายของประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล
 - 1.2 ลักษณะของทีมงานที่มีประสิทธิภาพ
 - 1.3 แนวทางการประเมินประสิทธิภาพของทีมงาน
 - 1.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพของทีม
 - 1.5 ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลตามแนวคิดของโรบินส์ (Robins)
2. แนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร
 - 2.1 ความหมายของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร
 - 2.2 ความเป็นมาของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร
 - 2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร
 - 2.4 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรตามแนวคิดของจูแรน (Juran)
 - 2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล
3. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
 - 3.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
 - 3.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
4. หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ
 - 4.1 บทบาททั่วไปของหัวหน้าหอผู้ป่วย
 - 4.2 บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร
 - 4.3 หน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย
 - 4.3 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล

ความสำเร็จของการปฏิบัติงานนั้น ไม่ขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งตามลำพังในองค์กร แต่เกิดจากการที่บุคคลทุกคนซึ่งเป็นสมาชิกขององค์กร มีความเข้าใจในงานและสามารถประสานความสามารถระหว่างกันอย่างมีประสิทธิภาพ (สุนันทา เหลาหนันท์ 2544: 64) ผู้บริหารทั่วโลกให้การยอมรับและเห็นความสำคัญของการทำงานเป็นทีม ประสิทธิภาพของทีมงานจึงเป็นสิ่งที่องค์กรต้องการพัฒนาให้เกิดขึ้นอย่างยิ่ง ทีมการพยาบาลเป็นทีมงานภายในองค์กรการพยาบาล ที่บุคลากรทางการพยาบาลต่างระดับความรู้มาปฏิบัติร่วมกัน ใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถต่างกันร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ต้องวางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลร่วมกัน มีงานรับผิดชอบหลักคือ การให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การดูแล รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่อยู่ในความรับผิดชอบให้มีคุณภาพ (กองการพยาบาล 2539)

1.1 ความหมายของประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล

ก่อนจะกล่าวถึงความหมายของคำว่า “ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล” จะขอกล่าวถึงความหมายของ “ประสิทธิผล ทีมงาน ประสิทธิภาพทีมงาน ทีมการพยาบาล” แล้วจึงกล่าวถึงประสิทธิภาพทีมการพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของคำเหล่านี้ตามลำดับดังนี้

1.1.1 ความหมายของประสิทธิผล (Effectiveness)

มีนักทฤษฎีและนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของประสิทธิผลไว้หลากหลาย ซึ่งมีความหมายคล้ายคลึงและแตกต่างกัน พอสรุปได้ดังนี้

ภูษิตา อินทรประสงค์ (2539: 26) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพ หมายถึงระดับมากน้อยที่องค์กรสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ประสิทธิผลจึงเป็นความสามารถในการผลิตและความพึงพอใจในการจัดบริการให้แก่ผู้ใช้บริการอย่างมีคุณค่า

ธงชัย สันติวงษ์ (2539: 315) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพ หมายถึงความสำเร็จในการที่สามารถดำเนินกิจการก้าวหน้าไปและสามารถบรรลุเป้าหมายต่าง ๆ ที่ตั้งไว้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542: 67) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ความสำเร็จ ผลที่เกิดขึ้น

روبบินส์ (Robbins 1987: 26) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง องศาแห่งความสำเร็จขององค์การที่ตระหนักถึงการบรรลุจุดมุ่งหมาย

กิบสันและคณะ (Gibson et al. 1991: 819) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพ เป็นเรื่องของการกระทำ ประสิทธิภาพสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับ การได้รับความครบถ้วนทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพและใช้พลังงานมาน้อยเพียงใด

โรเบอท์และฮันท์ (Roberts and Hunt 1991: 30 อ้างถึงใน วรรณฤดี เซาว์ศรีฤๅ 2544: 20) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถสูงสุดขององค์การหรือ หน่วยงาน ที่ไม่เพียงแต่หมายถึง ประสิทธิภาพทางเทคนิคของกระบวนการผลิตเท่านั้นแต่รวมถึง การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมของปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งประสิทธิภาพเป็นความสามารถ ในการลดต้นทุนหรือความสามารถในการใช้ต้นทุนต่ำสุด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการผลิตหรือการ บรรลุเป้าหมาย

ดาฟท์ (Daft 2003) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพ หมายถึง ระดับของ การบรรลุสู่เป้าหมายขององค์การที่ได้กำหนดไว้

โดยสรุปประสิทธิผล หมายถึง ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมให้ สำเร็จและบรรลุเป้าหมายต่าง ๆ ที่กำหนดไว้

1.1.2 ความหมายของทีมงาน (Team work)

นักวิชาการได้ให้ความหมายของทีมงาน ไว้หลากหลาย พอสรุปเป็น สารสำคัญ ดังนี้

วาร์นี่ (Varney 1977: 52 อ้างถึงใน สุนันทา เลานันท์ 2544: 61) ให้ ความหมายว่า ทีมงาน หมายถึง การพัฒนากระบวนการทำงานให้กลุ่มบุคคลที่ทำงานด้วยกัน ได้ เรียนรู้อะไรจะอย่างไรจึงสามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายของบุคคล กลุ่ม และองค์กร ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

คาร์ล อี. ลาร์สัน และแฟรงค์ (Larson and Frank 1989 อ้างถึงใน ริชชาร์ด แอด ดาฟท์ (Daft, R. L. 2006: 768) ให้ความหมายว่า ทีมงาน หมายถึงการรวมกลุ่มของหน่วยงาน ตั้งแต่ 2 หน่วยงาน และบุคคลตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่า ร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ กำหนดไว้ ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ข้อ คือ 1) บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปรวมตัวกัน 2) บุคคลในทีมงานมี กิจกรรมร่วมกัน และ 3) บุคคลที่รวมตัวกันมีเป้าหมายเดียวกัน

รอบบินส์ (Robbins 2001: 258-259) ให้ความหมายว่า ทีมงาน หมายถึง การที่บุคคลมากกว่าหนึ่งคนมารวมตัวกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน มีการแบ่งหน้าที่กัน มีปฏิริยา และการรับรู้ต่อการรวมตัวกัน มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันทำให้เกิดพลังรวมด้านบวก ซึ่งเป็นแรงที่ เกิดจากการประสานงานร่วมกัน มีความรับผิดชอบทั้งในระดับส่วนบุคคลและความรับผิดชอบเป็น แรงที่เกิดจากการประสานงานร่วมกัน มีความรับผิดชอบในระดับส่วนบุคคลและความรับผิดชอบ

ร่วมกันภายในทีม ซึ่งมีผลในระดับการปฏิบัติงานสูงกว่าผลรวมของปัจจัยนำเข้าที่เป็นปัจเจกบุคคล ทีมงานที่จะประสบความสำเร็จและมีระดับผลงานสูงนั้นต้องประกอบด้วยสมาชิกทุกคนที่มีภาวะผู้นำ มีวัตถุประสงค์และความรับผิดชอบร่วมกันในการปฏิบัติการกิจให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน

สรุปได้ว่า ทีมงาน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบร่วมกันทำกิจกรรมโดย มีวัตถุประสงค์เป้าหมายเดียวกัน

1.1.3 ความหมายของประสิทธิผลทีมงาน

นักวิชาการ ได้ให้ความหมายของประสิทธิผลทีมงานไว้พอสรุปเป็นสาระสำคัญ ดังนี้

คานีสันและคณะ (Canysion et al. 1993: 835) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพของทีมงาน หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์กับลักษณะของทีมงาน ใช้เกณฑ์การประเมินความมีประสิทธิภาพของทีมนั้นประกอบด้วย ผลผลิตภาพในงานและความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติ

โคเฮนและคณะ (Cohen et al. 1994) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพของทีมงาน หมายถึง ผลลัพธ์โดยรวมที่เกิดจากการทำงานของสมาชิกทีมที่บรรลุวัตถุประสงค์ของทีมงานและองค์กร รวมถึงความรู้สึที่ดีของสมาชิกทีม ซึ่งเกิดจากการทำงานร่วมกัน ความมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของทุกคนในทีมงาน

มอร์เฮด และกิฟฟิน (Moorhead and Griffin 1998: 328) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพของทีมงาน หมายถึง ผลที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมที่บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยต้นทุนการผลิตสินค้าหรือบริการที่ต่ำ

เยชและไฮเทน (Yeahs and Hyten 1998: 50) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพของทีมงาน หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมที่มีความถูกต้อง ตรงกับความต้องการของลูกค้า มีผลให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจในผลงานของทีม และให้การยอมรับด้วยการกลับมาใช้บริการอีก ส่งผลต่อความก้าวหน้ามั่นคงทางเศรษฐกิจของทีมงาน และองค์กร

รอบบินส์ (Robbins 2001: 404) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพของทีมเป็นการวัดที่ประกอบด้วย การเพิ่มขึ้นของผลผลิตของทีม (Team's productivity) ผลลัพธ์ (Performance) และความพึงพอใจในงานของสมาชิกทีม (Employee Satisfaction)

เฮลไรเจลและคณะ (Hellriegel et al. 2002: 465) ให้ความหมายว่า ประสิทธิภาพของทีมงาน หมายถึง ผลลัพธ์ที่บรรลุวัตถุประสงค์เป็นรายบุคคลหรือเป็นทีม ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพของทีม ประกอบด้วย ปัจจัยภายนอก การออกแบบทีม กระบวนการ

ภายในทีม ซึ่งประเมินจากความสำเร็จของงานที่ปฏิบัติในด้านความถูกต้อง รวดเร็ว ความคิดสร้างสรรค์ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

พอสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของทีมงาน หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำงานเป็นทีมงานของผู้ปฏิบัติงานที่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการ มีผลต่อความพึงพอใจและให้การยอมรับในผลงานของทีม เป็นผลสำเร็จที่ใช้ต้นทุนการผลิตที่ต่ำ

1.1.4 ความหมายของทีมการพยาบาล (Nursing Team)

นักวิชาการให้ความหมายของทีมการพยาบาลไว้หลายท่าน พอสรุปได้ดังนี้ แซนและคอนนิตี (Shannks and Konneddy 1970 อ้างถึงใน กุลยา ตันติผลาชีวะ 2539) ให้ความหมายว่า ทีมการพยาบาล หมายถึง กลุ่มบุคคลที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้รับผิดชอบการพยาบาลโดยอิสระเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม

กองการพยาบาล (2539: 195) ให้ความหมายว่า ทีมการพยาบาลเป็นการจัดกลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบทำการพยาบาลต่างระดับความรู้มาปฏิบัติงานร่วมกัน ต้องมีการวางแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลร่วมกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม

ปรารค์ทิพย์ อุจะรัตน์ (2541: 51) ให้ความหมายว่า ทีมการพยาบาลเป็นกลุ่มของบุคลากรทางการพยาบาลที่ร่วมกันให้บริการผู้ป่วย ซึ่งมีการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบภายใต้การบริหารการพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย มีการกระจายหน้าที่รับผิดชอบออกไปให้ทีมการพยาบาล

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2542: 227) ให้ความหมายว่า ทีมการพยาบาล ประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรพยาบาลทุกระดับ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่ได้รับจึงขึ้นกับบุคลากรในทีมการพยาบาลเป็นสำคัญ

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545: 258) ให้ความหมายว่า ทีมการพยาบาล หมายถึง การจัดกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลมาปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีการวางแผนการพยาบาลและการประเมินผลทางการพยาบาล หรือให้บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลที่สมบูรณ์ มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำทีมในการปฏิบัติงานโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สมาชิกทีมต้องปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีมและอยู่ภายใต้การนิเทศของหัวหน้า โดยมีการปรับแผนการพยาบาลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

รัชณี สุจิจันทร์รัตน์ (2546) ให้ความหมายว่า ทีมการพยาบาล หมายถึง การนำทักษะต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับมาใช้ประโยชน์ โดยมีพยาบาลวิชาชีพ

รับผิดชอบในฐานะผู้นำทีมการพยาบาล ซึ่งจะเป็นผู้กำหนดว่าจะใช้ทักษะอย่างไรในการพยาบาล และเป็นผู้นิเทศการทำงานของสมาชิกทีม

สรุปได้ว่า ทีมการพยาบาล หมายถึง กลุ่มของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร่วมกันดูแลผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม ภายใต้การบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน

จากการศึกษาความหมาย ประสิทธิภาพ ทีมงาน ประสิทธิภาพทีมงาน และทีมการพยาบาล พอสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล หมายถึง ผลลัพธ์โดยรวมที่เกิดจากการปฏิบัติงานของกลุ่มบุคลากรพยาบาลทุกระดับร่วมกันทำงานเป็นทีมให้การดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ต้องการ

ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในหน่วยงาน ดังนั้นการเตรียมบุคลากรจึงเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้เกิดทีมงานที่ดีได้และเป็นทีมงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ 2549) ดังนั้นจำเป็นที่สมาชิกในทีมจะต้องเรียนรู้ว่าทำอะไรจะทำงานร่วมกันได้อย่างไร รวมทั้งสามารถให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ และสามารถสร้างความพร้อมของการทำงานเป็นทีมให้เกิดขึ้นหน่วยงานได้อย่างไร

1.2 ลักษณะของทีมงานที่มีประสิทธิภาพ

ลักษณะของทีมงานที่มีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จของทีมจากการศึกษาของนักวิชาการมีลักษณะดังนี้

เฟรนช์และเบล (French and Bell 1984 อ้างถึงใน Paul, T. J. James 2005: 273) กล่าวว่า ทีมที่มีประสิทธิภาพจะมีลักษณะดังนี้ 1) บรรยากาศการทำงานจะมีรูปแบบผ่อนคลาย ไม่เป็นทางการ มีความสะดวกและง่ายในการประสานงาน 2) บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็น 3) แก้ไขข้อขัดแย้งโดยส่วนรวม 4) บุคลากรมีความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน และ 5) การกำหนดเป้าหมาย ชัดถลก และจัดสรรหน้าที่โดยเป็นที่ยอมรับของสมาชิกทุกคน

ณัฐพันธ์ เจริญนันท (2546: 23-25) ทีมงานควรมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. เป้าหมาย (Goal) เป้าหมายเป็นสิ่งจำเป็นที่ขาดไม่ได้ในทุกทีม เพราะการที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายของทีมจะทำให้เกิดพัฒนาการของทีมงาน และมีการทุ่มเทความพยายามในการทำงาน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ต้องการ

2. การแสดงออก (Expression) สมาชิกทุกคนในทีมงานมีสิทธิที่จะแสดงความคิดเห็นของตนได้อย่างเสรี แต่ต้องไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น ขณะเดียวกันสมาชิกแต่ละคนในทีมต่างก็มี

หน้าที่ที่ต้องรับฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกทุกคนเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งทำให้ทุกคนต่างมีส่วนร่วมในการทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ

3. ความเป็นผู้นำ (Leadership) ถึงแม้ว่าทีมงานบางทีมอาจจะมีหัวหน้าทีมที่เป็นทางการ แต่สมาชิกอาจสลับเปลี่ยนตำแหน่งและบทบาทระหว่างกันได้ตลอดเวลาขึ้นกับความถนัดในงานนั้น ๆ ซึ่งจะช่วยให้ทีมงานใช้ทักษะและความสามารถของสมาชิกทุกคนได้อย่างเต็มที่

4. แสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องและเป็นเอกฉันท์ (Consensus) โดยหัวหน้าทีมจะพยายามให้สมาชิกทุกคนต่างแสดงความคิดเห็น ได้ตอบและลงมติร่วมกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีที่สุดสำหรับแก้ปัญหาและการปฏิบัติงาน โดยไม่สร้างความกดดันหรือบังคับให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งจำใจต้องยอมรับในเสียงส่วนใหญ่อย่างไม่เต็มใจ เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมายโดยสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วม ตลอดจนช่วยให้สมาชิกมีความเข้าใจที่ดีต่อกันและไม่มีอคติต่อกัน

5. ความไว้วางใจ (Trust) เป็นพื้นฐานสำคัญของความรักและความสามัคคีระหว่างสมาชิกในทีมเพื่อจะได้ทุ่มเทให้กับการทำงานอย่างเต็มที่ เพราะสมาชิกทุกคนต่างแน่ใจและมั่นใจว่าเขาจะมีเพื่อนร่วมทีมคอยให้การสนับสนุนในการตัดสินใจ และร่วมมือในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ ซึ่งจะช่วยให้ทีมงานมีผลงานความคิดสร้างสรรค์

6. ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) ทีมงานที่มีประสิทธิภาพจะต้องดำเนินงานอย่างสร้างสรรค์โดยอาศัยพลังความสามารถของสมาชิกแต่ละคนในการสร้างการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าแก่ทีมงาน ซึ่งช่วยให้ทีมงานมีโอกาสประสบความสำเร็จสูงและมีประสิทธิผล

สรุปได้ว่า ลักษณะทีมงานที่มีประสิทธิผลควรมีเป้าหมายชัดเจน สมาชิกมีส่วนร่วมในงาน กล้าแสดงออก ร่วมแก้ปัญหาและข้อขัดแย้ง มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการมอบหมายหน้าที่และยอมรับข้อตกลงร่วมกัน

1.3 แนวทางการประเมินประสิทธิผลของทีมงาน

นักวิชาการหลายท่านพยายามศึกษาการประเมินประสิทธิผล แต่ยังไม่สามารถกำหนดเกณฑ์ประสิทธิผลได้ดีที่สุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของทีมและสถานะขององค์กรที่จะประเมินเช่นกัน

เจคสันและมอร์แกน (Jackson and Morgan 1998 อ้างถึงใน ลดาวัลย์ ปฐมชัยคุปต์ 2545) กล่าวว่า ลักษณะของทีมหรือหน่วยงาน องค์กร หลักเกณฑ์ในการประเมินผลก็ย่อมแตกต่างกันตามเป้าหมายที่แตกต่างกัน ประสิทธิภาพจึงไม่สามารถประเมินได้จากเกณฑ์เดียวทั้งหมด

กิบสัน (Gibson 1991: 25) กล่าวว่า การประเมินประสิทธิผลสามารถแบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับบุคคล เป็นการประเมินภาระงานที่อยู่ในหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือ ตำแหน่งงานของสมาชิกในองค์การ
2. ระดับกลุ่ม เป็นการประเมินผลรวมที่ได้จากสมาชิกทุกคนที่อยู่ในหน่วยงาน หรือกลุ่มงานเดียวกัน
3. ระดับองค์การ เป็นการประเมินผลรวมของสมาชิกหรือหน่วยงานทั้งหมดใน องค์การ

ตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิผลของทีมในระดับต่าง ๆ มีดังนี้

1. ประสิทธิภาพระดับบุคคล มีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสามารถ ทักษะ ความรู้ ทักษะคิด การจูงใจ และความเครียดของบุคคล
2. ประสิทธิภาพระดับกลุ่ม มีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสามัคคี กลมเกลียว ภาวะผู้นำ โครงสร้างสถานะบทบาท และบรรทัดฐานของกลุ่ม เป็นต้น
3. ประสิทธิภาพระดับองค์การ มีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี และกลยุทธ์ที่จะใช้ใน โครงสร้าง กระบวนการ และวัฒนธรรมขององค์การ

ประสิทธิผลขององค์การจะเกิดไม่ได้ถ้าหากขาดประสิทธิผลของกลุ่มหรือทีม ดังนั้นแนวคิดประสิทธิผลของทีม จึงเป็นเหมือนสูตรสำเร็จของการปรับปรุงผลผลิตและบริการ เนื่องจากองค์การเกิดจาก โครงสร้างสังคมที่ประกอบด้วยกลุ่มหรือทีมต่าง ๆ รวมตัวทำงานร่วมกัน จึงต้องมีการบริหารจัดการที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือความต้องการ จะทำให้ทุกคนใน ทีมทราบถึงความต้องการนั้น ๆ เพื่อให้ดำเนินการตามเป้าหมายต่าง ๆ (Gibson 1991: 25)

จากการศึกษาแนวทางการประเมินประสิทธิผล สามารถสรุปได้ 5 แนวทาง ดังนี้ (Steer 1977; Robbins 1990: 40-43; Hoy and Miskel 2001)

1. แนวทางการบรรลุเป้าหมาย (The goals - attainment approach) เป็นแนวทางที่ เน้นการบรรลุเป้าหมายขององค์การ โดยเน้นการบรรลุ “ผล” มากกว่า “วิธีการ” ในการเลือกใช้การ ประเมินตามแนวทางนี้ องค์การหรือทีมต้องมีเป้าหมายที่แน่นอน (Ultimate goals) มีความชัดเจน และเข้าใจตรงกัน เป็นเป้าหมายที่ได้รับความเห็นชอบของบุคคลหรือทีม สามารถวัดความก้าวหน้า ได้ ซึ่งเป้าหมายโดยทั่วไปมักมี 2 ประเภท คือ 1) เป้าหมายที่เป็นทางการ เป็นเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง กับพันธกิจขององค์การ ลักษณะเป็นนามธรรม และ 2) เป้าหมายเชิงปฏิบัติการ เป็นเป้าหมายที่ แสดงถึงภารกิจขององค์การหรือทีมงาน ลักษณะเป้าหมายที่ดีต้องประกอบด้วย การสร้างแนวทาง ให้ผู้ปฏิบัติมีความเป็นมาตรฐานสามารถวัดได้และมีความถูกต้อง (Etzion 1964 cited in Hudge; Anthony and Gales 1996: 57)

2. แนวทางเชิงระบบ (The system approach) ประกอบด้วย องค์ประกอบของระบบ (System) ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) การเปลี่ยนแปลงปัจจัย (Transformation process) และผลลัพธ์ แนวทางนี้มุ่งเน้นการอยู่รอดขององค์กรในระยะยาว พิจารณาทั้งระบบเน้นวิธีการ (Means) มากกว่าผลที่ได้รับ (Ends) ต้องมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทรัพยากร เพื่อให้ได้ผลผลิต เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร ให้ความสำคัญของวิธีการที่จำเป็นจะทำให้เป้าหมายบรรลุความสำเร็จ และพิจารณาระยะยาว สามารถใช้หลักเกณฑ์หลายหลักเกณฑ์ในการพิจารณา

3. แนวทางเชิงกลยุทธ์ - กลุ่มที่เกี่ยวข้อง (The strategic constituencies approach) แนวทางนี้ให้ความสำคัญต่อการสร้างความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ซึ่งมีผลต่อความอยู่รอดของทีมงานและองค์กร อันได้แก่ กลุ่มนายจ้าง ลูกจ้าง ลูกค้า กลุ่มผู้ขายสินค้า องค์กรทุกระดับ และชุมชน ซึ่งมีสิทธิผลต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน

4. แนวทางการแข่งขัน - คุณค่า (The compelling values approach) เป็นแนวทางที่ขึ้นอยู่กับค่านิยม ความชอบ และความสนใจของผู้ประเมิน นั่นคือ การที่บุคคลจะเห็นว่าสิ่งใดมีคุณค่าหรือมีน้ำหนัก ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคลหรือผลประโยชน์ของกลุ่ม หรือกล่าวว่า สิ่งต่าง ๆ จะมีคุณค่าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความคิดของแต่ละบุคคล การประเมินประสิทธิผลที่ดียิ่งจึงต้องมีการค้นหาวิธีที่จะให้มีการเปรียบเทียบหรือการแข่งขันคุณค่าระหว่างกันมากที่สุด (ธงชัย สันติวงษ์ 2535: 330)

5. แนวทางบูรณาการ (An integrated approach) แนวทางนี้เป็นแนวความคิดการผสมผสานกันระหว่างเป้าหมายขององค์กรและเป้าหมายของบุคคลในองค์กร ซึ่งไม่ว่าจะใช้แนวคิดใดประเมินก็ต้องพิจารณาทั้งสองอย่างควบคู่กัน โดยเน้นการประเมินองค์ประกอบรวม โดยนำรูปแบบ กำหนดเป้าหมาย และรูปแบบเชิงระบบนำทรัพยากรรวมเข้าด้วยกัน ซึ่งการประเมินตามแนวคิดนี้ต้องประกอบด้วย ลักษณะ 3 ประการ ดังนี้

5.1 มิติเวลา (Time dimension) ในรูปแบบการประเมินประสิทธิผลโดยคำนึงถึงมิติเวลา สามารถแบ่งเกณฑ์ได้ 3 ระยะ คือ 1) เกณฑ์ระยะสั้น (Short Run) 2) เกณฑ์ระยะกลาง (Intermediate Run) และ 3) เกณฑ์ระยะยาว (Long Run)

การประเมินขึ้นอยู่กับลักษณะขององค์กรที่เปลี่ยนไป เช่น ในระยะประกอบการเริ่มแรกต้องเน้นเกณฑ์ความยืดหยุ่น การได้มาซึ่งทรัพยากร เมื่อองค์กรมีวุฒิภาวะสูงขึ้นต้องเน้นที่เกณฑ์ ผลผลิต ประสิทธิภาพ ความคงอยู่ เป็นต้น

5.2 กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (Multiple Constituencies) กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง หมายถึง ผู้เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรม และผลผลิตขององค์กร

(Hoy and Miskle 2001: 294) การประเมินแนวคิดนี้เพื่อให้เกณฑ์ประสิทธิผลสอดคล้องกับความพอใจของกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

5.3 พหุเกณฑ์ (Multiple criteria) เป็นการประเมินผลโดยใช้หลายเกณฑ์ประกอบกัน เนื่องจากการประเมินโดยใช้เกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งเพียงเกณฑ์เดียวนั้นไม่สามารถประเมินประสิทธิผลขององค์กรหรือทีมอย่างครอบคลุม (Gibson et al. 1991)

1.4 แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผลของทีมงาน

ประสิทธิผลมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของทีม ทำให้เกิดการพัฒนางานและวิธีการปฏิบัติงาน เพียงขอระดับความมีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดผลงานที่บรรลุเป้าหมาย มีผู้ศึกษาวิจัยและให้แนวคิดประสิทธิผลที่สัมพันธ์กับทีมงาน ดังนี้

แฮกแมนและ โอคแฮม (Hackman and Oldham 1980: 108) ได้เสนอแนวคิดของประสิทธิผลทีมงานว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่จะปรากฏให้เห็นความสำเร็จและเป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุง “ประสิทธิผลของทีมงาน” มีองค์ประกอบ 3 ประการดังนี้ คือ

1. ประสิทธิผลของทีมงาน เป็นผลิตภาพในงานที่เกิดจากการทำงานของสมาชิกทีม เป็นผลงานที่มีมาตรฐานตามที่องค์กรกำหนดทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ มีการนำผลการทำงานที่ไม่บรรลุความสำเร็จมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาเพื่อลดความผิดพลาดที่เกิดจากการทำงานให้เหลือน้อยที่สุด สามารถคงความมีประสิทธิภาพของทีมงานไว้ได้

2. ประสิทธิผลของทีมงาน ทำให้สมาชิกมีประสบการณ์ที่ได้รับจากทีมงานเป็นความพึงพอใจมากกว่าความผิดหวัง หมดกำลังใจ มีความต้องการพัฒนาตนเองด้านทักษะการทำงานและพฤติกรรมในการทำงานร่วมกัน ที่ส่งผลต่อจิตใจและสุขภาพทางกาย

3. ประสิทธิผลของทีมงานก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันทางสังคม ทำให้สมาชิกทำงานร่วมกัน ประสานงานกัน พร้อมใจและพึงพอใจในการทำงานร่วมกัน เพื่อความสำเร็จของทีมงาน

เคลลีและคณะ (Kelly et al. 1991: 204) ได้เสนอแนวคิดประสิทธิผลในลักษณะของการประเมินผลการดำเนินงานของทีมงาน ซึ่งใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่สะดวกเหมาะสมในเวลาน้อย สามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องด้วยการกำหนดเกณฑ์การประเมินความมีประสิทธิภาพประกอบด้วย

1. ทีมงานมีข้อตกลงเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดจากทีมงาน คือ ผลผลิตของทีมงาน มีคุณภาพที่ได้มาตรฐานตามที่ลูกค้าหรือผู้รับบริการกำหนดไว้

2. ทีมงานมีแนวทางในการดำเนินงานที่สมาชิกยึดเป็นผู้ปฏิบัติ

3. ทีมงานมีสมาชิกมีประสบการณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติงานร่วมกัน

คริทเนอร์และคินิคกิ (Kreitner and kinicki 1992: 400) ให้แนวคิดเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของทีมงานว่ามีความสำคัญต่อองค์กรว่า ประสิทธิภาพของทีมงานมีความสำคัญ 2 ประการ คือ

1. ผลการดำเนินงาน (Performance) เป็นผลงานที่ผู้รับบริการยอมรับต่อผลผลิต หรือบริการที่ได้รับจากทีมงาน ซึ่งประกอบด้วย ผลการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทีมงานมี ข้อมูลข่าวสารเพียงพอ ผลการดำเนินงานสอดคล้องกับความต้องการและคาดหวังที่มีอยู่ก่อนของ ลูกค้าขณะเดียวกันก็สัมพันธ์กับความพึงพอใจของลูกค้าด้วย

2. สมาชิกมีความสามารถในการดำรงไว้ซึ่งการทำงานเป็นทีม (Team viability) เกิดจากสมาชิกที่มีความพึงพอใจในทีมงาน เต็มใจให้ความร่วมมือ และพร้อมให้ความช่วยเหลือ ทีมงานอย่างเต็มความสามารถและต่อเนื่อง

เฮลริเจล (Hellrigel et al. 2002: 465) ได้เสนอแนวคิดประสิทธิภาพของทีมนำด้วย เกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ของความสำเร็จ โดยสมาชิกรายบุคคล และทีมงานทั้งหมดต้องมี ส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพด้วยการยอมรับ และควมมีประสิทธิภาพ ด้วยเกณฑ์การตัดสินใจที่เกิดจากทีมมีความสร้างสรรค์สูง ผู้มาใช้บริการพึงพอใจในการบริการของ สมาชิกทีม สมาชิกทีมมีความรู้สึกเช่นเจ้าของงานที่ปฏิบัติ มีการพัฒนาทักษะและความรู้เกี่ยวกับ เทคนิคการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นด้วยเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพทีม ประกอบด้วย

1. ความถูกต้อง หมายถึง คุณภาพของการทำงานที่ไม่มีความผิดพลาด ถูกต้อง ตามมาตรฐาน กรอบและรูปแบบที่กำหนดเป็นเป้าหมายที่สำคัญ

2. ความรวดเร็ว หมายถึง การบริการที่รวดเร็วทันต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยสมาชิกแต่ละคนในทีมงานทำหน้าที่ของตนเองได้เสร็จสมบูรณ์ ลดจำนวนเวลาที่ใช้ใน กระบวนการทำงาน

3. ความคิดสร้างสรรค์ เป็นพื้นฐานสำหรับการคิดค้นผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ เพื่อสนองตอบความต้องการของลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ ในองค์กรที่มีการทำงานเป็นทีม สมาชิกที่มี ประสบการณ์ และความชำนาญเฉพาะที่หลากหลายมาทำงานร่วมกันซึ่งสมาชิกแต่ละคนจะมี ศักยภาพในการแสดงความคิดสร้างสรรค์ และเป็นประ โยชน์ต่อองค์กร

4. การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ บังคับนำเข้า ประกอบด้วย บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์โดยเหมาะสมกับลักษณะการบริการด้านอุปกรณ์ สามารถจัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อม มีการบำรุงรักษาและเชื่อถือได้ สามารถสร้างผลิตได้โดยไม่ สิ้นเปลืองค่าบำรุงรักษา

روبينส์ (Robbins 2001: 20) เสนอแนวคิดประสิทธิผลทีมงาน สามารถประเมินได้ดังนี้

1. การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย หมายถึง การวัดการปฏิบัติงานที่เป็นผลผลิตของทีมหรือประสิทธิผลของการผลิตหรือการบริการ เช่น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ การปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนด

2. การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การใช้ทรัพยากรเพื่อการบรรลุเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับการให้บริการ มีการธำรงรักษาและดำเนินการด้วยต้นทุนต่ำที่สุด

3. ความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง ความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสมาชิกทีม สามารถทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และสัมพันธ์ภาพที่ดี ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ไม่มีความคับข้องใจที่เกิดจากการทำงาน

จากแนวคิดประสิทธิผลของทีมงาน สรุปได้ว่า ประสิทธิผลของทีมงานเป็นส่วนที่ทีมงานและองค์กรต้องการ โดยใช้เกณฑ์ของการประเมินผลการดำเนินงานหรือให้เห็นความสำเร็จ และทำให้มีแนวทางการพัฒนาปรับปรุงให้เกิดผลิตภาพหรือการบรรลุเป้าหมายในงานทั้งปริมาณและคุณภาพใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์คุ้มค่า ค่าใช้จ่ายด้านต้นทุนลดลง ผลงานบรรลุเป้าหมาย มีความพึงพอใจในงาน

1.5 ประสิทธิผลของทีมตามแนวคิดของروبินส์

روبินส์ (Robbins 2001: 264) กล่าวว่า ประสิทธิผลของทีมเป็นการวัดที่ประกอบด้วยการเพิ่มขึ้นของผลผลิตของทีม และความพึงพอใจของสมาชิกทีม

ผลผลิตของทีม (Team's productivity) หมายถึง การวัดการปฏิบัติงาน (Performance) อย่างหนึ่งที่ประกอบด้วยประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการผลิตหรือการบริการ ประสิทธิผล (Effectiveness) เป็นการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น ความพึงพอใจหรือความต้องการของผู้ใช้บริการการปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

ผลผลิตในระดับสูง (Higher level of productivity) หมายถึง ทีมที่มีศักยภาพในการเพิ่มพลังรวมด้านบวก (Positive synergy) ของทีม ซึ่งเป็นการกระทำตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่ทำให้เกิดผลรวมที่แตกต่างจากผลของการกระทำโดยคน ๆ เดียว (Synergy) โดยที่อาจเป็นผลลัพธ์ที่เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นจากการมีสมาชิกทีมน้อยลง (Robbins 2001: 259-275)

จากการศึกษาประสิทธิผลของทีมตามแนวคิดของروبินส์ (Robbins 2001) สรุปได้ว่า ประสิทธิผลของทีม สามารถประเมินได้ดังนี้ 1) การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (The goal attainment approach) 2) การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) และ 3) ความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน (Employee satisfaction)

1.5.1 การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Goal attainment approach)

โรบบินส์ (Robbins 2001: 20) ให้ความหมายว่า การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย หมายถึง การวัดการปฏิบัติงานที่เป็นผลผลิตของทีม (Team's productivity) หรือ ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ของการผลิตหรือบริการ เช่น ความพึงพอใจหรือความต้องการของผู้รับบริการ ผู้บริการ การปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

แนวทางหนึ่งในการประเมินประสิทธิผลของทีม คือ การประเมินในด้านของความสามารถในการทำงานจนบรรลุเป้าหมายในทิศทางเดียวกันมากที่สุด (Hoy and Miskel 1991: 375) ซึ่งเป้าหมายแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) เป้าหมายที่เป็นทางการ (Official goals) เป็นวัตถุประสงค์ที่กว้าง เป็นนามธรรม และเป้าหมายในการปฏิบัติ (Operative goals) แสดงถึงลักษณะงานและกิจกรรมที่ปฏิบัติจริง นั่นคือ เป้าหมายในการปฏิบัติมากกว่าเป้าหมายที่เป็นทางการ วิธีการวัดสามารถนำมาใช้ปฏิบัติตามเงื่อนไขดังนี้ (Gibson et al. 1991: 29)

1. หน่วยงานต้องมีเป้าหมายสุดท้ายที่กำหนดไว้ และต้องทำให้เสร็จ
2. เป้าหมายต้องสามารถสรุปได้อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย
3. เป้าหมายต้องมีจำนวนไม่มากนัก เป็นเป้าหมายผลผลิตที่สำคัญ ๆ

สะดวกในการนำมาใช้บริหารงาน

4. เป้าหมายต้องเป็นที่ยอมรับและเห็นชอบของฝ่ายต่าง ๆ
5. ต้องสามารถวัดความก้าวหน้าผลงานที่จะมุ่งสู่เป้าหมายได้

สมาชิกทีมของทีมที่มีประสิทธิภาพจะสนับสนุนให้องค์การบรรลุเป้าหมาย และทำให้งานมีความสำคัญประสบความสำเร็จ ประสิทธิภาพของทีมจะเกิดได้จากการผสมผสานกันของบุคคลซึ่งแต่ละคนมีความสามารถที่เฉพาะในการทำงานเป็นทีม

ทีมการพยาบาลเป็นทีมงานที่ให้บริการทางสุขภาพให้กับผู้ใช้บริการ การเพิ่มผลผลิตในองค์การดูแลสุขภาพจึงเป็นผลที่ให้ความสำคัญกับการประหยัดต้นทุนการเพิ่มผลผลิต หมายถึง ประสิทธิภาพในการผลิตหรือการบริการสุขภาพ (Lovering and Cumming 1996: 268-271)

การเพิ่มผลิตภาพทางการพยาบาล สามารถรวบรวมได้ในประเด็นดังนี้

1. การใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วย
2. การเพิ่มผลผลิตวัดจากมาตรฐานการทำงาน ซึ่งเป็นจำนวนหรือปริมาณของงานที่สำเร็จในหน่วยเวลา
3. การมีอัตราค่าจ้างพยาบาลวิชาชีพเพียงพอในการให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล

4. การมีส่วนร่วมของบุคลากรต่อความสำเร็จของเป้าหมาย ซึ่งเป็นความสำคัญทั้งหมดของกลยุทธ์ในการเพิ่มผลผลิต คือ บุคลากรแต่ละคนมีความเข้าใจในการทำงานในแต่ละขั้นตอนทั้งหมดของหน่วยงาน

สรุปได้ว่า การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของทีมการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลปฏิบัติการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้เป็นผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้โดยผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานการทำงานและมาตรฐานวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและครอบคลุมบทบาท 4 มิติ

1.5.2 การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency)

การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การใช้ทรัพยากรเพื่อการบรรลุเป้าหมายนั้นด้วยต้นทุนต่ำสุด หรืออัตราส่วนของผลที่ได้ตามเป้าหมายของทีมต่อปัจจัยนำเข้า เช่น ความสามารถในการลดต้นทุนได้ต่ำลง ผลของการทำงานต่อชั่วโมงการทำงาน (Robbin 2001: 20) ทีมมีศักยภาพในการเพิ่มผลผลิตในระดับสูง (Higher levels of productivity) เป็นการกระทำตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ทำให้มีพลังรวมค้ำบวกรวม (Positive synergy) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ของการทำงานที่เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นแม้ว่าจะมีจำนวนคนน้อยลง ซึ่งกล่าวโดยรวมได้ว่าเป็นการใช้ทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร เวลา รวมถึงวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

$$\text{ประสิทธิภาพ} = (\text{ผลลัพธ์/ปัจจัยนำเข้า}) \times 100 \text{ เปอร์เซ็นต์}$$

ในด้านอุตสาหกรรม วิศวกร พยาบาล ออกแบบให้ผลลัพธ์ตามต้องการในอัตราสูงและเกิดการสูญเสียต่ำ เรียกว่า ประสิทธิภาพสูง เราไม่สามารถเอาประสิทธิภาพและประสิทธิภาพเพียงตัวใดตัวหนึ่งได้เนื่องจากทั้งสองตัวเป็นธรรมชาติที่บ่งชี้ความสำเร็จและความสามารถของระบบ

องค์ประกอบของประสิทธิภาพ มี 3 ประเด็นที่สำคัญ (จิตรม ศรีรัตนบัลล์ 2543: 8) ดังนี้

1. ประสิทธิภาพทางเทคนิค (Technical efficiency) หมายถึง การใช้ทรัพยากรในการผลิตอย่างไม่ทิ้งขว้าง หรือการใช้ทรัพยากรปัจจัยนำเข้ามาใช้ในการผลิตในระดับที่น้อยสุดสำหรับการผลิตหรือการบริการนั้น ๆ ตามเป้าหมายของหน่วยงาน เป็นการตั้งปริมาณของผลผลิตออกมาให้ได้มากที่สุดสำหรับวิธีการผลิตหนึ่ง ๆ หรือการบริการรูปแบบหนึ่ง

2. ความคุ้มค่า (Cost effectiveness) หมายถึง การผลิตผลผลิตแต่ละอย่างด้วยวิธีการที่มีต้นทุนหรือส่วนผสมของปัจจัยนำเข้าที่ต่ำที่สุด

3. ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocate efficiency) หมายถึง การใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดในระบบ เลือกผลิตผลต่าง ๆ ที่ให้คุณค่ามากที่สุดและในจำนวนที่เป็นสัดส่วนซึ่งเป็นที่พึงพอใจของผู้บริโภคในสังคมมากที่สุด

สรุปได้ว่า การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การมีพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันและสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้รวดเร็ว ทันเวลา โดยใช้งบประมาณ การเงิน แรงงาน คน วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้ เทคโนโลยี หรือวิธีการทำงาน อย่างประหยัด คุ้มค่า และสูญเสียน้อยที่สุด

1.5.3 ความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน (Employee satisfaction)

องค์กรมีความสำคัญหรือมีคุณค่าต่อความเป็นอยู่ของบุคคล องค์กรแต่ละ องค์กรย่อมคาดหวังให้พนักงานแต่ละคนให้สิ่งต่อไปนี้กับองค์กร คือ ความทุ่มเท พยายามในการทำงาน ความรู้ความชำนาญ ความร่วมมือ ความคิดสร้างสรรค์ เวลา และความผูกพัน ขณะเดียวกัน บุคคลแต่ละคนย่อมต้องการให้องค์กรให้สิ่งต่อไปนี้ คือ ค่าจ้าง ผลประโยชน์ สวัสดิการ การพัฒนา ความรู้ การให้โอกาส การให้เกียรติและความมั่นคงปลอดภัย ความพึงพอใจมีผลต่อประสิทธิผล ของการปฏิบัติงานทำให้ผลผลิตสูงทั้งปริมาณและคุณภาพของงานที่ทำได้สำเร็จ

ความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีเมื่อบุคคลได้ทำบางสิ่ง ได้สำเร็จ หรือเมื่อได้รับบางสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น หรือการกระทำที่ทำให้สิ่งที่ต้องการหรือปรารถนาได้เกิดขึ้น (Wehmier 2000: 1180)

روبบินส์ (Robbins 2001) กล่าวถึง ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน เป็น ความรู้สึกพอใจเพิ่มขึ้นจากการทำงานร่วมกันภายในทีม การมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานและ มิตรภาพที่ดี (Camaraderie) ภายในทีม ซึ่งสามารถตอบสนองต่อความต้องการเป็นที่ยอมรับของ สังคม

ความพึงพอใจในงานนั้นแตกต่างจากความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในการ ทำงานร่วมกันในทีม ความพึงพอใจในงาน หมายถึง ทศนคติทั่วไปของบุคคลที่มีต่องาน หรือเป็น ความแตกต่างระหว่างรางวัลของแรงงานที่ได้รับ เป็นทัศนคติมากกว่าด้านพฤติกรรม (Robbins 2001: 22) ความพึงพอใจยังเป็นวัตถุประสงค์ขององค์กร ในการบริหารงานที่มีความท้าทายและมี การให้รางวัลในการสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับพนักงาน เพื่อลดการขาดงานหรือการลาออกจาก งาน สิ่งที่จะช่วยสร้างความพึงพอใจในงาน ได้แก่ งานที่ท้าทายระดับสติปัญญา ความเสมอภาคในการ รับรางวัล การให้การสนับสนุนช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อน ร่วมงาน เป็นต้น (Robbin 2001: 76-82) ความพึงพอใจในงานเป็นความพึงพอใจที่ครอบคลุมถึง การบริหารจัดการภายในองค์กร เพื่อตอบสนองความต้องการของพนักงาน แต่ความพึงพอใจของ

ผู้ปฏิบัติในการเป็นสมาชิกทีมเป็นความพึงพอใจที่เกิดจากทางด้านจิตวิทยาของบุคคลที่มาทำงานร่วมกัน ความพึงพอใจของสมาชิกทีมเป็นผลที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันของสมาชิกภายในทีม

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน เป็นความรู้สึกละเอียดและพฤติกรรมด้านบวกของพยาบาลปฏิบัติการที่มีความพึงพอใจในการทำงานร่วมกันเป็นทีม และได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของทีมงานและมิตรภาพภายในทีม ภูมิใจในคุณค่าของความพยายามร่วมกันของสมาชิกที่ทำให้ทีมมีผลของการทำงานที่ดี สมาชิกทีมไม่เกิดความขัดแย้งที่ทำให้เกิดความแตกแยกในทีม และมีพฤติกรรมที่ไม่ขาดงานและไม่ลาออกจากงาน

ประสิทธิผลของทีมการพยาบาล เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลที่ร่วมกันเป็นทีมการพยาบาล ทำให้คุณภาพการบริการพยาบาลและประสิทธิภาพการบริการพยาบาลบรรลุเป้าหมายในการบริการ และใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างประหยัด การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความพึงพอใจ สอดคล้องกับแนวคิดของโรบินส์ (Robbins 2001) การที่ทีมการพยาบาลทำงานได้ ผลลัพธ์บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ทีมการพยาบาลต้องมีการดำเนินการภายใต้แนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ซึ่งมีหลักการสำคัญในการปฏิบัติ ได้แก่ มุ่งเน้นลูกค้า การปรับปรุงกระบวนการ และทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม (วิฑูรย์ สิมะ โชคดี 2542: 61) จึงจะได้คุณภาพการบริการการพยาบาลที่ประมวณคุณภาพเชิงผลลัพธ์จากมิติด้านประสิทธิผล

การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการแก้ไขตรงประเด็นและพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และมีมิติด้านประสิทธิภาพของงาน คือ การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายโดยการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ประหยัด เกิดประโยชน์สูงสุด สมาชิกในทีมมีความพึงพอใจที่พร้อมจะทำงานร่วมกันในทีมการพยาบาล ทีมการพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมาก ผลลัพธ์การปฏิบัติงานจะมีความสำคัญต่อประสิทธิผลของทีมการพยาบาล ในยุคโลกาภิวัตน์เช่นปัจจุบัน ยุทธศาสตร์ที่สร้างความสามารถในการแข่งขันให้องค์กรมีความยั่งยืน หัวหน้าหอผู้ป่วยควรประยุกต์การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมาใช้เพื่อให้เกิดความมีประสิทธิผลภายใต้สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจเช่นปัจจุบัน

2. การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management)

2.1 ความเป็นมาของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management) มีชื่อเรียกในภาษาไทยหลายชื่อด้วยกัน เช่น การบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ การบริหารคุณภาพโดยองค์รวม การบริหารคุณภาพโดยรวม ทีคิวเอ็ม (TQM) การบริหารคุณภาพที่ทุกคนมีส่วนร่วม หรือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) ในประเทศญี่ปุ่น เรียกว่า “การควบคุมคุณภาพทั้งองค์กร” (Company Wide Quality Control: CWQC) (วิฑูรย์ สิมะ โชคดี 2550: 71)

ทีคิวเอ็ม (TQM) เป็นคำย่อที่ใช้กันทั่วไปในประเทศอังกฤษและอเมริกา ในขณะที่ญี่ปุ่นค้นคว้าใช้คำว่า TQC (Total Quality Control) เดมมิ่ง (Deming 1986) ใช้คำว่า Good Management หรือ Quality of service จูแรน (Juran 1992) ใช้คำว่า Company wide quality management ครอสบี (Crosby 1979) ใช้คำว่า Quality Management (อนุวัฒน์ สุขขุติกุล 2544: 21) วีรพงษ์ ลือประสิทธิ์สกุล (2541: 68) กล่าวว่า TQM มาจากคำว่า “การควบคุมคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Control: TQC) สหรัฐอเมริกาเปลี่ยนการควบคุมมาเป็นการจัดการ (Management) เนื่องจากเป็นเรื่องคุณภาพไม่ใช่เรื่องควบคุม สอดคล้องกับความเห็นของเดมมิ่งที่มองว่าควรยกเลิกการตรวจโดยการสุ่ม และสอดคล้องกับความเห็นของครอสบี (Crosby 1979) ที่มองว่าการควบคุมเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น ถ้าหากไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการทำให้ของเสียเป็นศูนย์ (Zero defects) ปัจจุบันนิยมเรียกว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หรือ ทีคิวเอ็ม (TQM) โอคแลนด์ (John S. Oakland 1993: 3) กล่าวว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ทำให้ทีมงานเกิดประสิทธิผลอย่างแท้จริง ทำงานด้วยความเหมาะสมมุ่งจุดมุ่งหมายเดียวกัน เป็นวิธีการจัดการกระทำที่สิ้นเปลือง โดยนำทุกคนมาสู่กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ เพื่อให้สามารถบรรลุผลได้ในเวลาที่ลดลง

ปรัชญาของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร คือ ระบบบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในการปรับปรุงขั้นตอนหรือกระบวนการทำงาน โดยการนำเครื่องมือทางสถิติประยุกต์มาใช้ มีเป้าหมายเพื่อสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการหรือลูกค้าอย่างสมบูรณ์

หลักการสำคัญของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมี 3 ประการ คือ (Adrain Wilkinson 1998: 37)

1. การให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการหรือลูกค้า (Customer Focus)
2. ให้มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง (Process Improvement)

3. การให้บุคลากรมีส่วนร่วม รับผิดชอบในกิจกรรมการบริหารคุณภาพขององค์กร (Total Involvement)

การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) เป็นการประสานแนวคิดของการบริหารจัดการกับการพัฒนาคุณภาพ ระดมทรัพยากรทั้งหมดขององค์กรมาปรับปรุงระบบ หรือกรรมวิธีการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน โดยมีการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างเป็นระบบแต่ต่อเนื่อง

2.2 ความหมายของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

นักวิชาการทางด้านคุณภาพให้ความหมายคำว่า “การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร” ไว้จำนวนมากและมีความคิดเห็นหลายแง่มุม ดังนี้

คาโอรุ ชิคาว่า (Kaoru Ishikawa 1985) นิยามว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร มีพื้นฐานอยู่ที่หลักการปรับปรุงสินค้าและบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้ลูกค้าที่ได้รับความพึงพอใจอยู่ตลอด โดยสนใจในเรื่องคุณภาพ ค่าใช้จ่าย การส่งมอบสินค้าและบริการ (Gerolamo and Dorta 2000: 341)

จูแรน (Juran J. M. 1989: 82) ให้ความหมายว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หมายถึง การดำเนินการทุกวิธีการเพื่อให้บรรลุคุณภาพ โดยดำเนินการตามกระบวนการ 3 ประการ คือ การวางแผนคุณภาพ การควบคุมคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพ

เดวิด แอล เดอ จอร์ช (David L. De Goetsch 1994: 3) นิยามว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร นอกจากจะเป็นการมุ่งไปที่การปฏิบัติในระยะยาวแล้วยังเป็นกระบวนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องที่องค์กรได้สร้างรากฐานของการให้บริการลูกค้าที่ดีขึ้น การบริหารทั่วทั้งองค์กรเป็นเรื่องการริเริ่มทั่วทั้งองค์กร ซึ่งรวมไปถึงลูกค้า และผู้ป้อนวัตถุดิบ โดยการสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูงและเป็นการปฏิบัติจากบนลงล่าง

ไฟเกนบาม (Feigenbaum 1996 อ้างถึงใน วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล 2541: 117) ให้ความหมายว่า การบริหารทั่วทั้งองค์กร หมายถึง ระบบโดยรวมที่มีประสิทธิภาพต่อการพัฒนา คุณลักษณะ คุณภาพ การรักษาคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในองค์กร เพื่อให้เกิดการประหัดมากที่สุดในการผลิต และการบริหารยังคงรักษาระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการไว้อย่างครบถ้วน

กิตติศักดิ์ พลอยพาณิชย์เจริญ (2538) ให้ความหมายว่า การบริหารทั่วทั้งองค์กร หมายถึง ระบบการบริหารที่วางอยู่บนหลักการพื้นฐาน 4 ประการ คือ การมุ่งเน้นต่อผู้รับบริการ การทำให้เกิดความเป็นเลิศด้านทรัพยากรมนุษย์ การทำให้เกิดความเป็นผู้นำด้านผลิตภัณฑ์และกระบวนการผลิต และการมุ่งสู่ความเป็นเลิศการบริหาร

วีระพจน์ ลือประสิทธิ์กุล (2540: 126) ให้ความหมายว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หมายถึง ระบบบริหารที่ผู้ให้บริการทุกระดับตั้งแต่ระดับสูงสุดถึงระดับล่างสุดในทุกแผนกรวมทั้งในขั้นตอนการผลิต สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มปรับปรุงคุณภาพของสินค้า การบริการและมาตรฐานการทำงานอย่างต่อเนื่องโดยใช้วิถีคิดและวิธีการอย่างเป็นระบบ ใช้เครื่องมือคุณภาพควบคู่กับการส่งเสริมการศึกษาหาความรู้ และพัฒนาจิตสำนึกต่อคุณภาพในหมู่ของผู้ให้บริการ ตลอดจนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่อยู่ให้มีความเจริญก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา

อนุวัฒน์ สุขชุตติกุล (2544) ให้ความหมายว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร เป็นการประสานแนวคิดของการบริหารจัดการกับการพัฒนาคุณภาพระดับทรัพยากรทั้งหมดขององค์กรมาร่วมกันปรับปรุงระบบหรือกรรมวิธีการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน โดยมีการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การให้ความหมายเพื่อทำความเข้าใจกับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรให้ลึกซึ้งกัน คือ การตอบคำถามว่าใคร ทำอะไร เพื่ออะไร ในสิ่งแวดล้อมอย่างไร

ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และคณะ (2545: 57) ให้ความหมายว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หมายถึง การจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพที่สมบูรณ์สำหรับลูกค้า ซึ่งดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในองค์กร ซึ่งเป็นการบริหารงานที่พัฒนาไม่หยุดยั้ง ซึ่งครอบคลุมมากกว่าการสร้างหลักประกันคุณภาพในคุณภาพสินค้าและการบริการ และเป็นแนวทางในการบริหารธุรกิจ เพื่อสร้างความพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการอย่างสมบูรณ์

วิฑูรย์ สิมะโชคคี (2550: 93) ให้ความหมายว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management) หมายถึง ปรัชญาแนวความคิดและเทคนิควิธีการให้การบริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งยึดเอาความต้องการของลูกค้าและคุณภาพเป็นศูนย์กลางในทุกกิจกรรมที่ดำเนินการ โดยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมปรับปรุงกระบวนการและสภาพแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หมายถึง การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมปรับปรุงระบบหรือกรรมวิธีการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการทั้งภายในและภายนอกองค์กร

2.3 แนวคิดและทฤษฎีการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

จากการทบทวนแนวคิดในการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมีนักวิชาการเสนอแนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญเกี่ยวกับการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร ดังนี้

ครอสมบี้ (Crosby 1979: 70-73) เป็นนักวิชาการที่มีผลงานเขียนหนังสือเรื่อง "Quality is Free" และ "Quality Tear the Art of Management" กล่าวถึงโครงการลดความสูญเสียบ

(Zero Defects) โดยเน้นการทำงานเป็นทีมเรียกว่า “14 ขั้นตอนเพื่อคุณภาพของครอสบี” (Crosby’s Step) ดังนี้

1. ความมุ่งมั่นในการบริหารจัดการบนพื้นฐานคุณภาพ (Management commitment) กำหนดนโยบาย คุณภาพ และจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพอย่างจริงจัง
2. การปรับปรุงคุณภาพโดยทีม (Quality improvement team) ทุกคนได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มุ่งมั่นในการสร้างคุณภาพตลอด 24 ชั่วโมง การทำงานสมาชิกทีมมีหน้าที่รับผิดชอบพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพ ร่วมกับหน่วยงานของตนเผยแพร่การทำงานเป็นทีมให้เกิดขึ้นทั่วทั้งแผนก และสนับสนุน โปรแกรมคุณภาพ
3. การวัดคุณภาพ (Quality measurement) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญและไม่ผิดพลาด เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพเพื่อค้นหาปัญหา ประเมินสภาพปัจจุบันและการสร้าง โปรแกรมพัฒนาคุณภาพเพื่อลดความสูญเสีย
4. ต้นทุนการประเมินคุณภาพ (Cost of quality evaluation) หมายถึง ต้นทุนคุณภาพที่เกิดจากเศษสิ่งของเหลือใช้ การทำซ้ำใหม่ การประกันสุขภาพ การตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพผู้ปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือการผลิต และวิธีการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบต้นทุนคุณภาพ จะทำให้ทีมตระหนักว่าเกิดอะไรขึ้นและควรปรับปรุงอย่างไร
5. ความตระหนักหรือจิตสำนึกในคุณภาพ (Quality awareness)
6. การปฏิบัติกิจกรรมปรับปรุงแก้ไข (Correction action)
7. การยึดมั่นต่อการไร้ข้อผิดพลาด (Commitment for Zero Defects) โดยอธิบายถึงแนวคิดและโปรแกรมการตรวจสอบทุกระดับ กำหนดความต้องการวัดดูดิบ และกำหนดวิธีการผลิต เพื่อมิให้เกิดความผิดพลาด อธิบายโปรแกรมแก้ไขความผิดพลาด และวางแผนการจัดการความผิดพลาดที่เกิดขึ้น
8. การฝึกผู้นิเทศ (Supervisor training) ต้องให้การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานครอบคลุมในเรื่องเทคนิคการวัดคุณภาพ การวัดต้นทุนคุณภาพ วิธีการตรวจแก้ไขและความตระหนักในคุณภาพโดยเน้นโปรแกรมข้อผิดพลาดเป็นศูนย์กลาง และทำให้เกิดขึ้นในทุกแห่งขององค์กร
9. วันแห่งข้อผิดพลาดเป็นศูนย์ (Zero defect day) คือ วันที่ให้ทุกคนร่วมกันสร้างนโยบายคุณภาพ และให้การยอมรับนำไปปฏิบัติด้วยความสมัครใจ
10. การกำหนดเป้าหมายคุณภาพของระบบที่สามารถปฏิบัติให้สำเร็จได้ (Goal setting) เป็นการกำหนดมาตรฐานและตัวชี้วัดเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติ

11. การขจัดข้อผิดพลาด (Error - Cause Removal) เป็นวิธีการทางระบบเพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าผู้ปฏิบัติสามารถรับข้อมูลการจัดการปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพและนำไปปฏิบัติในงานของตนได้
12. การให้การยอมรับผู้ปฏิบัติงาน (Recognition) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน
13. การจัดตั้งคณะกรรมการคุณภาพ (Quality councils) การให้คณะกรรมการคุณภาพซึ่งประกอบด้วยกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ และผู้ปฏิบัติงานในสัดส่วนที่สมดุล ร่วมกันสร้างคุณภาพในหน่วยงาน โดยการวางแผนและการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับหลักพื้นฐาน การปฏิบัติเพื่อคุณภาพไปยังทุกแผนกในองค์กร
14. การทบทวน ทำทุกชิ้นตอนซ้ำอีกครั้ง (Do it over again) เพราะคุณภาพเป็นสิ่งที่จะต้องปรับปรุงต่อเนื่องอย่างไม่หยุดยั้ง

เดมมิง (Deming 1989: 23) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหลักการบริหารคุณภาพ

14 ข้อ ดังนี้

1. การสร้างเป้าหมาย เพื่อปรับปรุงผลผลิตและบริการ (Create constancy of purpose toward improvement of product and service) การสร้างเป้าหมายขององค์กรในการปรับปรุงผลผลิตและบริการที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติทุกคนทราบ ผู้บริหารจะต้องมีความมุ่งมั่นในเรื่องการสร้างคุณภาพ มีการวางแผนระยะสั้นและระยะยาวอย่างชัดเจน ควรมุ่งไปที่ 4 เป้าหมายหลัก คือ นวัตกรรม (Innovation) การวิจัยและพัฒนา (Research and development) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement) และการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive maintenance)
2. การใช้ปรัชญาใหม่ (Adopt the new philosophy) ปรัชญาใหม่ หมายถึงคุณภาพ ผู้บริหารระดับสูงสร้างวัฒนธรรมเรื่องคุณภาพภายในองค์กรให้เป็นการปฏิบัติงานประจำ ทีมสหวิชาชีพ และเพื่อปรับปรุงคุณภาพผลิตภัณฑ์หรือบริการอย่างไม่หยุดยั้ง ผู้บริหารจะต้องยอมรับ “วัฒนธรรมแห่งคุณภาพ” โดยจะต้องทำให้คุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของงานให้ได้ เพราะคุณภาพจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคลากรทุกคนตามคำสั่งกลายเป็นการรับผิดชอบในผลงานของตน
3. ลดการตรวจสอบ (Cease decrease on Inspection) การทำความเข้าใจกับจุดประสงค์ ของการตรวจสอบว่า เป็นไปเพื่อการปรับปรุงกระบวนการและลดค่าใช้จ่าย มิใช่เพื่อการจับผิด เดมมิงกล่าวว่า ความผิดพลาดที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการผลิตถึงร้อยละ 85 ดังนั้นการ

ปรับปรุงกระบวนการผลิต (Process) เป็นสิ่งสำคัญ ไม่ใช่อาศัยการตรวจสอบที่ตัวสินค้าที่ผลิตเสร็จแล้วเท่านั้น เพราะการตรวจสอบขั้นสุดท้ายไม่ได้เป็นการป้องกันความผิดพลาดให้เกิดขึ้น

4. หยุดการตัดสินทางธุรกิจ โดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว (Stop awarding business based on price alone) ควรยกเลิกการตัดสินทางธุรกิจ โดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว เพราะราคาจะไม่มี ความหมายหากปราศจากคุณภาพ หรือไม่มีมาตรการที่เชื่อถือได้ในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพ สินค้าหรือบริการนั้น การสร้างความสัมพันธ์อันดีในระยะยาวกับผู้ส่งมอบภายนอกจะนำซึ่งวัตถุดิบ ที่มีคุณภาพ

5. การปรับปรุงระบบการผลิตและบริการอย่างสม่ำเสมอ และตลอดไป (Improve constantly and forever the system) การสร้างเสริมคุณภาพให้เกิดขึ้น เป็นงานที่ต้องทำการพัฒนา และปรับปรุงอย่างค่อยเป็นค่อยไป และทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดไปด้วยการใช้วงจรเดมมิ่ง (Deming cycle) พัฒนาปรับปรุงซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการปรับปรุงกระบวนการ โดย ทีมงาน

6. จัดอบรมการฝึกอบรม (Institute training on the job) การฝึกอบรมจะช่วยให้ ผู้ปฏิบัติเรียนรู้วิธีที่ถูกต้องได้รวดเร็วกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเอง องค์กรจะต้องจัดทำแผนการ ฝึกอบรมและให้การศึกษาแก่บุคลากรทุกคนในเรื่องคุณภาพและการบริหารจัดการคุณภาพ “การ ควบคุมคุณภาพเชิงสถิติ” และเครื่องมือแห่งคุณภาพ โดยฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอและทำซ้ำบ่อย ๆ ตามที่จำเป็น

7. สร้างภาวะผู้นำ (Institute Leadership) การสร้างภาวะผู้นำอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะภาวะเป็นผู้นำตนเอง เป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของการสร้างวัฒนธรรมแห่งคุณภาพให้ เกิดขึ้นในองค์กร

8. ขจัดความหวาดกลัว (Drive out fear) การขจัดความกลัว สร้างความเชื่อมั่น สร้างบรรยากาศให้เกิดความร่าเริงสร้างสรรค์องค์กรและผู้บริหารจะต้องสร้างบรรยากาศของการ เรียนรู้ หัวหน้าและบุคลากรจะต้องกล้าที่จะสอบถามในสิ่งที่ตนเองไม่รู้และไม่เข้าใจ ผู้บริหาร จะต้องเปิดใจและกระตุ้นให้บุคลากรกล้าแสดงออกในการเสนอแนะวิธีปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น

9. ขจัดอุปสรรคระหว่างหน่วยงานในองค์กร (Break down barrier between department) ผู้บริหารจะต้องปรับปรุงโครงสร้างที่เป็นอุปสรรค หรือกำแพงขวางกั้นการติดต่อ ประสานงานกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยต่าง ๆ ให้หมดสิ้นไป ด้วยการประสานงานข้าม สายงาน (Cross function Team) เพื่อให้บุคลากรที่อยู่ต่างหน่วยงานกัน กลับมีตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงคุณภาพ สามารถร่วมกัน ได้อย่างเต็มที่

10. ขจัดคำขวัญเพื่อเชิญชวนปฏิบัติงาน (Eliminate exhortation for the work force) การขจัดคำขวัญเพื่อเชิญชวนให้ปฏิบัติทำงานมากขึ้น โดยกำหนดเป้าหมายที่สามารถเป็นไปได้ และทำให้เกิดผลสำเร็จระยะยาวแก่องค์กร การใช้คำขวัญและเป้าหมายเพื่อการจูงใจหรือกระตุ้นเดื่อนั้น ผู้บริหารจะต้องมั่นใจว่าเสนอแนะวิธีปฏิบัติที่จะทำให้สามารถนำคำขวัญหรือเป้าหมายนั้น ๆ ด้วย

11. ขจัดโควตาการผลิตเป็นตัวเลขมาตรฐานของงาน (Eliminate numeric for the work force) การขจัดโควตาการผลิตเป็นตัวเลขมาตรฐานของงาน ต้องเน้นที่คุณภาพมากกว่าปริมาณและเลิกใช้การจัดการโดยวัตถุประสงค์ เปลี่ยนเป็นการเรียนรู้ความสามารถของกระบวนการและวิธีการปรับปรุงกระบวนการ

12. ขจัดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน (Remove barriers the rob employee of their pride of workmanship) อุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน ได้แก่ การไม่ทราบว่าจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์การได้อย่างไร การถูกตำหนิจากปัญหาของระบบ การออกแบบที่ไร้คุณภาพ การได้รับการฝึกอบรมไม่เพียงพอ และเครื่องมือไม่เพียงพอหรือขาดประสิทธิภาพ เป็นต้น การมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจและพอใจในงานมากขึ้น

13. จัดทำแผนการให้การศึกษาและการพัฒนาตนเองแก่บุคลากร (Institute a vigorous program of education and self - improvement) แผนการศึกษาและฝึกอบรมเป็นปัจจัยที่จะรองรับโครงการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การฝึกอบรมจึงเป็นการพัฒนาบุคลากรและเป็นการลงทุนระยะยาวที่จะมีผลต่อความสำเร็จและความอยู่รอดขององค์การ

14. ลงมือปฏิบัติเพื่อบรรลุผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง (Take action to accomplish the transformation) ผู้บริหารจะต้องจัดองค์การและนำตนเองเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อการปรับปรุงคุณภาพ

ไฟเกนบวม (Feigenbaum 1991: 106) ได้เสนอวิธีการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์การ ดังนี้

1. กำหนดความรับผิดชอบต่อคุณภาพแก่กิจกรรมในระบบคุณภาพ
2. การสร้างการประสานงาน และการจูงใจให้สร้างคุณภาพ
3. สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน และการประเมินความก้าวหน้าด้านคุณภาพในพื้นที่ปฏิบัติงาน โดยใช้ระบบเครื่องมือวัดผล
4. การตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการปฏิบัติงาน

5. การขจัดความขัดแย้งในระบบ
6. มีโปรแกรมการตรวจสอบระบบและข้อมูลย้อนกลับที่มีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้
7. การจัดการเน้นที่กิจกรรมของระบบ ให้สามารถนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้ง
8. การให้อำนาจการตัดสินใจที่เพียงพอต่อการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละคน และสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ
9. มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานในองค์กร
10. จัดระบบคุณภาพให้สามารถปรับปรุงได้ตามความต้องการ
11. การจัดการต้นทุนคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
12. ส่งเสริมภาวะผู้นำในทุกระดับการบริหาร
13. ต้องแน่ใจว่าการประยุกต์วิธีต่าง ๆ จะสามารถตอบสนองความต้องการลูกค้า

จูแรน (Juran 1994: 2.4) กล่าวถึงการบรรลุคุณภาพ จะต้องเริ่มจากการที่องค์กรมีการกำหนดวิสัยทัศน์ กำหนดนโยบาย และกำหนดเป้าหมายในการสร้างคุณภาพ โดยดำเนินการตามกิจกรรมการบริหาร 3 ประการ โดยคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ คือ

1. การวางแผนคุณภาพ (Quality planning)
2. การควบคุมคุณภาพ (Quality control)
3. ปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement)

จอร์ชและเดวิส (Goetsch and Davis 1994: 12) กล่าวถึงหลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ประกอบด้วยหลักการ 10 ประการ ดังนี้

1. เน้นลูกค้าเป็นหลัก (Customer focus) คำว่า “ลูกค้า” หมายถึง ลูกค้าทั้งภายในและภายนอกองค์กร ผู้ให้บริการซึ่งจัดว่าเป็นลูกค้าภายในขององค์กรนั้น จะต้องได้รับความเคารพในความเป็นมนุษย์และความมีศักดิ์ศรีจากผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานในองค์กร ส่วนผู้ใช้บริการจัดเป็นลูกค้าภายนอกก็จะต้องได้รับการเคารพในความเป็นมนุษย์จากผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงผู้ใช้บริการ คือ บุคคลสำคัญที่ช่วยให้องค์กรสามารถดำเนิน พันธกิจขององค์กรได้

2. คำนึงถึงความมีคุณภาพ (Obsession with quality) คุณภาพของการบริการจะต้องมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ (Profession standard quality) และมีคุณภาพตรงตามความหวังของผู้ให้บริการ

3. หลักการวิทยาศาสตร์ (Scientific approach) ที่นำมาใช้เป็นการนำวิธีการของกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการตัดสินใจ (Decision making) และในการแก้ปัญหา (Problem solving) ซึ่งจะทำให้ได้แนวทางที่ดีที่สุด

4. ความมุ่งมั่นระยะยาว (Long term commitment) ความมุ่งมั่นหรือความยึดมั่นผูกพันของบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลขององค์กร จะต้องมีการบริหารจัดการเกี่ยวกับสวัสดิการและการแบ่งปันผลประโยชน์ให้กับบุคลากรทั่วทั้งองค์กร

5. การทำงานเป็นทีม (Teamwork) นับเป็นหลักสำคัญ ผู้ปฏิบัติงานจะต้องวางแผนการทำงานเพื่อเป้าหมายเดียวกัน มีการติดต่อประสานงาน และร่วมมือกันทำงานตามระดับความรู้ความสามารถและขอบเขตที่รับผิดชอบ เพื่อให้แผนงานที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

6. การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continual process improvement) เนื่องจากคุณภาพเป็น “พลวัต” สามารถเปลี่ยนแปลงได้หากสภาพการณ์ต่าง ๆ เปลี่ยนไป ดังนั้นจึงจำเป็นที่ผู้ให้บริการต้องทำการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการปรับปรุงทั้งคุณภาพของการบริการและคุณภาพของผู้ให้บริการ

7. การศึกษาและฝึกอบรม (Education and training) การศึกษา อบรม อย่างต่อเนื่องจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการพัฒนาให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กร เป็นบุคคลที่รักการเรียนรู้ รวมทั้งสามารถพัฒนาให้ผู้ปฏิบัติมีทักษะและความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลให้ผลงานมีคุณภาพ

8. ความอิสระจากการควบคุม (Freedom through control) เน้นการควบคุมคุณภาพโดยเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการทำงาน หรือแก้ปัญหาของการทำงาน จุดมุ่งหมายของการติดตามผลการทำงานนั้น เน้นการติดต่อเพื่อคอยให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือ

9. การมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน (Unity of purpose) เป็นที่ยอมรับและทราบโดยทั่วกัน เข้าใจตรงกัน

10. การให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและการเสริมพลังอำนาจ (Employee involvement and empowerment) วางแผนและตัดสินใจทำให้บุคลากรทุกคนรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อทีมงาน เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่จะต้องปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งเสริมสร้างอำนาจให้ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองได้รับความไว้วางใจ

เอเดรน วิคินสัน และทิม (Adrain Wikinson 1998) กล่าวถึงหลักการสำคัญของการบริหารคุณภาพทั้งองค์การ ดังนี้

1. หลักการที่ 1 การมุ่งเน้นที่ลูกค้า (Customer oriented) คือ การมุ่งเน้นที่คุณภาพนั่นเอง องค์การที่ทำการบริหารคุณภาพทั้งองค์การ ต้องยึด “คุณภาพ” เป็นแกนหลัก คุณภาพในที่นี้หมายถึง คุณภาพของสินค้าหรือบริการที่สร้างความพอใจให้แก่ลูกค้า หรือเป็นไปตามที่ลูกค้าต้องการ การมีคุณภาพหรือไม่ถูกตัดสินโดย “ลูกค้าภายนอก” เป็นหลัก การที่เราจะสร้างความพอใจให้แก่ลูกค้าได้ ก็จะต้องรู้ว่าลูกค้าต้องการอะไร ซึ่งทำได้โดยการวิจัยตลาด การสำรวจ การใช้แบบสอบถาม เป็นต้น ดังนั้นการมุ่งเน้นที่คุณภาพก็คือ การยึดความต้องการของลูกค้าเป็นศูนย์กลางในการบริหารและดำเนินการ (Customer focus) เพื่อจะสามารถผลิตสินค้าหรือบริการตรงตามความต้องการของลูกค้า

2. หลักการที่ 2 การปรับปรุงกระบวนการ (Process improvement) การที่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าภายนอกได้นั้น ผู้บริหารและพนักงานต้องมองการทำงานอย่างเช่นกระบวนการต่อเนื่อง ตั้งแต่จุดเริ่มต้น คือ วัตถุประสงค์ จนถึงจุดสุดท้ายของกระบวนการ คือ ได้สินค้าหรือบริการที่ถึงมือลูกค้า การมุ่งเน้นที่กระบวนการทำให้เกิดสภาพลูกค้าภายใน คือ ทุกคนจะเป็นทั้งผู้ส่งมอบและผู้รับมอบ พนักงานทุกคนจึงมีผลต่อคุณภาพของสินค้าหรือบริการที่จะส่งถึงมือลูกค้าภายนอก การบริหาร โดยยึดกระบวนการตั้งแต่ต้นจนจบครบวงจรเช่นนี้ จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเมื่อแต่ละคนในกระบวนการสามารถทำงานที่ตนรับผิดชอบถูกต้อง ซึ่งต้องอาศัยพนักงานที่มีคุณภาพ สามารถลดความผิดพลาด และความสูญเสียด่าง ๆ ให้เหลือน้อยสุด

3. หลักการที่ 3 การทำให้ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม (Total involvement) ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติทุกคนมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา ปรับปรุงแก้ไขทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การให้ทุกคนมีส่วนร่วม กระทำโดยมีทีมงานประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะทีมคร่อมสายงานตามกระบวนการต่าง ๆ

วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2541: 146) ได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ มีทั้งสิ้น 3 กลุ่ม 12 ข้อ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (Objective)

1. สร้างความพึงพอใจแก่ลูกค้า (Customer satisfaction)
2. มีจริยธรรมและรับผิดชอบต่อสังคม (Business ethic & social responsibility)
3. ให้การศึกษาและพัฒนาบุคลากรตลอดเวลา (Human resources development)

กลุ่มที่ 2 เกี่ยวกับวิธีคิด (Paradigm)

4. ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการสร้างคุณภาพ (Total participation)

5. ให้ความสำคัญแก่กระบวนการทำงาน (Process orientation)
 6. กระบวนการถัดไปคือลูกค้าของเรา (Next process is our customer)
 - กลุ่มที่ 3 เกี่ยวกับวิธีการทำงาน (Methodologies)
 7. บริหารด้วยข้อมูลจริงในสถานที่จริง (Management by facts)
 8. แก้ปัญหาที่สาเหตุ เน้นการป้องกันการเกิดปัญหา (Preventive action)
 9. ใช้กรรมวิธีทางสถิติ (Statistical method)
 10. จัดลำดับความสำคัญ (The Pareto principle)
 11. ดำเนินการบริหารแบบเป็นระบบ (Plan Do Check Action)
 12. สร้างระบบมาตรฐานที่มีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ (Improving standard)
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ (2544: 25) ได้สรุปหลักการของการบริหารคุณภาพ

ทั้งองค์กรเป็นที่คล้อยจองเพื่อให้ง่ายแก่การจำ ดังนี้

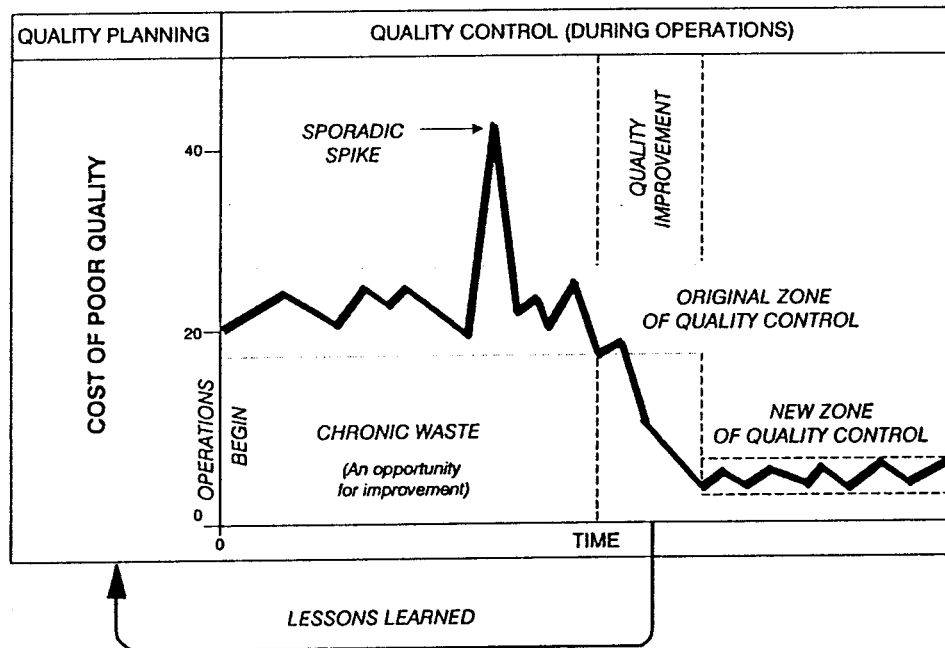
1. ลูกค้าสำคัญที่สุด (Customer focus) เพราะลูกค้าหรือผู้รับผลงานเป็นเป้าหมายหรือเหตุผลที่ต้องมีหน่วยงานของเรา ระดับของคุณภาพอยู่ที่ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน หน้าที่ของทีมงาน คือ ค้นหาและตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน
2. จุดความฝันร่วมกัน (Common vision) เป็นการรวมพลังเพื่อสร้างสรรค์สมาชิกมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนสู่เป้าหมาย
3. ทีมงานสัมพันธ์ (Team work & empowerment) ทุกคนต่างพึ่งพากันในการทำงาน คุณภาพไม่ได้เกิดจากผลงานของคนใดคนหนึ่ง แต่เกิดจากการประสานความพยายามของผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับการเสริมพลังอำนาจ การฝึกอบรม ข้อมูล โอกาส เพื่อนำศักยภาพของตนมาใช้อย่างเต็มที่
4. มุ่งมั่นกระบวนการ (Process focus) เป็นการมองว่าปัญหาส่วนใหญ่ เกิดจากระบบงานที่ไม่รัดกุม การพัฒนาคุณภาพ คือ การปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความรัดกุมง่ายในการปฏิบัติ ในการสร้างระบบเพื่อปกป้องคุ้มครองให้ผู้ปฏิบัติงานได้ดีที่สุด
5. สานด้วยอริยสัจสี่ (Problem solving process) เป็นการนำกระบวนการทำงานทางวิทยาศาสตร์ หรืออริยสัจสี่มาใช้ปรับปรุงกระบวนการ เริ่มด้วยการวิเคราะห์สภาพปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุ การวิเคราะห์หนทางในการแก้ปัญหา การทดสอบทางเลือก และนำมาปฏิบัติเป็นมาตรฐาน
6. ดีที่ผู้นำ (Leadership support) ผู้นำมีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นการนำโดยใช้อุดมการณ์ร่วมกัน ผู้นำทุกระดับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ควบคุมและสั่งการ

7. ทำดีไม่หยุดยั้ง (Continuous Improvement) มองหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่พอใจกับระดับคุณภาพที่เป็นอยู่

2.4 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรตามแนวคิดของจูแรน

จูแรน (Juran 1992: 14-15) เป็นผู้นำด้านคุณภาพที่สำคัญ ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพมิใช่อุบัติเหตุแต่ต้องเกิดจากการวางแผน ซึ่งให้ความหมายคุณและความสำคัญของคุณภาพไว้ 2 ประเด็น คือ 1) การจัดการผลผลิต ให้เป็นตามความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และ 2) การทำงานโดยไม่มีข้อบกพร่อง ไม่มีความคาดเคลื่อน ผู้ใช้บริการ ไม่พึงพอใจ ไม่มีการทำงานซ้ำ การบรรลุคุณภาพ จะต้องเริ่มจากการที่องค์กรมีการกำหนดวิสัยทัศน์ กำหนดนโยบาย และกำหนดเป้าหมายในการสร้างคุณภาพ และดำเนินตามกิจกรรมการบริหาร 3 ประการ โดยคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ คือ (Juran 1994: 2.4)

1. กระบวนการวางแผนคุณภาพ (Quality planning process)
 - 1.1 การกำหนดเป้าหมายชัดเจน
 - 1.2 การระบุผู้ให้บริการ
 - 1.3 การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ
 - 1.4 การพัฒนาผลิตภัณฑ์ (สินค้าหรือบริการ)
 - 1.5 การพัฒนากระบวนการ
 - 1.6 การพัฒนากระบวนการในการควบคุมการดำเนินการ
2. กระบวนการควบคุมคุณภาพ (Quality control process)
 - 2.1 การประเมินผลลัพธ์ที่ปฏิบัติงานจริง
 - 2.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐาน
 - 2.3 ปรับปรุงการดำเนินงาน
3. กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement process)
 - 3.1 การตรวจสอบความต้องการของผู้ใช้บริการ
 - 3.2 การกำหนดโครงสร้างภายใน
 - 3.3 การกำหนดโครงการเพื่อการพัฒนางาน
 - 3.4 การสร้างทีมงาน
 - 3.5 การสนับสนุนทรัพยากร ฝึกอบรม และการจูงใจ
 - 3.6 การจัดให้มีการควบคุมเพื่อรักษาผลประโยชน์



ภาพที่ 2.1 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรสามประการของจูแรน (The Juran trilogy)
ที่มา Juran's Handbook 1992: 14.12

จากภาพที่ 2.1 แสดงถึงความสัมพันธ์ของการวางแผนคุณภาพ การควบคุมคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพ เป็นการเปรียบเทียบให้เห็นต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดจากผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการทำงานที่ไม่ได้คุณภาพกับเวลา และการนำหลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร 3 ประการ ในกระบวนการผลิตหรือการปฏิบัติงานต้องมีการวางแผนงานเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย มีการควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย จากภาพพบว่ถึงแม้จะมีการวางแผนที่ดีก็จะมีค่าใช้จ่ายที่สูญเสียประมาณร้อยละ 20 ที่อาจเกิดจากความบกพร่องที่ป้องกันยากและปัญหาที่ค้นหาไม่พบ และมีการควบคุมคุณภาพเพื่อรักษาระดับนี้ แต่เนื่องจากปัญหาหรือความบกพร่องที่ค้นหาไม่พบเมื่อดำเนินงานโดยปล่อยให้เกิดการสูญเสียเรื้อรังเป็นเวลานาน ทำให้ต้นทุนที่สูญเสียสูงมากกว่าร้อยละ 40 แม้จะมีการควบคุมที่สม่ำเสมอ ซึ่งความเป็นจริงมักควบคุมไม่ได้ดีเมื่อเวลาผ่านไป การนำปัญหามาหาสาเหตุเพื่อแก้ปัญหาเรื้อรังและปรับปรุงคุณภาพจะสามารถลดต้นทุนที่สูญเสียเหลือเพียงร้อยละ 5 ซึ่งก็ต้องการควบคุมคุณภาพใหม่ การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้ผลการทำงานของบุคคลและทีมมีผลดีและยั่งยืน (Juran 1964)

2.4.1 กระบวนการวางแผนคุณภาพ (The Quality planning process)

การวางแผนคุณภาพ เป็นกระบวนการพัฒนาผลผลิตให้เป็นไปตามความต้องการของลูกค้าโดยมีการจัดการ กำหนดวิธีการทำงาน ออกแบบและจัดสรรเครื่องมือ ทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เป็นที่พึงพอใจของลูกค้า ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นที่ 1 การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน (Establish quality goal)

การวางแผนคุณภาพ เพื่อสร้างผลผลิตใหม่หรือแก้ไขผลผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ มีการกำหนดเป้าหมายโครงการที่ชัดเจน และควรมีการระบุโครงการที่สนับสนุนยุทธศาสตร์ขององค์กร กำหนดพันธกิจแต่ละโครงการ จัดตั้งทีมงานในการดำเนินโครงการ และการวางแผนโครงการ เป้าหมายเฉพาะของแผนกลยุทธ์ คือ การพบการเปลี่ยนแปลงความต้องการของผู้ใช้บริการ รักษาสิทธิประโยชน์ให้ผู้ใช้บริการ และปรับปรุงเทคโนโลยีให้ทันสมัย ผู้บริหารระดับสูงจำเป็นต้องพัฒนาผู้นำในการระบุและสนับสนุนโครงการ กรรมการคุณภาพต้องมีบทบาทสำคัญ เช่น การกำหนดเป้าหมายคุณภาพ การเลือกและการเสนอโครงการ การจัดตั้งทีม สนับสนุนทีมโครงการ รวมถึงการจัดหาและฝึกอบรมในเรื่องเครื่องมือและเทคนิคการวางแผนคุณภาพ การอบรมผู้ประสานทีมเพื่อช่วยให้ทีมงานมีประสิทธิภาพ ทบทวนการทำงานของทีม ช่วยหาปัญหา ทบทวนพันธกิจ สื่อสารผลการดำเนินการโครงการ ตลอดจนควบคุมกำกับกระบวนการทำงาน

เป้าหมายของคุณภาพ คือ จุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่าง ๆ เช่น ความรู้ วิธีการที่ก้าวหน้า การแข่งขันกับภายนอก การคุกคาม และโอกาส ซึ่งองค์กรต่าง ๆ ต้องใช้การบริหารคุณภาพ ประเมินผลกระทบและปรับปรุงเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

พันธกิจเป็นการรวมเป้าหมายเฉพาะของโครงการ ซึ่งทีมสามารถอธิบายจุดมุ่งหมายสำคัญของแผนงาน พันธกิจจะช่วยตอบคำถามแผนงานจะสำเร็จด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง

เป้าหมายเฉพาะ (Specific goal) จะบอกถึงสิ่งที่ทีมร่วมโครงการต้องการทำให้บรรลุผลสำเร็จ โดยการทำงานร่วมกัน มีความตั้งใจตั้งแต่เริ่มต้นและมุ่งหวังผลลัพธ์สุดท้ายที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ การวัดผลสำเร็จของเป้าหมายสามารถประเมินจากคุณภาพ (Quality) ปริมาณ (Quantity) ต้นทุน/ราคา (Cost) และเวลา (Time)

การกำหนดเป้าหมายโครงการที่มีประสิทธิผล เป้าหมายควรสื่อให้ทีมรับทราบข้อมูลและกระบวนการวางแผน โดยต้องมีลักษณะดังนี้ คือ มีความเฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้จริง เป็นตกลงร่วมกัน มีความเป็นไปได้ และระบุเวลาชัดเจน

สรุปจากแนวคิดของจูเรนได้ว่า การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน หมายถึง การที่หัวหน้าหรือผู้ปฎิบัติงานมีการกำหนดสิ่งที่ทีมต้องการบรรลุผลสำเร็จและสอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงาน โดยเป้าหมายต้องเป็นไปได้ เฉพาะเจาะจง รวมทั้งกำหนดระยะเวลาชัดเจน

2) ขั้นที่ 2 การระบุผู้ใช้บริการ (Identify the Customer)

ลูกค้า (Customer) โดยทั่วไปมี 2 ประเภท คือ ลูกค้าภายนอก ซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์การและการผลิต และลูกค้าภายในจะเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์การและเป็นผู้ปฏิบัติงาน มีบทบาท 3 อย่าง คือ 1) เป็นผู้ส่งมอบ 2) เป็นผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติงาน และ 3) เป็นผู้ใช้บริการ การระบุผู้ใช้บริการดูเหมือนไม่สำคัญ นักวางแผนเชื่อว่าการรู้ว่าลูกค้าเป็นใครจะสามารถจัดการหรือทราบขอบเขตการให้บริการได้อย่างทันทีทันใด เช่น ผู้ป่วยเป็นลูกค้าภายนอกที่ต้องการการรักษา เป็นลูกค้าที่เข้ามาในหน่วยงานแต่บางคนอยู่เบื้องหลัง เช่น ผู้แทนจำหน่าย

การระบุลูกค้าจะช่วยให้สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดี กระบวนการวางแผนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามต้องการของผู้ใช้บริการและเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการสามารถปฏิบัติกับผู้ใช้บริการได้อย่างทันที

สรุปได้ว่า การระบุผู้ใช้บริการ หมายถึง ความสามารถในการระบุผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการของหน่วยงานทั้งที่เป็นลูกค้าภายนอกและลูกค้าภายใน ตลอดจนสามารถกำหนดขอบเขตในการให้บริการได้ชัดเจน

3) ขั้นที่ 3 การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ (Discover customer need)

การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีประสิทธิผลต้องดำเนินการดังนี้ คือ 1) วางแผนเพื่อรวบรวมข้อมูลความต้องการของผู้ใช้บริการ 2) การจัดลำดับความต้องการของผู้ใช้บริการ 3) วิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้บริการ 4) เขียนความต้องการของผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับงาน และ 5) กำหนดตัวชี้วัดและเครื่องมือที่ใช้วัด

จากประสบการณ์สามารถบอกเราได้ว่าความต้องการของมนุษย์ต่างกันอย่าง เหมือนกันบ้าง เป็นสิ่งที่ท้าทายทีม ต้องให้ความร่วมมือและร่วมวางแผน เพราะปฏิภริยาหรือการกระทำของผู้ใช้บริการไม่สม่ำเสมอและมีความต้องการไม่หยุดนิ่ง กระบวนการวางแผนคุณภาพที่สำคัญ คือ การระบุความต้องการที่ชัดเจนของผู้ใช้บริการและผลิตให้ได้ตามความต้องการของผู้ใช้บริการ ความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะที่เป็นลูกค้าภายในขึ้นอยู่กับกระบวนการทำงานและผลิตผล รวมทั้งความต้องการพื้นฐาน เช่น ความปลอดภัย การยกย่องนับถือ การเคารพ ให้เกียรติ การยุติธรรม และเสมอภาค

ความต้องการของผู้ใช้บริการเปลี่ยนแปลงเสมอ การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการสามารถปฏิบัติดังนี้

1. การสำรวจความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยใช้กลุ่มการวิจัยทางตลาด การศึกษาความต้องการ
2. การติดต่อสื่อสาร เช่น การขาย การเรียกใช้บริการ การรายงาน
3. การติดตามข้อร้องเรียน อุบัติการณ์ จดหมาย การแจ้งทางโทรศัพท์
4. การพบปะผู้ใช้บริการ
5. ข้อมูลจากคู่แข่งการผลิต หรือคู่แข่งทางตลาด
6. การเยี่ยมผู้ใช้บริการในสถานที่และร่วมสนทนา
7. ข้อมูลจากรัฐบาล เช่น ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภค

ความต้องการของลูกค้าไม่หยุดนิ่ง การเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคมและมาตรฐานสากล เราจึงควรปรับปรุงเทคโนโลยีให้สามารถแข่งขันกับตลาด สิ่งเหล่านี้ทำให้ความต้องการของลูกค้าเปลี่ยน (Juran 1989: 101) ผู้ใช้บริการรับรู้ความต้องการโดยประเมินจากสินค้าและบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับแนวคิดของการ์วิน (Garvin 1988 อ้างถึงใน Paul T. J. Jame 1996: 85) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของลูกค้า (Garvin's eight dimension of quality) มี 8 ด้าน ดังนี้ 1) ผลงาน (Performance) 2) รูปร่างลักษณะ (Features) 3) ความน่าเชื่อถือ (Reliability) 4) ความสอดคล้อง (Conformance) 5) ความทนทาน (Durability) 6) การบริการ (Serviceability) 7) การรู้สึก (Aesthetics) และ 8) การรับรู้ถึงคุณภาพ (Perceived quality)

สรุปได้ว่า การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยศึกษาปัญหาและความต้องการรวมทั้งความเสี่ยงที่มีผลต่อผู้ป่วย สามารถนำปัญหาและความต้องการมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

4) ขั้นที่ 4 การพัฒนาผลิตภัณฑ์ (Develop product)

เมื่อทราบความต้องการของผู้ใช้บริการและทำความเข้าใจแล้วเราต้องพร้อมจะออกแบบผลผลิตที่จะให้ได้ตามความต้องการมากที่สุด การพัฒนาผลผลิตเป็นสิ่งที่ปฏิบัติมาโดยตลอดไม่ใช่เรื่องใหม่ จุดประสงค์ในการพัฒนาผลผลิต มี 2 ประการ ดังนี้ 1) เป็นสิ่งที่ช่วยตัดสินใจว่า ผลผลิตใดเป็นเป้าหมายที่ผู้ใช้บริการพึงพอใจที่สุด และ 2) ระบุความต้องการของผู้ใช้บริการสิ่งใดที่ต้องออกแบบไม่ให้เกิดความบกพร่อง

การพัฒนาผลิตภัณฑ์กิจกรรมหลัก 6 ขั้นตอน คือ

1. ประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการ ในการวางแผนคุณภาพ โดยจะใช้ข้อมูลที่ผ่านมาเพื่อประเมินและพัฒนาผลิตภัณฑ์เป็นตามความต้องการของผู้ใช้บริการ
 2. สรุปวิธี เพื่อระบุผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ต้องการพัฒนา โดยทีมที่ร่วมวางแผนต้องวางแผนอย่างมีระบบอาศัยการทดลองและวิจัย ตลอดจนใช้ความคิดสร้างสรรค์
 3. เลือกพัฒนาผลิตภัณฑ์เป็นตามเป้าหมายในระดับสูงสุด ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการ เป้าหมายผลิตภัณฑ์ต้องมีความแน่นอน วัดได้ ถูกต้องเข้าใจง่าย เหมาะสม และสามารถบรรลุผลสำเร็จได้
 4. กำหนดรายละเอียดการพัฒนาผลิตภัณฑ์และเป้าหมาย ชี้แจงรายละเอียดที่สำคัญ การออกแบบวิธีการดำเนินงาน และทีมงานที่รับผิดชอบ
 5. การพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพและสำเร็จตามเป้าหมาย โดยการทบทวนและออกแบบการใช้ข้อมูล การประสานและการช่วยเหลือทีม การใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีต่าง ๆ
 6. ประกาศผลิตภัณฑ์และเผยแพร่วิธีการดำเนินการพัฒนาผลิตภัณฑ์ เมื่อสิ้นสุดการออกแบบและทดลอง
- สรุปได้ว่า การพัฒนาผลิตภัณฑ์ หมายถึง การที่หัวหน้าหรือผู้ปฎิบัติใช้ความรู้ความสามารถเทคนิควิธีการตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล สร้างนวัตกรรมที่ให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5) ขั้นที่ 5 การพัฒนากระบวนการ (Develop process)

กระบวนการ หมายถึง การดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Juran 1989: 123) การมองอย่างเป็นกระบวนการ จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานของตนได้อย่างถูกต้องนับแต่เริ่มต้น ตลอดจนถูกต้องทุกครั้ง (Right the first time and right everytime)

จูแรน (Juran 1994: 3.35) กล่าวว่า การพัฒนากระบวนการทำงาน หมายถึง การกำหนดกิจกรรมเพื่อดำเนินการ โดยบุคคลเพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพ กระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพต้องเข้าใจเป้าหมายที่ใช้วัด ทราบกิจกรรม ปัจจัยนำเข้า และผลผลิต การพัฒนากระบวนการทำงาน มีกิจกรรมดังนี้

1. การทบทวนเป้าหมายการผลิต จะทำให้เข้าใจผลของกระบวนการทำงาน และช่วยทำให้บรรลุเป้าหมาย สามารถพัฒนากระบวนการ ได้สัมพันธ์กับต้นทุน นอกจากนี้ การทบทวนยังช่วยให้ปฏิบัติถูกต้อง
2. ระบุเงื่อนไขการทำงาน หมายถึง การทำความเข้าใจเงื่อนไขการดำเนินการ เช่น ใครรับผิดชอบ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง
3. การรวบรวมและเก็บข้อมูลในการดำเนินการ
4. การเลือกกระบวนการที่ออกแบบ ควรเลือกดำเนินการที่สามารถให้ผลการดำเนินการที่อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ต้องมีการบันทึกผลของกิจกรรมแต่ละกิจกรรมตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า ผลลัพธ์ เป้าหมาย ระยะเวลาการดำเนินการ การลงทุน ทบทวน และทดลองกระบวนการเหล่านั้น
5. ระบุกระบวนการทำงานและเป้าหมายต้องเป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการเพื่อบรรลุเป้าหมายผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ การระบุกระบวนการทำงานจะประกอบด้วยคู่มือปฏิบัติ วิธีการดำเนินการ ผู้ดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ และทรัพยากรสนับสนุน
6. ระบุรายละเอียดและเป้าหมายการทำงานของทีม จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเมื่อทราบรายละเอียดของกระบวนการและวัตถุประสงค์ เป้าหมายทำให้แต่ละทีมออกแบบการทำงานโดยใช้มาตรฐานและทรัพยากรที่มีอยู่
7. กำหนดแนวปฏิบัติในกรณีวิกฤติและข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ถือว่ามีความสำคัญเพราะความเสี่ยงที่มีผลต่อความปลอดภัยของคน และมีผลต่อสิ่งแวดล้อมส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่าย
8. สร้างกระบวนการทำงานและเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ หลังจากที่วางแผนและนำมาดำเนินการ โดยกระบวนการทำงานของทีมจะครอบคลุมทุกทีมต้องพัฒนาและรวบรวมให้สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีการทบทวนและพิจารณาตามขั้นตอนที่ 4 อีกครั้ง
9. กำหนดความสามารถและสมรรถนะในการดำเนินการตามกระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เมื่อการปฏิบัติงานไม่สำเร็จตามเป้าหมายต้องสามารถวินิจฉัยปัญหาและหาสาเหตุ (Root causes) เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน
10. ประกาศเผยแพร่กระบวนการและเป้าหมาย โดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรและเผยแพร่ให้ปฏิบัติ

สรุปได้ว่า การพัฒนากระบวนการ หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถใช้บุคลากรทางการพยาบาล เงิน เครื่องมือ และวิธีการอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่ เป้าหมายของหน่วยงานได้

6) *ขั้นที่ 6 การพัฒนากระบวนการในการควบคุมการดำเนินการ (Develop process control)*

การดำเนินการตามกระบวนการทำงานและแผนงานมีการมอบหมาย งานให้แก่ผู้รับผิดชอบในการทำให้สินค้าหรือบริการมีคุณภาพถูกต้องต้องมีการควบคุมและ ประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดและเกิดการสูญเสีย มีกิจกรรมดังนี้

1. ระบุสิ่งที่ต้องควบคุม โดยประเมินผลการปฏิบัติงานกับเป้าหมายและ ปรับปรุงการดำเนินงาน

2. การออกแบบข้อมูลย้อนกลับ โดยการกำหนดมาตรฐานสำหรับ ควบคุม เช่น การใช้ Control chart ต้องจัดกิจกรรมที่มีผลกระทบที่ทำได้ตามมาตรฐาน จัดให้มี ทีมรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรม

3. การควบคุมตนเองและการตรวจ ทำให้ผู้ทำงานทราบว่าทำอะไร เป็นไปตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่

4. มีการตรวจสอบ (audit) เพื่อประเมินว่า ทำอย่างไรจะบรรลุเป้าหมาย ควรประเมินและตรวจสอบระหว่างดำเนินการ เพื่อให้ทีมงานสามารถปรับแผนงานคุณภาพก่อนเริ่ม ดำเนินการ

5. สาธิตการควบคุมและชี้แจงให้เข้าใจ

6. วางแผนการส่งต่อการดำเนินการ การเผยแพร่ และส่งต่ออย่างมี ประสิทธิภาพ โดยใช้การสื่อสาร เช่น การชี้แจงกระบวนการ สรุปการฝึกอบรมในงานของตนเอง การอบรม การมีส่วนร่วมก่อนปฏิบัติ

7. การดำเนินการตามแผนและประกาศใช้ สิ่งสุดท้ายในการวางแผน คุณภาพ คือ การดำเนินการและส่งต่อ การใช้เวลาในการสร้างแผนผลิตและการประกาศใช้เป็นการ ทำงานที่มีความคุ้มค่ากับสิ่งที่สำเร็จ

สรุปได้ว่า การพัฒนากระบวนการในการควบคุมการดำเนินการ หมายถึง การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยกำหนดระบบ วิธีการตรวจสอบและประเมินผลการนำแผนงานไป ปฏิบัติของหอผู้ป่วยนั้น

2.4.2 กระบวนการควบคุมคุณภาพ (The Quality control process)

การควบคุมคุณภาพ เป็นกระบวนการบริหารเพื่อดำเนินการป้องกันการเปลี่ยนแปลงและการรักษาระดับ โดยการควบคุมและประเมินผลลัพท์ พร้อมทั้งเปรียบเทียบกับเป้าหมาย และดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับปรุงการควบคุมคุณภาพให้เป็นตามแผนงาน โครงการ และ การที่จะทำให้บรรลุคุณภาพต้องมีระบบการตรวจสอบคุณภาพ โดยใช้วงจรการย้อนกลับเป็น พื้นฐานของการควบคุมคุณภาพ

การควบคุมคุณภาพมีการดำเนินการดังนี้

1. การเลือกเรื่องที่จะควบคุม (Choose control subject) เรื่องที่จะควบคุมอาจ ได้มาจากความต้องการของผู้ใช้บริการ กระบวนการที่มีผลกระทบต่อสินค้าและบริการ และ มาตรฐานที่มีการกำหนดไว้
 2. กำหนดวิธีการวัด (Establish measurement) เพื่อเป็นเกณฑ์ในการ ประเมินผลลัพท์ของสินค้าและบริการ ต้องระบุความหมาย วิธีการวัดที่ให้ชัดเจน ผู้รับผิดชอบ จำนวนที่วัดและการบันทึกข้อมูล
 3. กำหนดมาตรฐานผลลัพท์ (Establish standards of performance) มาตรฐานของผลผลิตและกระบวนการแต่ละเรื่องที่ต้องควบคุม เรียกว่า เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เพื่อให้เป็นตามความต้องการ เป้าหมายต้องวัดได้ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถถ่ายทอดให้ ผู้ปฏิบัติเข้าใจอย่างง่าย (Juran and Gryna 1993)
 4. การประเมินผลลัพท์ที่ปฏิบัติจริง (Measure actual performance) เป็น ขั้นตอนสำคัญในการควบคุมคุณภาพ การวัดผลการปฏิบัติงาน ต้องมีความไวในการค้นพบและ ออกแบบในการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งผิดปกติ จุดบันทึกการเปลี่ยนแปลงเพื่อเป็นข้อมูลในการ ตัดสินใจ
 5. เปรียบเทียบผลลัพท์กับมาตรฐาน (Compare actual performance with quality goal) ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมของกรรมการจะใช้คนปฏิบัติหรือใช้เทคโนโลยีออกแบบ ทั้งนี้ โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ และแสดงสิ่งที่แตกต่าง วิเคราะห์ ข้อมูล และกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมที่แตกต่าง
 6. การปรับปรุงการดำเนินการ (Take action on difference) กระบวนการ ควบคุมคุณภาพเราต้องการปรับกิจกรรมให้แตกต่างระหว่างผลลัพท์จากการดำเนินการกับเป้าหมาย ที่กำหนดทั้งนี้เพื่อต้องการให้ผู้ปฏิบัติปฏิบัติได้ในระดับที่เหมาะสม
- ในขั้นตอนที่ 4-6 ต้องใช้วงจรการย้อนกลับซึ่งเป็นหลักพื้นฐานในการ ควบคุมปัญหาในกระบวนการควบคุมคุณภาพ

วงจรการป้อนกลับ (Feed back loop) ที่นิยมใช้ เช่น PCDA Cycle หรือ เรียกว่า “วงจรเดมมิ่ง” (Deming Wheel)

P = Plan	รวมถึงเรื่องที่ต้องการควบคุม และเป้าหมายคุณภาพ
D = Do	รวมถึงการกระทำตามกระบวนการ
C = Check	การวัดต่อการติดตาม
A = Action	การกระตุ้นให้จัดกิจกรรมในสิ่งถูกต้อง

จูแรน (Juran 1964: 181-182) กล่าวว่า มีการศึกษาจากบริษัทเล็กแห่งหนึ่ง ในโรงงาน 350 คน มีสิ่งที่จะต้องควบคุมมากกว่า 1 พันล้านสิ่ง และแบ่งกิจกรรมควบคุม 3 ส่วน คือ การควบคุมโดยไม่ใช้มนุษย์ เป็นการย้อนกลับโดยอัตโนมัติ การควบคุมโดยคน มีความสัมพันธ์กับคนและปฏิบัติงานตามการดำเนินการ และการควบคุมโดยการบริหารตามลำดับขั้นหรือเป็นลักษณะคณะกรรมการ

สรุปได้ว่า กระบวนการควบคุมคุณภาพ หมายถึง การที่หัวหน้าหรือผู้ปฎิบัติ การตรวจและการติดตามการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อ ป้องกันข้อบกพร่องหรือความเสี่ยงรวมทั้งวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลเปรียบเทียบกับ เป้าหมายที่กำหนด และปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

2.4.3 กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ (The quality improvement process)

จูแรน (Juran 1994: 5.3) กล่าวไว้ว่า การปรับปรุงคุณภาพเป็นการบริหาร คุณภาพเพื่อลดข้อบกพร่องที่เป็นผลให้เกิดการสูญเสีย สามารถเพิ่มผลกำไรในการกระบวนการ ลดข้อผิดพลาด ลดความล้มเหลว การปรับปรุงคุณภาพเพิ่มผลลัพธ์ โดยเริ่มจากเป้าหมายใหม่ ผลผลิตใหม่มีระยะเวลาสั้นลง เช่น การให้บริการสิ้นสุดในจุดเดียว (One stop service) การค้นหา สาเหตุที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย และการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย และการแก้ไข สาเหตุเป็นส่วนของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จุดมุ่งหมายของการปรับปรุงคุณภาพเพื่อให้ ได้บรรลุเป้าหมาย บรรลุตามความต้องการของผู้ใช้บริการ และสามารถแข่งขันกับองค์กรภายนอก

การควบคุมคุณภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. การค้นหาสาเหตุ ที่ทำให้เป้าหมาย ไม่ประสบผลสำเร็จ
2. การหาวิธีการแก้ไขสาเหตุเพื่อปรับปรุงคุณภาพในแต่ละเรื่อง

แนวคิดของการพัฒนาคุณภาพและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเกิดจากการ

ประเมินและควบคุมคุณภาพตามแนวคิด 3 ประการ (Trilogy) การปรับปรุงคุณภาพสามารถลดการ สูญเสียการใช้ทรัพยากรจากร้อยละ 23 เป็นร้อยละ 5

การปรับปรุงคุณภาพ มีกิจกรรมตามขั้นตอน ดังนี้

1) *ขั้นที่ 1 การตรวจสอบความต้องการของผู้ใช้บริการ (Prove the need)*

ผู้บริหารควรมีความรับผิดชอบเมื่อมีสิ่งคุกคาม หรือมีโอกาสในการพัฒนาเพื่อบรรลุนโยบายความต้องการของลูกค้า เช่น ความปลอดภัย สุขภาพ สิ่งแวดล้อม การปรับปรุงคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เนื่องจากการแข่งขัน การมีสินค้าและบริการมากขึ้น มีระบบการคุ้มครองและลิขสิทธิ์สินค้าต่าง ๆ

2) *ขั้นที่ 2 การกำหนดโครงสร้างภายใน (Establish the infrastructure)*

รูปแบบของโครงสร้างภายในการบริหารคุณภาพเป็น โครงสร้างตามลำดับ หัวหน้าส่วนต่าง ๆ จะทำหน้าที่คณะกรรมการคุณภาพ (Quality council) หน่วยงานต่าง ๆ ที่อยู่ในแผนกต่าง ๆ จะมีทีมปรับปรุงคุณภาพและทีมควบคุมทีมในแผนกต่าง ๆ มาจากผู้ทำงาน ซึ่งมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพที่มีประโยชน์ และสามารถได้รับตั้งแต่ผู้บริหารถึงระดับปฏิบัติงาน

3) *ขั้นที่ 3 การกำหนดโครงการเพื่อการพัฒนา (Identify the improvement project)*

การเลือกกิจกรรมในการปรับปรุงคุณภาพมีเงื่อนไขในการเลือก 2 ประการคือ เลือกกิจกรรมที่ทีมให้ความร่วมมืออันดับแรก และเลือกจากคุณผลภายหลัง การเลือกจากการดูความสำคัญอันดับแรกพิจารณาจากโครงการกิจกรรมมาจากปัญหาที่เรื้อรัง เลือกจากกิจกรรมที่ทำให้จริง และควรเสร็จในระยะสั้น เลือกจากความสำคัญโดยดูจากความตั้งใจและการยอมรับ เลือกจากที่กิจกรรมที่สามารถวัดได้โดยอาจวัดจากตัวเงินหรือตัวชี้วัดอื่น

การเลือกจากผลลัพธ์ที่ตามมาโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะได้รับสิ่งที่ดีที่สุดให้กับองค์กร พิจารณาจากการได้รับทุนกลับ ศักยภาพของการพัฒนาปรับปรุงกิจกรรมสามารถแก้ปัญหาเล็ก ๆ ได้หลายปัญหา ความเร่งด่วนที่ต้องการตอบสนองในเรื่องความปลอดภัย การสร้างขวัญกำลังใจ และการบริการแก่ผู้ให้บริการ

จูแรน (Juran 1994) กล่าวถึงการเลือกโครงการ โดยเลือกจากโครงการที่สามารถแก้ปัญหาค่าสูญเสียบริษัท มีประโยชน์ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติงานจนถึงผู้บริหาร และเป็นโครงการที่พัฒนาทรัพยากรมนุษย์

4) *ขั้นที่ 4 การสร้างทีมงาน (Establish the project team)*

มีการมอบหมายทีมเพื่อรับผิดชอบทำโครงการให้สำเร็จสมบูรณ์ สาเหตุที่ต้องมีทีมงานเนื่องจากการทำงานมีหลายแผนกถึงแม้ว่าความคิดปกติจะเกิดในแผนกเดียวแต่ก็ไม่

สามารถตกลงได้ว่าสาเหตุเกิดที่ใด อะไรเป็นสาเหตุ และควรแก้ไขอะไร องค์กรหลาย ๆ องค์กรที่มีประสิทธิผลมีกลไกที่แก้ปัญหาโดยการใช้ทีมหลายหน้าที่หรือทีมคร่อมสาขา

หน้าที่ความรับผิดชอบของทีมที่ดำเนินโครงการ คือ นำเสนอและแก้ปัญหา เพื่อให้เป็นตามพันธกิจ พัฒนาตัวชี้วัดที่ต้องการ สื่อสารกระบวนการทำงาน และให้เหตุผลหรือข้อมูลที่ต้องการ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในทีมสหสาขา ดำเนินกิจกรรมของโครงการอย่างสมบูรณ์

5) *ขั้นที่ 5 สนับสนุนทรัพยากร การฝึกอบรม และการจูงใจ (Provide the teams with resources training and motivation)*

จูแรน (Juran 1992) กล่าวว่า การฝึกอบรมมีความสำคัญมากในกระบวนการปรับปรุงคุณภาพเนื่องจากมีบทบาทและความรับผิดชอบ การฝึกอบรมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในทีมคุณภาพประกอบด้วย การเรียนรู้เครื่องมือในการแก้ปัญหา การฝึกอบรมการใช้กระบวนการ 3 ประการ คือ การวางแผนคุณภาพ การควบคุมคุณภาพ และการปรับปรุงคุณภาพ (David L. Goetsch 2006: 406)

นอกจากนี้การสร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัล การเพิ่มเงินเดือน การให้โบนัสช่วยเพิ่มผลลัพธ์ในงานทำให้บรรลุคุณภาพ ลดต้นทุน ผลผลิต

6) *ขั้นที่ 6 การรักษาระดับมาตรฐาน (Establish controls to hold the gains)*

การรักษาระดับมาตรฐานในการปฏิบัติงาน สิ่งที่ต้องการคือ

1. ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาและนำไปปฏิบัติงานในหน่วยงาน
2. การรักษาระดับมาตรฐานในระบบโดยใช้กระบวนการควบคุม

ไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

การนำไปดำเนินการควรปรับมาตรฐานการปฏิบัติการและคู่มือปฏิบัติงาน รวมทั้งต้องฝึกอบรมการควบคุมและตรวจสอบ การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับข้อมูลที่ทำให้เปลี่ยนแปลงการอบรม เพื่อใช้กระบวนการและวิธีการใหม่ การให้เหตุผลหลังจากอบรมส่งผลให้มีการตัดสินใจปรับกิจกรรมระหว่างดำเนินงาน การควบคุมมาตรฐานใช้วงจรการป้อนกลับเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานเปรียบเทียบกับมาตรฐาน และนำมาปรับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่เป้าหมายหรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ ตลอดจนคงไว้ซึ่งมาตรฐานที่ปฏิบัติไว้

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพทำให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ต่างมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้สามารถผ่านการประเมินมาตรฐานของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลทุกระดับจึงได้มีการนำแนวคิดของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมาใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ 2539) เนื่องจากการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรทำให้เกิดการประสานแนวคิดของการบริหารจัดการกับการพัฒนาคุณภาพทุกระดับของผู้ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล โดยมีการนำทรัพยากรทั้งหมดขององค์กรมาใช้ร่วมกับการปรับปรุงระบบหรือกรรมวิธีการทำงาน เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการ (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล 2540) นอกจากนี้การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรยังมีประโยชน์ต่อองค์กรหลายประการ โดยทำให้มีการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถเป็นแนวทางเพื่อการปรับปรุงความสามารถในการแข่งขันขององค์กรให้สามารถคงอยู่ได้ และเป็นวิธีการสำคัญในการวางแผนจัดองค์กร โดยมีปรัชญาในการดำเนินงานที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การมุ่งเน้นความสำคัญของผู้ใช้บริการ 2) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนในองค์กรหรือทีม และ 3) การมุ่งเน้นพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (วิฑูรย์ สิมะ โชคดี 2540; Adrain Wilkinson 1998: 37) ดังนั้นการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรจึงส่งเสริมให้บุคลากรทุกคน ทุกระดับปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์หรือการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตามเป้าหมายขององค์กร

ในการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรผู้นำทุกระดับต้องมีการวางแผน และโน้มน้าวให้ทุกคนในทีมงานมีส่วนร่วมในงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน (วีรวุฒิ มาฆะศิรานนท์ 2543) หากการทำงานร่วมกันของทีมงานเป็นไปอย่างเหมาะสม โดยมุ่งสู่จุดมุ่งหมายเดียวกันก็จะสามารถขจัดการกระทำใด ๆ ที่สิ้นเปลือง โน้มน้าวทุกคนไปสู่กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ และสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการได้ในเวลาที่น้อยลงได้ (Oakland 1993: 14) เช่นเดียวกับทีมการพยาบาลที่มีการบริหารงาน โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้วางแผนการทำงาน สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในทีมงาน ย่อมทำให้เกิดประสิทธิผลของทีมการพยาบาล นั่นคือ ทำให้ได้มาซึ่งคุณภาพตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาล และสามารถผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (กองการพยาบาล 2542) ดังข้อมูลสนับสนุนของผลการศึกษาระดับปริญญาโทของราตรี วงษ์ดิษฐ์ (2547) ดวงจันทร์ บัวคลี่ (2545) ฉญาธร ปรานมนตรี (2547) และกุลญานาท ผ่องแผ้ว (2549) พบว่า ความสามารถในการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยนำการ

บริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมาพัฒนากระบวนการทำงานจะสามารถส่งผลให้เกิดประสิทธิผลของ
ทีมการพยาบาล โดยก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายตามที่องค์กรกำหนดไว้

3. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

3.1 ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองหรืออำเภอขนาดใหญ่ของจังหวัดที่มีประชากรหนาแน่นปัจจุบัน
มีโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 25 แห่ง (กองโรงพยาบาลภูมิภาค 2543) มีสองขนาดคือ โรงพยาบาล
ศูนย์ที่มีจำนวนเตียง 500-600 เตียง และโรงพยาบาลศูนย์ที่มีจำนวนเตียง 600-1,000 เตียง
ซึ่งเรียกว่า “โรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคหรือโรงพยาบาลมหาราช”

โรงพยาบาลทั่วไป เป็นสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนระดับจังหวัดและอำเภอขนาดใหญ่ที่มีความเจริญมาก
มีขนาดเตียงรับผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 ขนาด 150-300 เตียง และกลุ่ม 2 ขนาด 300-500
เตียง รับผิดชอบบริการสาธารณสุขใน 7 ด้าน คือ ด้านตรวจวินิจฉัย ด้านการรักษาพยาบาล ด้าน
การส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านการเรียนการสอน และ
การวิจัย โดยมีงานด้านบำบัดรักษา ประมาณ 75% ด้านส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูผู้ป่วยและ
ประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลและพื้นที่รับผิดชอบประมาณ 25% ทั้งนี้จังหวัดหนึ่ง
อาจมีโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่า 1 แห่งก็ได้ตามความจำเป็น (กระทรวงสาธารณสุข 2542: 50)

3.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นสถานบริการทางการแพทย์และ
สาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบโดยทั่วไปดังนี้ (กองโรงพยาบาลภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุข
2544)

1. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษาพยาบาลโรค ทุกสาขาวิชาการแพทย์
ในระดับ 3 (Tertiary medical care) ระดับ 2 (Secondary medical care) และระดับ 1 (Primary
medical care) ทั้งประเภทผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และประชาชนทั่วไป รวมทั้งร่วมมือในการรักษา
แบบหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่และการรักษาพยาบาลในท้องที่ห่างไกลทางวิทยุ

2. ให้บริการส่งเสริม ซึ่งได้แก่ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว
การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การโภชนาการ การสุขศึกษา การอนามัยผู้สูงอายุ การป้องกันและ
รักษาผู้ติดยาเสพติด และการสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งให้บริการครอบคลุมการป้องกันโรคติดต่อ

ต่าง ๆ การสุขภาพิบาล ตามแผนงานและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด

3. ให้บริการชั้นสูตรสาธารณสุข ทั้งภายในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง หน่วยอื่นของรัฐและเอกชน ภายในจังหวัดและเขตรับผิดชอบ
4. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมบำบัดทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และประชาชนทั่วไป
5. ดำเนินงานทางด้านการศึกษาและการฝึกอบรมแก่นักศึกษาแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งจัดหาห้องสมุดที่มีตำราและเอกสารวิชาการ
6. ศึกษาค้นคว้า วิจัย เพื่อให้มีการพัฒนาทางด้านวิชาการ ทั้งในด้านการแพทย์ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล
7. ปรับปรุง แก้ไข ค้นคว้า วิจัย เพื่อปรับปรุงภูมิปัญญาพื้นบ้านมาใช้ในการบริการทางการแพทย์
8. นิเทศ ฝึกอบรม และพัฒนา รวมทั้งเป็นที่เลี้ยงให้หน่วยบริการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ให้มีความรู้ความสามารถในด้านการให้บริการทางการแพทย์รักษาพยาบาล
9. ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำสถิติข้อมูลเกี่ยวกับงานทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อนำมาปรับปรุงบริการสาธารณสุขทุกสาขาวิชา และรายงานผลการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
10. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขและการแพทย์ของโรงพยาบาลให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามที่กำหนด
11. สนับสนุนโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์เวชภัณฑ์ การซ่อมแซมเครื่องมือเครื่องใช้ ครุภัณฑ์การแพทย์ และความรู้ด้านวิชาการ
12. ดำเนินการตามระเบียบ รับ-ส่งต่อผู้ป่วย ตรวจหรือรักษาต่อให้มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งสถาบันการแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขอื่นในจังหวัด
13. ดำเนินการสาธารณสุขในเขตเมือง และเขตพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย สนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน และบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ในงานสาธารณสุขมูลฐาน
14. จัดให้มีระบบควบคุมภายในที่ทันสมัย และดำเนินการบริหารความเสี่ยงก่อนการดำเนินการ ตรวจสอบความคุ้มค่าของการใช้งบประมาณสำหรับทุกแผนงานและโครงการ

โรงพยาบาลศูนย์จะรับผิดชอบเพิ่มขึ้น โดยเป็นหน่วยบริการคหิยภูมิมระดับสูง หรือ ศูนย์บริการเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง (Excellent center) ให้บริการทางการแพทย์ครบทุกสาขาวิชา เป็นสถานบริการสุดท้ายที่จะรับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจวินิจฉัย หรือรักษา สันับสนุนและนิเทศงานให้แก่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ในจังหวัดและพื้นที่รับผิดชอบ

4. หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ

4.1 บทบาททั่วไปของหัวหน้าหอผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่สุดคนหนึ่งของฝ่ายการพยาบาล เพราะภารกิจและความรับผิดชอบครอบคลุมไปทั้งทางด้านการจัดการ และด้านบริการพยาบาลที่ปฏิบัติโดยตรงแก่ผู้ป่วย (กฤษยา ตันติผลาชีวะ 2539: 24)

กองการพยาบาล (2539: 32-33) ได้กำหนดบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย 8 บทบาท ดังนี้

1. เป็นผู้บริหารการพยาบาลในระดับต้น คือ อยู่ระหว่างผู้วางนโยบายด้านการบริหารการพยาบาลทั้งหมด คือ กลุ่มงานการพยาบาลกับผู้ปฏิบัติงานพยาบาล (staff nurse) และเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับอื่น ๆ เป็นผู้อำนวยการให้การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยให้เป็นไปด้วยดี ตามแผนการรักษาพยาบาลของแพทย์
2. เป็นส่วนหนึ่งหรือสมาชิกคนหนึ่งของทีมสุขภาพ (health team) ดังนั้นหัวหน้างานหอผู้ป่วยจึงต้องค้นหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ สามารถที่จะร่วมอภิปรายและให้ข้อคิดต่อทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นผู้ประสานงานที่ดีในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย การจะทำหน้าที่นี้ได้ดี หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้บริหารที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
4. เป็นผู้อำนวยการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับบริการ และสวัสดิภาพที่ดี
5. เป็นที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องให้ความเป็นกันเองพอสมควรแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน การปรึกษาหารือจึงจะเกิดขึ้นได้
6. เป็นผู้นิเทศและเป็นครูแก่ผู้ปฏิบัติงาน และนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่ไม่มีครูประจำหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในด้านการสอนมากขึ้น

7. เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านปฏิบัติการทางคลินิกในสาขาที่ตนปฏิบัติงานอยู่ เพื่อให้เกิดศรัทธาแก่ผู้ปฏิบัติงาน เข้าใจถึงปัญหาทางปฏิบัติพยาบาล ได้ถูกต้อง และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาล

8. เป็นผู้สังเกตการณ์ที่ดี

4.2 บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนระบบคุณภาพของโรงพยาบาล ตั้งแต่การจัดการบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ด้วยทักษะ และความรู้ที่พอเพียง เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ใช้บริการ โดยจอทซ์และเดวิส (Goetsch and Davis 2006: 257) กล่าวถึงผู้นำที่ประสบผลสำเร็จในการบริหารคุณภาพจะมีบทบาทสำคัญ 7 ประการ ดังนี้

1. เป็นผู้ริเริ่มกระบวนการใหม่ ๆ ค้นหาโอกาสในการเปลี่ยนแปลงสภาพปัจจุบัน (Challenge the process)
2. เป็นผู้กระตุ้นใจบุคลากรให้สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Inspire a share vision)
3. เป็นผู้สนับสนุนผู้ปฏิบัติงานให้สามารถปฏิบัติงานจนสำเร็จ (Enable other to act and success)
4. เป็นผู้แสดงตนเป็นแบบอย่างด้านค่านิยมและความเชื่อขององค์กร (Model their value and belief)
5. เป็นผู้จูงใจไปสู่สิ่งใหม่ที่ดียิ่ง (Persuade to new heights)
6. เป็นผู้สนับสนุนและช่วยเหลือ ให้การยอมรับและชมเชยหรือให้รางวัลเมื่อประสบผลสำเร็จ (Encourage and support)
7. เป็นผู้ให้ความสำคัญกับลูกค้าเป็นหลัก (Focus on the customer)

นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีบทบาทในการบริหารคุณภาพการพยาบาลตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพและประกันคุณภาพการพยาบาลของสำนักงานพยาบาล ซึ่งกำหนดเป็นมาตรฐานการพยาบาล 6 หมวด คือ 1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ 2) ทรัพยากรและการจัดการ 3) กระบวนการคุณภาพ 4) มีการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ 5) การรักษาสีทิวผู้ป่วย และ 6) การดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้มาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและเกณฑ์พิจารณาฉบับบูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับ พ.ศ.2549 ในกิจกรรมย่อยของบทที่ 12 ของมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ขององค์กรพยาบาล (สำนักงานพยาบาล 2549) พอสรุปได้ดังนี้

1. เป็นผู้กำหนดวิสัยทัศน์ ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาล ต่อการพัฒนาระบบคุณภาพ มีแผนงานและโครงการที่สามารถตอบสนองแผนยุทธศาสตร์ของ โรงพยาบาลและสำนักงานการพยาบาล
2. เป็นผู้จัดการบุคลากรในความรับผิดชอบให้มีความรู้ความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยทั้งด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพและทักษะในการปฏิบัติงาน
3. เป็นผู้บริหารจัดการความเสี่ยงกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในหน่วย บริการ
4. เป็นผู้ประเมินการปฏิบัติงานของทีมงานพยาบาลในการใช้กระบวนการ พยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาล โดยใช้วงจร Plan Do Check Action (PDCA) ตลอดจนสามารถ สื่อให้เห็นถึงความเป็นเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพในการที่จะแสดงบทบาทของพยาบาลที่มีต่อการดูแล ผู้ป่วย และการบันทึกที่สามารถสื่อให้เห็นถึงความต้องการของผู้ป่วยและสาขาวิชาชีพ
5. เป็นผู้ส่งเสริม และนำการศึกษาเพื่อการพัฒนาและการวิจัย
6. เป็นผู้ที่สามารถเกื้อกูลระบบทางสังคมและเปิด โอกาสการเป็นผู้ร่วมพัฒนา สังคม

4.3 หน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย

หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่มีด้วยทักษะ ความรู้ด้านการบริหาร และการพยาบาล ซึ่งงานด้านบริหารนั้นจะรวมไปถึงงานธุรการ และงานเคหะบริการด้วย นอกจากนี้ต้องเป็นผู้รับ นโยบาย วัตถุประสงค์ แนวความคิดและระเบียบในการปฏิบัติงาน จากผู้บริหาร โรงพยาบาลและ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แล้วเป็นผู้ดำเนินการ และมอบหมายงานให้แก่บุคลากรภายในหอผู้ป่วยที่ คนรับผิดชอบ ให้ปฏิบัติงานตามนโยบายและวัตถุประสงค์เหล่านั้น (กองการพยาบาล 2539: 31) หน้าที่ที่สำคัญมี 3 ด้าน คือ ด้านบริหารบริการพยาบาล ด้านวิชาการ และด้านบริการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 ด้านบริหารการพยาบาล

1) การบริหารงานบริการ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพการบริการในหน่วยงาน โดยเป็นผู้นำในการกำหนดปรัชญา นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจทางการพยาบาล สนับสนุน ส่งเสริม ให้มีการนำไปเป็นแนวทางกรให้บริการ วางแผนหน่วยงาน นำแผนไปปฏิบัติ และติดตามผลงาน อยู่เสมอ มอบหมายงาน กำหนดมาตรฐานการบริการการพยาบาล จัดการให้ผู้ใช้บริการได้รับ ข้อมูลที่ถูกต้อง จัดระบบบริการการพยาบาลในหน่วยงานให้มีความคล่องตัวต่อการให้บริการที่มี คุณภาพ กำหนดและควบคุมกำกับให้ผู้ใช้ปฏิบัติให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ติดตาม

ประเมินผล ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องและตอบสนองต่อความพอใจของผู้ใช้บริการอย่างสอดคล้องกับแผนการดูแลรักษา

2) การบริหารบุคลากรในหน่วยงาน โดยการจัดตารางเวรเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับปริมาณงานด้วยการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมแต่ละเวร จัดระเบียบการลาป่วย ลาภัก ลาพักผ่อนให้เหมาะสม พัฒนาบุคลากร และฟื้นฟูความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ตรวจสอบ นิเทศ และประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ในหน่วยงาน

3) การบริหารงานทั่วไป โดยควบคุมดูแลเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยโดยตรง เช่น จัดหาเสื้อผ้า วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็นในด้านการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม มีปริมาณเพียงพอและอยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน ได้ทันที ควบคุมกำกับดูแล สั่งการเรื่องความสะอาดเรียบร้อยในหอผู้ป่วยให้ถูกสุขลักษณะ และปลอดภัยจากการแพร่กระจายของเชื้อโรค สร้างเสริมสัมพันธภาพให้มีการประสานงานที่ดีในระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ ตลอดจนผู้มาติดต่องานต่าง ๆ

4.3.2 ด้านบริการพยาบาล

การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย การสาธิตการพยาบาลแก่ผู้ได้บังคับบัญชา การทำการพยาบาลฉุกเฉินได้ในกรณีจำเป็น การประเมินสภาพและปัญหาของผู้ป่วย ช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ การให้สุขศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย การนำวิชาการใหม่ ๆ มาปรับปรุงการพยาบาลให้ดีขึ้น การใช้หรือดัดแปลงวัสดุอุปกรณ์ในการพยาบาล การมีเทคนิคในการป้องกันตนเองและผู้อื่นจากการแพร่กระจายเชื้อ นอกจากนี้ยังเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับปฏิบัติตาม รับผิดชอบในการรักษา สภาพแวดล้อม การป้องกันส่งเสริมสุขภาพ มีการประเมินประสิทธิผลและคุณภาพ สนับสนุนส่งเสริมการวิจัยและนำผลมาใช้ในการบริการพยาบาล (American Organization of Nurse Executive: AONE 1992)

4.3.3 ด้านวิชาการ

- 1) ประชุมนิเทศเจ้าหน้าที่ที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ทุกระดับในหน่วยงาน
- 2) ร่วมดำเนินการอบรมฟื้นฟูวิชาการแก่เจ้าหน้าที่
- 3) วิเคราะห์ และศึกษาปัญหาต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงแก้ไขงานด้านบริการพยาบาลให้ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 4) จัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

- 5) สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น
- 6) เป็นที่ปรึกษาของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานด้านวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาล
- 7) เป็นผู้ประสานงานกับอาจารย์พยาบาลประจำหน่วยงาน จัดการฝึกภาคปฏิบัติให้สอดคล้องกับทฤษฎี
- 8) ปฏิบัติงานอื่นที่ได้รับมอบหมาย
- 9) เป็นผู้ค้นคว้าหาความรู้อยู่เสมอ เพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าทางการแพทย์สามารถเป็นผู้นำการอภิปราย และให้ข้อคิดเห็นในทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
- 10) เป็นครูแก่ผู้ปฏิบัติงาน และนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน

4.4 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

บุคลากรพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างคุณค่าเพิ่มให้กับงานบริการให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ และใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด การปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นลักษณะงานที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกระบวนการบริหารงาน อันประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การนำองค์กร และการนิเทศ/ติดตามผล ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละเวร จึงถือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของผู้บริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบให้ได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

กองการพยาบาล (2544) กำหนดหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment)

1.1 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวัง และการประเมินปัญหา/ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

1.2 การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล/การพยาบาลที่

กำหนด

2. การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom Distress Management) หมายถึง การช่วยเหลือหรือบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ

3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety)

3.1 การจัดการให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกาย

ภาย ชีวภาพ เคมี รังสี แสง และเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ

3.2 การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน

3.3 การจัดการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of complication) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

5. การให้การดูแลต่อเนื่อง จัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย

6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Enhancement of patient satisfaction) กิจกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย ผู้ใช้บริการด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูล และการตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2548: 265) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างยั่งยืนต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกคน พยาบาลวิชาชีพต้องปรับปรุงการให้บริการให้เป็นเลิศ และมีหน้าที่ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้

1. มุ่งคุณภาพบริการสนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการทุกกิจกรรม ทุกครั้ง ทุกวัน ทุกเวร

2. ศึกษา ค้นคว้า ปรับปรุงแก้ไข โดยการพูด การเขียน รายงานหัวหน้างาน

3. พัฒนาคณะเองให้มีความรู้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4. เรียนรู้บทบาทของตนในการพัฒนาคุณภาพและให้ความร่วมมือ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อาซามงกา กอนซาเลส และรีวิล (Azamga; Gonzalez and Reavil 1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเทคนิค การปรับปรุงคุณภาพกับผลการปฏิบัติงาน โดยได้ศึกษาในระดับผู้จัดการบริษัท จำนวน 122 ราย ในเม็กซิโก พบว่า การจัดการคุณภาพ โดยองค์รวม การทันต่อเวลา (just in time) และการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงาน และพบว่าผู้บริหารระดับสูง การมีส่วนร่วมของบุคลากร และการฝึกอบรม เป็นตัวทำนายคุณภาพการผลิตและการบริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และขวัญกำลังใจของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรเซอร์และกูเทค (Routhieaux and Gutex 1998) ศึกษาการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมต่อประสิทธิผลและทีมพัฒนาคุณภาพงานและประสิทธิผลของหอผู้ป่วย พบว่า ทั้งหัวหน้าทีมพัฒนาคุณภาพและหัวหน้าหอผู้ป่วย มีเจตคติเชิงบวกต่อการจัดการคุณภาพ โดยองค์รวม มีความชำนาญในการใช้การควบคุมคุณภาพทางสถิติอยู่ในระดับที่ต่ำถึงปานกลาง ตัวแปรสำคัญที่ร่วมทำนายประสิทธิผลของทีมคุณภาพ คือ การมีเป้าหมายที่ชัดเจน การได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกจากหอผู้ป่วย การได้รับการฝึกอบรม รวมทั้งทักษะในการทำการจัดการคุณภาพ โดยองค์รวม ตัวแปรสำคัญที่ร่วมทำนายประสิทธิผลของหอผู้ป่วย คือ เจตคติของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีต่อการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม และปัจจัยที่ทำให้การจัดการคุณภาพ โดยองค์รวมประสบความสำเร็จ คือ ความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูง และการมีส่วนร่วมในการจัดการคุณภาพ โดยองค์รวม

นาวส์ (Knouse 1999) ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของทีมงานกับประสิทธิผลของทีมงาน โดยการศึกษเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มหรือทีมงานที่มีลักษณะบางอย่างแตกต่างกัน เช่น เพศ การมีบุคลากรที่ขาดความสามารถในกลุ่ม จะมีประสิทธิผลของความแตกต่างกันหรือไม่ โดยวัดจากความรู้สึกผูกพัน ประสิทธิภาพกลุ่มโดยรวม ความพึงพอใจ ความสามัคคี ความไว้วางใจ บรรยากาศของความเสมอภาค และคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพสมรส และการดูแลสุขภาพความเป็นอยู่และความพึงพอใจของบุคลากร มีความสำคัญต่อประสิทธิผลขององค์กร สร้างพลังให้เกิดการทำงานที่มีผลให้บุคคลทำงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ นำไปสู่การผลิตผลงานที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีผลต่อความผูกพัน ไม่อยากเปลี่ยนงาน มีความพึงพอใจในบุคลากร

คาสสิซิและยัวสโตน (Kassiech and Yourstone 1998) ศึกษาผลของการฝึกอบรม การประเมินผลการปฏิบัติงาน และการให้รางวัลต่อความสำเร็จของการนำการจัดการคุณภาพ โดยองค์รวมไปใช้ ด้วยการสำรวจบุคลากรในสถานบริการ จำนวน 111 แห่ง พบว่า การฝึกอบรมเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้การจัดการคุณภาพ โดยองค์รวมประสบความสำเร็จ ทำให้ต้นทุนลดลง กำไร

เพิ่มขึ้น การประเมินผลการปฏิบัติงาน และการให้รางวัลจะทำให้การดำเนินการจัดการคุณภาพโดยองค์กรประสบความสำเร็จ

เฮรอซ์ (Hertz 2002: 19) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการรับประกันคุณภาพการบริการที่มีคุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการศึกษาพบว่า การให้ความสำคัญในเรื่องของการประกันคุณภาพบริการ มีผลต่อการรับรู้ถึงคุณภาพของการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ การกลับมาใช้บริการอีก และส่งผลต่อการดำเนินการทางธุรกิจขององค์กร

นริศา วีตะธรรมานนท์ (2540: 133-137) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้การจัดการคุณภาพ โดยองค์กรกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กร โดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการในระดับปานกลาง ตัวแปรที่ร่วมทำนายความพึงพอใจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย คือ การรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กร ด้านการบริหาร และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ด้านการบริหารคุณภาพของกระบวนการบริการและสถานภาพสมรส ตัวแปรที่ร่วมทำนายความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ คือ การรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรด้านบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ภาวะผู้นำ ด้านสารสนเทศและการวิเคราะห์ ตามลำดับ

องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ (2540) ศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่อง การพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วยการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร โดยทำการสำรวจความคิดเห็นของผู้นำ ผู้ปฏิบัติทางการแพทย์ทั้งหมดในโรงพยาบาลของโครงการนำร่อง ซึ่งความคิดเห็นใหญ่ของบุคลากร พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ความสามารถของผู้บริหารองค์กรในการพัฒนาอย่างมีเป้าหมาย มีกระบวนการปฏิบัติที่สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้ มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ละมัยพร โลหิตโยธิน (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพโดยองค์กรกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 320 คน พบว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย

วารี พูลทรัพย์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของทีมงานกับประสิทธิผลของทีมงานพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมการพยาบาลระดับหอผู้ป่วย จำนวน 184 คน พบว่า ประสิทธิภาพของทีมการ

พยาบาลอยู่ในระดับสูง ลักษณะของทีมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล

ดวงจันทร์ บัวคลี (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มงานการพยาบาล ความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลทีมการพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจิตเวช โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง เช่น พยาบาลประจำการ จำนวน 266 คน พบว่า ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล และสามารถพยากรณ์ประสิทธิผลทีมการพยาบาลได้ร้อยละ 43.3

ราตรี วงษ์ศิษฐ์ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลิกภาพของทีมกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 1,205 คน พบว่า ความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลิกภาพของทีม แบบบุคลิกภาพแบบเปิดเผย บุคลิกภาพบุคลิกภาพประนีประนอม บุคลิกภาพควบคุมตนเอง บุคลิกภาพเปิดรับประสบการณ์ (Openness to experience) และบุคลิกภาพอารมณ์มั่นคง (Emotional stability) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ฉฎฐธร ปรานมนตรี (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย ความสามารถในการทำงานของพยาบาลประจำการกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 348 คน พบว่า ความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลฉฎฐนาท ผ่องแผ้ว (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 352 คน พบว่า ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 โดยมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน งานห้องผ่าตัด ในโรงพยาบาล 11 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 3,193 คน (จากการสอบถามหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหรือผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลร่วมกับการค้นหาจากฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้อง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2551)

ลักษณะการทำงานของแต่ละโรงพยาบาลแบ่งการทำงานเป็นทีม รวมจำนวนทีมการพยาบาลทั้งหมด 214 ทีม (ทีมการพยาบาลที่มีโครงสร้างการบริหารระดับงาน โดยมีพยาบาลวิชาชีพชำนาญการเป็นหัวหน้าทีม ยกเว้นทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติกรพยาบาลเฉพาะ ได้แก่ งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ งานการพยาบาลผู้ป่วยไต เนื่องจากให้การพยาบาลในกลุ่มโรคเฉพาะ) ตามตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนพยาบาลวิชาชีพและจำนวนทีมพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป เขต 6 และ 7 ของแต่ละจังหวัด

เขต	โรงพยาบาล	จำนวน	
		พยาบาลวิชาชีพ	ทีมพยาบาล
6	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	613	34
	โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี	540	26
	โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	266	22
	โรงพยาบาลพัทลุง	275	14
	โรงพยาบาลเกาะสมุย	102	9
7	โรงพยาบาลตรัง	352	27
	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	336	24
	โรงพยาบาลกระบี่	208	22
	โรงพยาบาลระนอง	199	12
	โรงพยาบาลพังงา	170	12
	โรงพยาบาลตะกั่วป่า	132	12
	รวม	3,193	214

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ที่มีประสบการณ์การทำงาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน งานห้องผ่าตัด โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเกาะกลุ่ม สุ่ม 2 ชั้น (Two stage - cluster sampling) โดย 1) โรงพยาบาลตัวอย่าง จำนวน 5 แห่ง ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดี่ยว (Simple random sampling) และ 2) ทีมการพยาบาลตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) จากการคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่าง ได้พยาบาลวิชาชีพตัวอย่าง จำนวน 374 คน ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างโดยละเอียดดังนี้

1.2.1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของการหาขนาดตัวอย่างกรณี

สุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว เมื่อต้องการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล 2549: 5-50) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 374 คน โดยมีวิธีการคำนวณหาขนาดตัวอย่างดังนี้

จากสูตร

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{และ} \quad n_0 = \frac{Z^2_{\alpha/2} CV^2}{r^2}$$

N = ขนาดประชากร 3,193 คน

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 374 คน

r = ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์กำหนดให้เท่ากับ 1 %

$Z_{\alpha/2}$ = คะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ $Z_{\alpha/2} = 1.96$

CV = ค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (coefficient of variation)

$CV = s/\bar{x}$ จากการสำรวจนำร่องโดยใช้แบบสอบถาม

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 39 คน ที่โรงพยาบาล

ประจวบคีรีขันธ์ได้ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของทีมการพยาบาล

= 106.59 และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.24 แทนค่าได้

$CV = 11.24/106.59 = 0.105$

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 \times 0.105^2}{(0.01)^2}$$

$$= \frac{3.8416 \times 0.0110}{0.0001}$$

$$= 422.576$$

$$n_0 = 422.576$$

$$n = \frac{422.576}{1 + 422.576}$$

$$= \frac{422.576}{423.576}$$

$$= 0.997$$

$$n = 373.79$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 374 คน

1.2.2 การเลือกตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเกาะกลุ่ม สุ่ม 2 ชั้น (Two stage

- cluster sampling) (วิไล กุศลวิศิษฏ์กุล 2549: 5-29) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) *สุ่มชั้นที่ 1* เป็นการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล 5 แห่ง จากโรงพยาบาลที่ศึกษา 11 แห่ง เรียกว่า “โรงพยาบาลตัวอย่าง” โดยสุ่มโรงพยาบาลตัวอย่างแบบสุ่มเชิงเดียว (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากได้โรงพยาบาลตัวอย่าง จำนวน 5 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และโรงพยาบาลเกาะสมุย

2) *สุ่มชั้นที่ 2* เป็นการสุ่มทีมพยาบาลตัวอย่างจากโรงพยาบาล 5 แห่ง เนื่องจากทีมการพยาบาลมีลักษณะการพยาบาลที่ไม่แตกต่างกัน การสุ่มแบบนี้ช่วยประหยัดเวลาและเก็บข้อมูลได้ง่าย (วิล กุศลวิศิษฎ์กุล 2549: 5-31) จึงสุ่มทีมการพยาบาลตัวอย่างได้ จำนวน 6 ทีม จากโรงพยาบาลตัวอย่าง 5 แห่ง โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) *โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการจัดทีมการพยาบาลตามขอบเขตและลักษณะงานของโรงพยาบาล* จำนวนทีมการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล (ตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 3.2) ผู้วิจัยจัดทำกรอบตัวอย่างรายชื่อทีมการพยาบาล (List frame) โดยเรียงลำดับรายชื่อทีมจากทีมการพยาบาลที่ให้การพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน

(2) *ทำการสุ่มทีมการพยาบาลตัวอย่าง 6 ทีม* ในแต่ละโรงพยาบาล ตัวอย่างโดยหาช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Interval = I)

(3) *สุ่มตัวอย่าง เริ่มต้นที่ตำแหน่งเท่ากับค่าช่วงห่างของกลุ่มตัวอย่าง (I) แล้วเว้นช่วงระยะ I-1* ได้ทีมการพยาบาลตัวอย่างและพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลตัวอย่าง ได้จำนวนพยาบาลวิชาชีพตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.2 จำนวนพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพตัวอย่าง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 และ 7 ของแต่ละจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	จำนวน	
	พยาบาลวิชาชีพ (คน)	ทีมการพยาบาล (ทีม)
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	613	34
โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี	540	26
โรงพยาบาลตรัง	352	27
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	266	22
โรงพยาบาลเกาะสมุย	102	9

ตารางที่ 3.3 จำนวนพยาบาลวิชาชีพตามทีมการพยาบาลตัวอย่าง โรงพยาบาลศูนย์และ
โรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 และ 7

โรงพยาบาล	ทีมพยาบาลตัวอย่าง		พยาบาลวิชาชีพ ตัวอย่าง
มหาราชนครศรีธรรมราช	หอผู้ป่วยอายุรกรรม	หอผู้ป่วยศัลยกรรม	107
	หอผู้ป่วยพิเศษ	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	
	หอผู้ป่วยหนัก	หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม	
ครึ่ง	หอผู้ป่วยอายุรกรรม	หอผู้ป่วยศัลยกรรม	90
	หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก	หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม	
	หอผู้ป่วยหนัก	งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	
ศูนย์สุราษฎร์ธานี	หอผู้ป่วยศัลยกรรม	หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก	88
	หอผู้ป่วยผู้ป่วยพิเศษ	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	
	หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม	งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	
ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก	63
	หอผู้ป่วยพิเศษ ศัลยกรรมชายหอผู้ป่วยพิเศษ	หอผู้ป่วยหนัก	
เกาะสมุย	หอผู้ป่วยอายุรกรรม	งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	47
	หอผู้ป่วยพิเศษ	หอผู้ป่วยศัลยกรรม	
	งานผู้ป่วยนอก	หอผู้ป่วยหนัก	
		งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	
		รวม	395

เนื่องจากวิธีการเลือกตัวอย่างมีข้อจำกัดเรื่องการเก็บข้อมูล จึงทำการเลือกทีมการพยาบาลตัวอย่างและเก็บตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทุกคนในทีมการพยาบาล ได้ตัวอย่างที่สุ่มจริงจำนวน 395 คน และจากการเก็บข้อมูลพบว่า ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 385 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล

2.1 การสร้างแบบสอบถามและลักษณะเครื่องมือ

ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล และการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน การศึกษาอบรม เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความลงในช่องว่างและแบบตรวจสอบรายการ (Check-list) จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยสรุปสาระสำคัญจากกรอบแนวคิดของจูราน (Juran 1989, 1992) เพื่อนำมาเขียนคำจำกัดความ และสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องและครอบคลุมคำจำกัดความ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน คือ กระบวนการวางแผนคุณภาพ กระบวนการควบคุมคุณภาพ และกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 59 ข้อ ได้แก่

1. กระบวนการวางแผน คุณภาพ จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น

- | | |
|--|-------------------------|
| 1.1 การกำหนดเป้าหมายชัดเจน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1 - 4) |
| 1.2 การระบุตัวผู้ให้บริการ | จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 5 - 7) |
| 1.3 การสำรวจความต้องการของผู้ใช้บริการ | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 8 -11) |
| 1.4 การพัฒนาผลผลิต | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 12-15) |
| 1.5 การพัฒนากระบวนการ | จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 16-20) |
| 1.6 พัฒนาการกระบวนการในการควบคุมการดำเนินการ | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 21-24) |

2. กระบวนการควบคุมคุณภาพ จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 2.1 การตรวจวัดผลลัพธ์ที่ปฏิบัติจริง | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 21-24) |
| 2.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐาน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 29-32) |
| 2.3 ปรับปรุงการดำเนินงาน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 33-36) |

3. กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น

- | | |
|--|-------------------------|
| 3.1 การค้นหาความต้องการ | จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 37-39) |
| 3.2 การกำหนดโครงสร้างภายใน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 40-43) |
| 3.3 การกำหนดแผนงานโครงการ | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 44-47) |
| 3.4 การสร้างทีมงาน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 48-51) |
| 3.5 การสนับสนุนทรัพยากรการฝึกอบรมและแรงจูงใจ | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 52-55) |
| 3.6 การรักษาระดับมาตรฐาน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 56-59) |

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดย
ข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยมีการให้ความหมายและค่าคะแนนแต่ละข้อมีดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| 5 หมายถึง | ข้อความนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านปฏิบัติมากที่สุด (80-100%) |
| 4 หมายถึง | ข้อความนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านปฏิบัติมาก (60-79%) |
| 3 หมายถึง | ข้อความนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านปฏิบัติปานกลาง (40-59%) |
| 2 หมายถึง | ข้อความนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านปฏิบัติน้อย (20-39%) |
| 1 หมายถึง | ข้อความนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านปฏิบัติน้อยที่สุด (น้อยกว่า 20%) |

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบว่าระดับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ
หัวหน้า หอผู้ป่วยโดยการคำนวณและแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของประกอง กรรณสูต
(2542) คือ

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00-1.49	การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอยู่ในระดับต่ำมาก
1.50-2.49	การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอยู่ในระดับต่ำ
2.50-3.49	การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49	การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอยู่ในระดับสูง
4.50-5.50	การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรอยู่ในระดับสูงมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถาม ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลโดยสรุปสาระสำคัญจากกรอบแนวคิดของโรบินส์ (Robbins 2001) เพื่อนำมาเขียนคำจำกัดความ และสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องและครอบคลุมคำจำกัดความ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน คือ การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ได้แก่

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1. การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย | จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 1-8) |
| 2. การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ | จำนวน 10 ข้อ (ข้อ 9-18) |
| 3. ความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน | จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 19-25) |

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีการให้ความหมายและค่าคะแนนแต่ละข้อมีดังนี้

- | | |
|---|----------------|
| 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด | (80-100%) |
| 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก | (60-79%) |
| 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง | (40-59%) |
| 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย | (20-39%) |
| 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด | (น้อยกว่า 20%) |

เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับตามแบบ แบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale)

(ธีรวิมล เอกะกุล 2550: 55) คือ

ข้อความทางบวก

- | | |
|---|-----------------|
| 5 หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความทุกครั้ง | (ร้อยละ 80-100) |
| 4 หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความบ่อยครั้ง | (ร้อยละ 60-79) |
| 3 หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความบางครั้ง | (ร้อยละ 40-59) |
| 2 หมายถึง ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความน้อยมาก | (ร้อยละ 20-39) |
| 1 หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความ | (น้อยกว่า 20%) |

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบระดับประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โดยใช้การคำนวณแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของประคอง วรรณสูตร (2542) คือ

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00-1.49	มีประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล อยู่ในระดับต่ำมาก
1.50-2.49	มีประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล อยู่ในระดับต่ำ
2.50-3.49	มีประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49	มีประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล อยู่ในระดับสูง
4.50-5.00	มีประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล อยู่ในระดับสูงมาก

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยศึกษาความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามของปัจจัยส่วนบุคคล การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยและประสิทธิผลทีมการพยาบาลตามขั้นตอนดังนี้

2.2.1 การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการด้านบริหารการพยาบาลในสถาบันการศึกษา และสถานพยาบาล สังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ และสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่เป็นการยอมรับกันโดยทั่วไป โดยให้ทุกท่านตรวจสอบครบทั้ง 3 ตอน โดยพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับสาระของมิติที่วัด คำนิยามเชิงปฏิบัติการและกรอบทฤษฎีของมิติที่วัด ถึงเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปร ประเด็นและมิติของตัวแปรการวิจัย (Index of Congruence: IOC) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนรายข้อคำถาม หรือประเด็นที่จะใช้ถาม (นิริศน์ อิมามี่ 2549: 4-55) ดังนี้

- + 1 เมื่อข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นตรงและสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา
- 1 เมื่อข้อคำถามนั้นไม่ตรงและไม่สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา

คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิจากสูตร

$$\text{สูตร IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้ทรงคุณวุฒิ

N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ถ้าดัชนีความสอดคล้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ก็แสดงว่า ข้อคำถามหรือประเด็นที่จะทำการรวบรวมข้อมูลมีความตรง ข้อคำถามที่มีค่าต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

นำแบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปร (IOC) โดยพิจารณาข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 คัดเลือกใช้ได้ และบางส่วนมีการปรับปรุงแก้ไข และเพิ่มเติมแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากเดิมมีจำนวนข้อ 85 ข้อ ได้จำนวนข้อคำถาม 84 ข้อ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 7 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
ตอนที่ 2 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย	จำนวน 60 ข้อ
ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 6 ข้อ
ตัดข้อคำถามซ้ำซ้อน	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 59 ข้อ
ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพทีมการพยาบาล	จำนวน 25 ข้อ
ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมมีข้อคำถาม	จำนวน 25 ข้อ

ส่วนเกณฑ์การให้คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นตรงกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้หลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และผ่านการเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วนำไปทดลองใช้เพื่อหาความเที่ยงต่อไป

2.2.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทดลองใช้เครื่องมือเบื้องต้น (Conduct preliminary item tryouts) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณามาทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 39 คน แล้วนำผลที่ได้จากการทดสอบมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 พบว่า ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 และ 0.94 ตามลำดับ

จากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงอีกครั้งด้วยวิธีเดียวกัน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล เท่ากับ 0.97 และ 0.93 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงไว้ในตาราง 3.4

ตารางที่ 3.4 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม จำแนกตามตัวแปร การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม		
	จำนวน (ข้อ)	ทดลอง (39 คน)	เก็บข้อมูลจริง (385 คน)
แบบสอบถามการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร	59	0.96	0.97
- กระบวนการวางแผนคุณภาพ	24	0.95	0.94
- กระบวนการควบคุมคุณภาพ	12	0.93	0.91
- กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ	23	0.98	0.94
แบบสอบถามประสิทธิผลทีมการพยาบาล	25	0.94	0.93
- การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	8	0.88	0.85
- การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	10	0.91	0.86
- ความพึงพอใจในงานของสมาชิก	7	0.87	0.82

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ถึงนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เขต 6 และ 7 ทั้ง 11 แห่ง เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล โดยแนะนำตัวพร้อมอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ๆ รวมทั้งหออผู้ป่วยที่รับการเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3.3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมทั้งสำเนาหนังสือที่ส่งถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ถึงหัวหน้าพยาบาล

3.3.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ รวมทั้งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละงานที่ต้องการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ๆ ให้หัวหน้าพยาบาลทราบ

3.3.2 มอบแบบสอบถามและรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออผู้ป่วย ได้แก่ หออผู้ป่วยอายุรกรรม หออผู้ป่วยศัลยกรรม หออผู้ป่วยตา หูกคอ จมูก หออผู้ป่วยพิเศษ หออผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หออผู้ป่วยหนัก หออผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และงานห้องผ่าตัด ที่เป็นทีมพยาบาลตัวอย่างนอกจากนี้ผู้วิจัยได้แนบซองเปล่าคิดแสดมปีที่มีชื่อที่อยู่ถึงผู้วิจัยเพื่อสะดวกในการตอบกลับ

3.3.3 ขอความร่วมมือฝ่ายสนับสนุนวิชาการและงานวิจัยกลุ่มการพยาบาล ให้รวบรวมแบบสอบถามและส่งข้อมูลกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ตามระยะเวลาที่กำหนด บางแห่งผู้วิจัยติดต่อขอรับข้อมูลกลับด้วยตนเอง จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 395 และนำกลับแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์หลังการส่งถึงกลุ่มตัวอย่าง

3.4 เก็บรวบรวมแบบสอบถามตามที่นัดหมายไว้ พร้อมตรวจสอบจำนวนและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่า แบบสอบถามที่ได้รับกลับตอบคำถามไม่สมบูรณ์ จำนวน 5 ฉบับ และไม่ได้รับกลับ จำนวน 5 ฉบับ ดังนั้นจำนวนแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์มีจำนวน 385 ฉบับ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดดังนี้

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยหาค่าจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) มัชฐาน (Median) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4.2 วิเคราะห์ข้อมูล ระดับคะแนน การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ หัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเกณฑ์ประเมินระดับจะพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของประคอง กรรณสูต (2542)

4.3 วิเคราะห์ข้อมูล ระดับคะแนน ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเกณฑ์ประเมินระดับจะพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของประคอง กรรณสูต (2542) เช่นกัน

4.4 วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ หัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) กำหนดเกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ (r) ดังนี้ คือ (มุกดา ดันชัย 2549: 9-33)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.80 ขึ้นไป	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
0.60-0.79	มีความสัมพันธ์กันสูง
0.40-0.59	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.20-0.39	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
ต่ำกว่า 0.20	มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก หรือไม่มีความสัมพันธ์

เครื่องหมาย + หรือ - ของค่า r ที่คำนวณได้แสดงถึงลักษณะของความสัมพันธ์ ดังนี้ ถ้าค่า r เป็น + หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวก โดยข้อมูลทั้งสองเพิ่มหรือลดตามกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์และ
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกที่ปฏิบัติงานและการศึกษาอบรมของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7
ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 385)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	60	15.6
30-39	193	50.1
40-49	109	28.3
50-59	23	6
มีขบวนการอายุ 35 ปี ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ 6.00 ปี อายุต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 24 และ 58 ปี		
เพศ		
หญิง	380	98.7
ชาย	5	1.3
สถานภาพสมรส		
โสด	142	36.9
สมรส	222	57.6
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	21	5.5
ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตร/เทียบเท่า	39	10.1
ปริญญาตรี	308	80.0
สูงกว่าปริญญาตรี	38	9.9

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 385)	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ปี)		
1-9	149	38.7
10-19	171	44.4
20-29	58	15.1
30-39	7	1.8
มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 11 ปี ส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ 4.50 ปี ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 2 ปี และ 38 ปี		
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
งานผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	70	18.2
งานศัลยกรรม	67	17.4
งานสูติ-นรีเวชกรรม	59	15.3
งานห้องผู้ป่วยหนัก	58	15.1
งานห้องผู้ป่วยพิเศษ	39	10.1
งานอายุรกรรม	33	8.6
งานกุมารเวชกรรม	29	7.5
งานตา หู คอ จมูก	21	5.5
งานผู้ป่วยนอก	9	2.3
การพัฒนาและอบรม		
ไม่ได้รับ	153	39.7
ได้รับ	232	60.3

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 จำนวน 385 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.7 โดยมีอายุระหว่าง 30-39 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 50.1) โดยมีอายุน้อยที่สุด 24 ปี และอายุสูงสุด 58 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 57.6) และสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80.0) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาล

วิชาชีพมาแล้ว 10-19 ปี (ร้อยละ 44.4) โดยมีประสบการณ์ในการทำงานต่ำสุด 2 ปี และสูงสุด 38 ปี โดยปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมากที่สุด (ร้อยละ 18.2) และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (ร้อยละ 60.3)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล ระดับคะแนนการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย

การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 จำแนกเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม

การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
กระบวนการวางแผนคุณภาพ	4.09	0.39	สูง
1) การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ	4.28	0.45	สูง
2) การระบุตัวผู้ให้บริการ	4.18	0.48	สูง
3) การพัฒนากระบวนการ	4.13	0.45	สูง
4) การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	4.09	0.47	สูง
5) การพัฒนาผลิตภัณฑ์	4.03	0.52	สูง
6) พัฒนากระบวนการในการควบคุม/การนำไปสู่การปฏิบัติ	3.88	0.52	สูง
กระบวนการควบคุมคุณภาพ	4.04	0.44	สูง
1) การตรวจวัดผลลัพธ์ที่ปฏิบัติจริง	4.07	0.50	สูง
2) ปรับปรุงการดำเนินงาน	4.05	0.49	สูง
3) การเปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐาน	3.99	0.49	สูง

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ	4.04	0.41	สูง
1) การกำหนดโครงสร้างภายใน	4.13	0.44	สูง
2) กำหนดแผนงาน โครงการ	4.04	0.49	สูง
3) การสร้างทีมงาน	4.03	0.47	สูง
4) การค้นหาความต้องการ	4.02	0.53	สูง
5) การสนับสนุนทรัพยากร การฝึกอบรมและแรงจูงใจ	3.99	0.47	สูง
6) การรักษาระดับมาตรฐาน	3.99	0.53	สูง
รวม	4.06	0.39	สูง

จากตารางที่ 4.2 พบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.06$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของการบริหารทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยด้านกระบวนการวางแผนคุณภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.09$) รองลงมาคือ ด้านกระบวนการควบคุมคุณภาพ ($\bar{X} = 4.04$) และด้านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ ($\bar{X} = 4.04$) ตามลำดับ โดยด้านกระบวนการวางแผนคุณภาพ หัวข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ ($\bar{X} = 4.28$) และหัวข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การพัฒนากระบวนการในการควบคุม/การนำไปสู่การปฏิบัติ ($\bar{X} = 3.88$) ด้านกระบวนการควบคุมคุณภาพ หัวข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจวัดผลลัพธ์ที่ปฏิบัติจริง ($\bar{X} = 4.07$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การเปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐาน ($\bar{X} = 3.99$) ส่วนด้านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ หัวข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การกำหนดโครงสร้างภายใน ($\bar{X} = 4.13$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การรักษาระดับมาตรฐาน ($\bar{X} = 3.99$) และการสนับสนุนทรัพยากร การฝึกอบรม และแรงจูงใจ ($\bar{X} = 3.99$)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ
หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข เขต 6 และ 7 ด้านกระบวนการวางแผนคุณภาพ จำแนกเป็นรายชื่อ
รายด้าน และโดยรวม

กระบวนการวางแผนคุณภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ	4.28	0.45	สูง
1) สนับสนุนการรวบรวมอุบัติการณ์และเหตุการณ์ สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพบริการการพยาบาล	4.35	0.55	สูง
2) จัดให้มีช่องทางในการรับรู้ความต้องการของ ผู้ให้บริการ	4.34	0.55	สูง
3) มีการทบทวนและนำอุบัติการณ์ความเสี่ยง และ ความต้องการมากำหนดกิจกรรมเพื่อพัฒนา ให้บรรลุเป้าหมาย	4.27	0.58	สูง
4) มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการ การพยาบาล	4.17	0.59	สูง
การระบุด่วนผู้ให้บริการ	4.18	0.48	สูง
1) ชี้แจงให้พยาบาลวิชาชีพทราบถึงการให้บริการ ควรครอบคลุมผู้ป่วยที่มารักษาและญาติ	4.23	0.57	สูง
2) กำหนดขอบเขตการให้บริการแก่ผู้ให้บริการด้วย ความเท่าเทียมกัน	4.16	0.57	สูง
3) พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับการ บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ	4.14	0.55	สูง
การพัฒนากระบวนการ	4.13	0.45	สูง
1) สนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการ การดูแลผู้ป่วย	4.39	0.54	สูง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

กระบวนการวางแผนคุณภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
2) มีการรวบรวม ปัญหา อุบัติการณ์ และความเสี่ยง ที่มาปรับปรุงการปฏิบัติงานของบุคลากร	4.15	0.63	สูง
3) กำหนดแนวปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงและ ความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน	4.11	0.56	สูง
4) สามารถจัดระบบการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดคุณภาพ ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ	4.02	0.61	สูง
การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	4.09	0.47	สูง
1) มีการระบุเป้าหมายเพื่อให้ตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วย	4.20	0.58	สูง
2) มีการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงาน ของหอผู้ป่วย	4.16	0.57	สูง
3) มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของหอผู้ป่วย ก่อนการวางแผน	3.99	0.57	สูง
4) การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลให้เกิดขึ้นได้จริง และประเมินผลได้	3.98	0.55	สูง
การพัฒนาผลิตภัณฑ์	4.03	0.52	สูง
1) มีการตั้งทีมงานพยาบาลในการพัฒนาวิธีการ พยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น	4.12	0.58	สูง
2) กำหนดแนวทางแก้ไขตามระดับความรุนแรงของ ปัญหาได้อย่างเหมาะสม	4.10	0.60	สูง
3) สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ความต้องการของผู้ใช้บริการ	4.07	0.58	สูง
4) พัฒนานวัตกรรมที่ส่งเสริมการให้บริการพยาบาล เกิดผลลัพธ์ที่ดี	3.84	0.58	สูง

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

กระบวนการวางแผนคุณภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
การพัฒนากระบวนการในการควบคุม/การนำไปสู่การปฏิบัติ	3.88	0.52	สูง
1) ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกำหนดวิธีการตรวจสอบและประเมินผลแผนงานของหน่วยงาน	3.96	0.58	สูง
2) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนงานของหน่วยงานเสมอ	3.87	0.65	สูง
3) มีการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ใช้บริการก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	3.87	0.63	สูง
4) มีการกำหนดระบบนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ	3.79	0.68	สูง
โดยรวม	4.09	0.39	สูง

จากตารางที่ 4.3 พบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ด้านกระบวนการวางแผนคุณภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อของแต่ละด้าน พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดย 1) การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ ข้อการสนับสนุนการรวบรวมอุบัติเหตุและเหตุการณ์สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพบริการการพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.35$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการการพยาบาล ($\bar{X} = 4.17$) 2) การระบุตัวผู้ให้บริการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องการพยาบาลควรครอบคลุมผู้ป่วยที่มารักษาและญาติ ($\bar{X} = 4.23$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ผู้ให้บริการได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ($\bar{X} = 4.14$) 3) การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องมีการระบุเป้าหมายเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.20$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องมีการกำหนดเป้าหมายการพยาบาลให้เกิดขึ้นได้จริงและประเมินผลได้ ($\bar{X} = 3.98$) 4) การพัฒนาผลิตผล มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องการตั้งทีมงานพยาบาลในการพัฒนาวิธีการพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น ($\bar{X} = 4.12$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องการพัฒนา

นวัตกรรมที่ส่งเสริมการให้บริการพยาบาล ($\bar{X} = 3.84$) 5) การพัฒนากระบวนการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องการสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.39$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องการมอบหมายงานตรงตามความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.95$) และ 6) การพัฒนากระบวนการในการควบคุม/ การนำไปสู่การปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องกำหนดวิธีการตรวจสอบและประเมินผลแผนงานของหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.96$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องการกำหนดระบบนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 3.79$)

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวง สาธารณสุข เขต 6 และ 7 ด้านกระบวนการควบคุมคุณภาพ จำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

กระบวนการควบคุมคุณภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
การตรวจวัดผลลัพธ์ที่ปฏิบัติจริง	4.07	0.44	สูง
1) จัดให้มีการตรวจความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนการปฏิบัติงานทุกเวร	4.16	0.61	สูง
2) กระตุ้นให้มีความพร้อมในการได้รับการเยี่ยมประเมินจากคณะกรรมการต่าง ๆ	4.11	0.62	สูง
3) มีการประเมินความถูกต้องในการปฏิบัติงาน	4.10	0.62	สูง
4) มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ	3.90	0.61	สูง
การปรับปรุงการดำเนินงาน	4.05	0.49	สูง
1) สนับสนุนให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	4.16	0.56	สูง
2) นำกิจกรรมที่มีปัญหาปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้น	4.08	0.59	สูง
3) เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพเสนอผลการผลัดพิจารณาพยาบาลที่ดี เป็นประโยชน์และมีคุณภาพ	4.06	0.56	สูง
4) มีการทบทวนหน่วยงานว่าบรรลุหรือไม่บรรลุเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ	3.91	0.62	สูง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

กระบวนการควบคุมคุณภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
การเปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐาน	3.99	0.49	สูง
1) มีการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น	4.04	0.60	สูง
2) มีการกำหนดทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามลำดับความสำคัญของปัญหา	4.02	0.64	สูง
3) มีการประชุมร่วมกับท่านเพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้จากการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนด	3.97	0.60	สูง
4) มีการใช้เครื่องมือประเมินผลการปฏิบัติงานมาประกอบการประเมิน	3.95	0.63	สูง
รวม	4.04	0.44	สูง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ด้านกระบวนการควบคุมคุณภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อของแต่ละด้าน พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดย 1) การตรวจวัดผลลัพธ์ที่ปฏิบัติจริงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องการตรวจความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ก่อนการปฏิบัติงานทุกเวร ($\bar{X} = 4.16$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐาน ($\bar{X} = 3.90$) 2) การปรับปรุงการดำเนินงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องมีการสนับสนุนให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.16$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องการทบทวนหน่วยงานว่าบรรลุหรือไม่บรรลุเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 3.91$) และ 3) การเปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น ($\bar{X} = 4.04$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องการใช้เครื่องมือประเมินผลการปฏิบัติงานมาประกอบการประเมิน ($\bar{X} = 3.95$)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ
หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวง
สาธารณสุขเขต 6 และ 7 ด้านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ จำแนกเป็นรายชื่อ
รายด้านและโดยรวม

กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
การกำหนดโครงสร้างภายใน	4.13	0.44	สูง
1) สนับสนุนให้มีการทำงานร่วมกัน และจัดทีม คุณภาพในหน่วยงาน	4.39	0.55	สูง
2) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานไว้ ชัดเจน	4.21	0.58	สูง
3) สนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมประชุมกับทีมอื่นทุกครั้ง	4.03	0.63	สูง
4) ขอมรับในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานเมื่อต้อง ตัดสินใจร่วมกัน	3.88	0.65	สูง
การกำหนดแผนงานโครงการ	4.04	0.49	สูง
1) สนับสนุนให้ท่านนำความรู้และพัฒนาทักษะใน การแก้ปัญหาาร่วมกัน	4.10	0.54	สูง
2) ให้ความสำคัญของปัญหาโดยดูจากความถี่ ความ รุนแรงและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา	4.06	0.58	สูง
3) เปิดโอกาสให้ท่านร่วมตัดสินใจร่วมเลือกปัญหา แล้วแก้ไขร่วมกัน	4.05	0.60	สูง
4) สามารถแก้ปัญหาที่มีผลต่อการทำงานของ หน่วยงาน	3.96	0.64	สูง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
การสร้างทีมงาน	4.03	0.47	สูง
1) จัดตั้งทีมงานเพื่อทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในงาน เสมอ	4.10	0.60	สูง
2) เปิดโอกาสให้ทีมงานต่าง ๆ นำเสนองานเสมอ	4.04	0.60	สูง
3) สามารถประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่น โดยไม่เกิดความขัดแย้ง	3.99	0.64	สูง
4) มีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อติดตามผลสำเร็จ ของงานเสมอ	3.99	0.60	สูง
การค้นหาคำความต้องการ	4.02	0.53	สูง
1) กำเนิดถึงความเสี่ยงรุนแรงและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงาน	4.14	0.61	สูง
2) ให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา และทำให้ ถูกต้องเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	4.11	0.60	สูง
3) ศึกษาและวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย สิ่งคุกคามการ ทำงานและสิ่งที่เป็น โอกาสในการพัฒนา	3.81	0.65	สูง
การสนับสนุนทรัพยากร การฝึกอบรม และแรงจูงใจ	3.99	0.47	สูง
1) สนับสนุนการศึกษา อบรมทั้งภายในและภายนอก โรงพยาบาล	4.14	0.64	สูง
2) จัดให้มีแหล่งค้นคว้าหาความรู้	4.12	0.60	สูง
3) สนับสนุนจัดหาสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินการ ทำให้งานบรรลุผลสำเร็จ	4.10	0.55	สูง
4) สนับสนุนให้มีการประกวดและจัดให้มีระบบ การให้รางวัลเมื่อผลการพัฒนาบรรลุเป้าหมาย	3.63	0.81	สูง

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
การรักษาระดับมาตรฐาน	3.99	0.53	สูง
1) ส่งเสริมให้มีการทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติงาน เพื่อรักษาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานเสมอ	4.03	0.59	สูง
2) สนับสนุนให้นำความรู้และเทคโนโลยีใหม่มา ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี	4.02	0.58	สูง
3) มีการพัฒนาระดับเป้าหมายตัวชี้วัดให้เหมาะสม กว่าเดิมเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4.00	0.60	สูง
4) สนับสนุนให้มีการนำผลงานคุณภาพเผยแพร่ให้ เกิดประโยชน์กับหน่วยงานอื่นเสมอ	3.91	0.68	สูง
รวม	4.04	0.41	สูง

จากตารางที่ 4.5 พบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ด้านกระบวนการ
ปรับปรุงคุณภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อของแต่ละด้าน พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง
ทุกข้อ โดย 1) การกำหนดโครงสร้างภายใน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องมีการสนับสนุน
สนับสนุนให้มีการทำงานร่วมกันและจัดทีมคุณภาพในหน่วยงาน ($\bar{X} = 4.39$) มีค่าคะแนนเฉลี่ย
ต่ำสุดในเรื่องการยอมรับในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานเมื่อต้องตัดสินใจร่วมกัน ($\bar{X} = 3.88$)
2) การกำหนดแผนงานโครงการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องมีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพ
นำความรู้และพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ($\bar{X} = 4.10$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่อง
หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่มีผลต่อการทำงานของหน่วยงานเสมอ ($\bar{X} = 3.96$) 3) การ
สร้างทีมงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องมีการจัดตั้งทีมงานเพื่อทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพใน
งานเสมอ ($\bar{X} = 4.10$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องมีสามารถประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่น
โดยไม่เกิดความขัดแย้ง ($\bar{X} = 3.99$) 4) การค้นหาความต้องการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่อง

การนำความเชี่ยวชาญและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานนำมาเป็นหัวข้อในการปรับปรุงพัฒนา ($\bar{X} = 4.14$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องมีการศึกษาและวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย สิ่งคุกคามการทำงานและสิ่งที่เป็นโอกาสในการพัฒนา ($\bar{X} = 3.81$) 5) การสนับสนุนทรัพยากร การฝึกอบรมและแรงจูงใจ การสร้างทีมงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องมีการสนับสนุนการศึกษา อบรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ($\bar{X} = 4.14$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องมีการสนับสนุนให้มีการประกวดและจัดให้มีระบบการให้รางวัลเมื่อผลการพัฒนาบรรลุเป้าหมาย เช่น รางวัล 5 ส ดีเด่น ($\bar{X} = 3.63$) และ 6) การรักษาระดับมาตรฐาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องมีการส่งเสริมให้มีการทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อรักษาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานเสมอ ($\bar{X} = 4.03$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องมีการสนับสนุนให้มีการนำผลงานคุณภาพเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์กับหน่วยงานอื่นเสมอ ($\bar{X} = 3.91$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนประสิทธิผลของทีมพยาบาล

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

ประสิทธิผลทีมการพยาบาล	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
1. ความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน	4.19	0.38	สูง
2. การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	4.18	0.39	สูง
3. การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	4.13	0.38	สูง
รวม	4.17	0.38	สูง

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.17$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยมีด้านความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.19$) รองลงมาคือ ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 4.18$) และด้านการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ($\bar{X} = 4.13$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับระดับประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7
ด้านความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
1) ในรอบปีที่ผ่านมาท่านไม่ลาจิจ ลาป่วย หรือหยุด โดยไม่จำเป็น	4.48	0.60	สูง
2) ท่านสามารถปฏิบัติงานโดยไม่มีความขัดแย้งใน ทีมงาน	4.23	0.54	สูง
3) ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการ พยาบาลในหน่วยงาน	4.21	0.54	สูง
4) ท่านได้รับความช่วยเหลือและร่วมมือเสมอในการ ปฏิบัติงานจากผู้ร่วมงานเมื่อทำงานร่วมกัน	4.14	0.51	สูง
5) ท่านเต็มใจและพึงพอใจในงานพัฒนาคุณภาพที่ ได้รับมอบหมาย	4.13	0.54	สูง
6) ท่านรู้สึกพอใจในมิตรภาพที่ดีต่อทีมงานที่ท่าน ปฏิบัติงานอยู่ปัจจุบัน	4.10	0.58	สูง
7) ท่านมีส่วนร่วมเสนอแนะความคิดเห็นที่เป็น ประโยชน์กับการปฏิบัติงานเสมอ	4.04	0.55	สูง
รวม	4.19	0.38	สูง

จากตารางที่ 4.7 ประสิทธิภาพของทีมงานพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และ
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ด้านความพึงพอใจในงานของ
ผู้ปฏิบัติงาน เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยค่าคะแนน
เฉลี่ยสูงสุดในเรื่องในรอบปีที่ผ่านมา พยาบาลวิชาชีพไม่ลาจิจ ลาป่วยหรือหยุดโดยไม่จำเป็น

($\bar{X} = 4.48$) รองลงมาคือ เรื่องที่พยาบาลวิชาชีพในทีมการพยาบาลสามารถปฏิบัติงานโดยไม่มีความขัดแย้งในทีมงาน ($\bar{X} = 4.23$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในเรื่องพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมเสนอแนะความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์กับการปฏิบัติงานเสมอ ($\bar{X} = 4.04$)

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7
ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จำแนกเป็นรายชื่อ

การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
1) ใช้อุปกรณ์ตามลำดับการหมดอายุหรือใช้ระบบ first in first out	4.39	0.58	สูง
2) มีการปฏิบัติการพยาบาลตามลำดับความสำคัญ และความเร่งด่วนตามปัญหาของผู้ป่วย	4.26	0.57	สูง
3) สามารถใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีจำนวนจำกัดและราคา สูง ร่วมกันหน่วยงานอื่นได้	4.23	0.61	สูง
4) ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายเสร็จตามเวลา	4.22	0.59	สูง
5) สามารถใช้ เครื่องมือ เครื่องใช้ได้อย่างถูกต้อง	4.21	0.55	สูง
6) ใช้วัสดุการแพทย์ในการปฏิบัติงาน โดยไม่ สิ้นเปลืองและสูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์	4.20	0.54	สูง
7) มีการตรวจสอบความพร้อมเครื่องมือเครื่องใช้ อย่างสม่ำเสมอ	4.16	0.56	สูง
8) สามารถปฏิบัติงานทดแทนในหน้าที่อื่นในทีม การพยาบาลได้กรณีขาดอัตรากำลังหมุนเวียน	4.14	0.58	สูง
9) มีการใช้เทคโนโลยีเพื่อประกอบการปฏิบัติการ พยาบาลอย่างเหมาะสม	4.00	0.59	สูง
10) มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการดูแลรักษา เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ	3.94	0.63	สูง
รวม	4.18	0.39	สูง

จากตารางที่ 4.8 พบว่า ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ พยาบาลวิชาชีพใช้อุปกรณ์ตามลำดับการหมดอายุหรือใช้ระบบ first in first out ($\bar{X} = 4.39$) รองลงมาคือ เรื่องพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพยาบาลตามลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนตามปัญหาของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.26$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ในเรื่องพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ($\bar{X} = 3.94$) และเรื่องการใช้เทคโนโลยีเพื่อประกอบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม ($\bar{X} = 4.00$)

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล
โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7
ด้านการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย จำแนกเป็นรายชื่อ

การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (s)	ระดับ
1) เพื่อระงับการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ ต่าง ๆ จากการให้บริการพยาบาลอย่างเคร่งครัด	4.31	0.57	สูง
2) ให้บริการการพยาบาลของท่านช่วยให้ผู้ป่วยพ้น จากภาวะวิกฤตได้อย่างทันที่	4.23	0.58	สูง
3) ให้การบริการพยาบาลของท่านสามารถลด ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงจากการพยาบาลได้	4.16	0.53	สูง
4) ให้คำแนะนำของท่านช่วยให้ผู้ป่วย และญาติ สามารถดูแลตนเอง	4.16	0.53	สูง
5) ผลการปฏิบัติการพยาบาลของท่านเป็นไปตาม มาตรฐานวิชาชีพและแนวปฏิบัติของหน่วยงาน	4.11	0.51	สูง
6) ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพบรรลุ เป้าหมายที่กำหนดโดยไม่มีข้อร้องเรียน	4.11	0.56	สูง
7) ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงอย่าง สม่ำเสมอ	4.03	0.56	สูง
8) ผลการปฏิบัติการพยาบาลของบรรลุตามตัวชี้วัดที่ กำหนด	3.94	0.54	สูง
รวม	4.13	0.38	สูง

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ด้านการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ เรื่อง พยาบาลวิชาชีพในทีมการพยาบาลมีเป้าหมายการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่างๆ จากการให้บริการพยาบาลอย่างเคร่งครัด ($\bar{X} = 4.31$) รองลงมา คือ เรื่องการให้บริการการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตอย่างทันท่วงที ($\bar{X} = 4.23$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในเรื่องผลการปฏิบัติการพยาบาลบรรลุตามตัวชี้วัดที่กำหนด ($\bar{X} = 3.94$) และเรื่องพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 4.03$)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ
หัวหน้าหอผู้ป่วยกับ ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และ
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

ตารางที่ 4.10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ
หัวหน้าหอผู้ป่วยกับ ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และ
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7
จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

การบริหารคุณภาพทั่วทั้ง องค์กร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
1. กระบวนการวางแผนคุณภาพ	0.555	< 0.001**	ปานกลาง
2. กระบวนการควบคุมคุณภาพ	0.504	< 0.001**	ปานกลาง
3. กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ	0.510	< 0.001**	ปานกลาง
รวม	0.564	< 0.001**	ปานกลาง

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.10 พบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 มีความสัมพันธ์
ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.01 ทั้งโดยรวม ($r_s = 0.564$) และรายด้าน (r_s อยู่ระหว่าง 0.504 - 0.555)

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ประสิทธิภาพของทีมงานพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับประสิทธิภาพของทีมงานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 โดยมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 ศึกษาการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

1.1.2 ศึกษาประสิทธิภาพของทีมงานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

1.1.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิภาพของทีมงานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วย ตา หูคอ จมูก หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน งานห้องผ่าตัด (ยกเว้นหน่วยงานวิสัญญี หน่วยไตเทียม งานป้องกันการติดเชื้อ และทีมงานพยาบาลที่มีจำนวนจำกัด) จากโรงพยาบาล 11 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพจำนวนทั้งสิ้น 3,193 คน

1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วย ตา หูคอ จมูก หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน งานห้องผ่าตัด โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเกาะกลุ่ม สุ่ม 2 ชั้น (Two stage - cluster sampling) จากการคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่าง ได้พยาบาลวิชาชีพตัวอย่าง จำนวน 374 คน เนื่องจากวิธีการเลือกตัวอย่างมีข้อจำกัดเรื่องการเก็บข้อมูล จึงทำการเลือกที่ทำการพยาบาลตัวอย่างและเก็บตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทุกคนในทีมการพยาบาลได้ ตัวอย่างที่สุ่มจริง จำนวน 395 คน

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด มีทั้งหมด 3 ตอน ดังนี้

1) ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกที่ปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จำนวน 7 ข้อ

2) ตอนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยสรุปสาระสำคัญจากกรอบแนวคิดของจูแรน (Juran 1989 and 1992) เพื่อนำมาเขียนคำจำกัดความ และสร้างข้อคำถามให้สอดคล้องและครอบคลุมคำจำกัดความ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ด้าน คือ กระบวนการวางแผนคุณภาพ และกระบวนการควบคุมคุณภาพ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 59 ข้อ

3) ตอนที่ 3 แบบสอบถามประสิทธิผลของทีมการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยสรุปสาระสำคัญจากกรอบแนวคิดของโรบบินส์ (Robbins 2001) มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ

1.2.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำแบบสอบถามพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือการวิจัยและนำแบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปร (IOC) โดยพิจารณาข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 ถือว่าใช้ได้ ข้อคำถามบางส่วนมีการปรับปรุง แก้ไขและ

เพิ่มเติมแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และผ่านการเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้รับการคุ้มครองเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 39 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 และประสิทธิผลของทีมการพยาบาลได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

1.2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลและผู้รับผิดชอบประสานงานการทำวิจัยของกลุ่มงานการพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งและรับคืนแบบสอบถามจากแต่ละโรงพยาบาลด้วยตนเอง และทางไปรษณีย์ด่วน (EMS) โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 กรกฎาคม – 2 สิงหาคม 2552 รวมระยะเวลา 23 วัน จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 395 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 385 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.47 ของจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด

1.2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐานโดยค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

1.3 ผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.3.1 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 จำนวน 385 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.7) มีอายุระหว่าง 30-39 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 50.1) โดยมีอายุต่ำสุด 24 ปี และอายุสูงสุด 58 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 57.6) และสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80.0) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพมาแล้ว 10-19 ปี (ร้อยละ 44.4) โดยมีประสบการณ์ในการทำงานต่ำสุด 2 ปี และสูงสุด 38 ปี โดยปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมากที่สุด (ร้อยละ 18.2) และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (ร้อยละ 60.3)

1.3.2 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง

($\bar{X} = 4.06$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของการบริหารทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกด้านอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการวางแผนคุณภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.09$) รองลงมาคือ ด้านกระบวนการควบคุมคุณภาพ ($\bar{X} = 4.04$) และด้านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ ($\bar{X} = 4.04$) ตามลำดับ

1.3.3 ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.17$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยมีด้านความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.19$) รองลงมาคือ ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 4.18$) และด้านการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ($\bar{X} = 4.13$) ตามลำดับ

1.3.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 พบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล ($r_s = 0.564$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.01$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกระบวนการวางแผนคุณภาพ ด้านกระบวนการควบคุมคุณภาพ และด้านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับประสิทธิผลทีมการพยาบาล ($r_s = 0.555, 0.504$ และ 0.510) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.01$)

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าวมีประเด็นที่ผู้วิจัยนำมาอภิปรายดังนี้

2.1 ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.17$) (ดังตารางที่ 4.6) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงทุกด้าน สามารถอธิบายได้ว่า ผลลัพธ์โดยรวมที่เกิดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลในตำแหน่งต่าง ๆ ร่วมกันเป็นทีมการพยาบาลบรรลุผลตามเป้าหมายที่ต้องการอย่างมากทั้งในด้านการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในทีมงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของวาริ พูลทรัพย์ (2544) ดวงจันทร์ บัวคลี่ (2545) จินตนา วราภาสกุล (2545) และราตรี วงษ์ศิษฐ์ (2547) ซึ่งต่างพบว่า ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

(\bar{X} อยู่ระหว่าง 3.90 - 3.96) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต้องรับนโยบายหลักประกันคุณภาพและเร่งรัดปรับปรุงคุณภาพบริการการรักษาพยาบาลให้มีมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ ภายในปี พ.ศ.2549 (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 9 2545-2549) ดังนั้นทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลรวมทั้งทีมการพยาบาลซึ่งมีบุคลากรมากที่สุด ต้องดำเนินการในการพัฒนาคุณภาพให้มีประสิทธิผลที่สูงขึ้นเพื่อให้นโยบายโรงพยาบาลบรรลุเป้าหมาย และเป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี พ.ศ.2549 (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2549) นอกจากนี้สภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานบริการพยาบาลและเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล (กองการพยาบาล 2549) และกำหนดให้ทีมการพยาบาลต้องได้รับการประเมินคุณภาพการพยาบาล ทุกแห่ง อีกทั้งความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ประชาชนมีการศึกษาและมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น มีความคาดหวังต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในระดับสูง ทีมการพยาบาลเป็นองค์กรหนึ่งที่มีความสำคัญในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนมากที่สุด (ทัศนบุญทอง และอุดม สุภาไตร 2533: 19) ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายส่วนหนึ่งมาจากประสิทธิผลของทีมการพยาบาลนั่นเอง (กุลยา ตันติผลาชีวะ 2539: 24) เหตุผลดังกล่าวข้างต้นทำให้ทีมการพยาบาลต้องพัฒนาคุณภาพและสร้างสรรค์การปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิผลและสอดคล้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.19$) (ดังตารางที่ 4.7) เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพเพื่อที่จะได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพนั้น ประเด็นที่เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ การปฏิบัติการพยาบาลนั้นจะต้องทำงานเป็นทีม และมีความร่วมมือในการปฏิบัติงาน ซึ่งในสภาวะของการพัฒนาเพื่อคุณภาพนั้นทุกทีมการพยาบาลต้องแสดงศักยภาพในการปฏิบัติงานเพื่อให้หน่วยงานของตนผ่านการรับรองคุณภาพ ทีมการพยาบาลต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และตัวชี้วัด เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาลซึ่งกำหนดนโยบายการมีส่วนร่วมของพยาบาลทุกคน ทำให้มีการวางแผนร่วมกันในทีมงานและมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย โครงการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเมื่อผู้ปฏิบัติงานเข้าใจแผนงาน และมีส่วนร่วมในโครงการต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าที่เป็นสมาชิกในทีมงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันทางสังคมทำให้สมาชิกทำงานร่วมกัน ประสานงานกัน พร้อมใจและพึงพอใจในการทำงานร่วมกันเพื่อความสำเร็จของทีมงานดังข้อมูลสนับสนุนจากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานโดยไม่ขาดงาน ไม่ลาพัก หรือลาป่วยโดยไม่จำเป็น ปฏิบัติงานโดยไม่มีความขัดแย้งในทีมงาน การที่ทุกคนต่าง

แสดงความคิดเห็น ได้ตอบ และลงมติร่วมกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ ฌ็อง-ฌัก กูแซง (2546: 23-25) ที่กล่าวไว้ว่าลักษณะทีมที่มีประสิทธิผลการสนับสนุนให้ทุกคนต่างแสดงความคิดเห็น ได้ตอบ และลงมติร่วมกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีที่สุดสำหรับแก้ปัญหา และการปฏิบัติงาน โดยไม่สร้างความกดดัน หรือบังคับให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งจำใจต้องยอมรับ ในเสียงส่วนใหญ่อย่างไม่เต็มใจ เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมายโดยสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วม ตลอดจนช่วยให้สมาชิกมีความเข้าใจที่ดีต่อกัน และไม่มีอคติต่อกลุ่ม

ส่วนด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับสูงรองลงมา และมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.18$) (ดังตารางที่ 4.8) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาลนั้น เน้นที่ประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการให้บริการ (กองการพยาบาล 2549) พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่สามารถควบคุมได้ มีการใช้ระบบ first in first out ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในวัสดุและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ สามารถให้โรงพยาบาลได้ตามปัญหาเร่งด่วน มีการใช้อุปกรณ์ที่มีราคาสูงร่วมกันในระหว่างหน่วยงาน และจัดให้มีการทำคู่มือและระบบการดูแลเครื่องมือเพื่อให้พร้อมใช้และมีคุณภาพที่ดี โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต้องคำนึงถึงการใช้อุปกรณ์ที่ราคาแพงได้อย่างคุ้มค่าจึงได้จัดทำศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อสามารถหมุนเวียนใช้เครื่องมือได้ทั่วถึงและลดต้นทุนในการจัดซื้อ การเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคมในปัจจุบันสร้างความตระหนักถึงความเหมาะสมความพอเพียง เรื่องการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ มีการควบคุมค่าใช้จ่าย มีการวิเคราะห์ต้นทุน ปรับปรุงให้การบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โรงพยาบาลจึงต้องวางระบบการจ่ายให้เหมาะสมคุ้มค่า การรักษามุ่งการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาตามนโยบายการเสริมสร้างสุขภาพบุคลากรในทีมการพยาบาลมีความต้องการใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดและคุ้มค่า มีความรู้ในการดูแลรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ 2543: 8) นอกจากนี้ ทศนา บุญทอง (2543) กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในงานที่ปฏิบัติ จะต้องมีการตัดสินใจที่รวดเร็วเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีอาการทุเลาตามเวลาที่เหมาะสม เป็น การลดระยะวันนอน และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับแนวคิดของมอร์เฮดและกิฟฟิน (Moorhead and Giffin 1998: 328) ซึ่งกล่าวไว้ว่า การบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การใช้ต้นทุนการผลิตสินค้าหรือบริการต่ำ สามารถสนองความต้องการได้อย่างดี

ประสิทธิผลของทีมการพยาบาลในด้านการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($\bar{X} = 4.13$) (ดังตารางที่ 4.9) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพตระหนักและมีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่าง ๆ จากการใช้บริการพยาบาล

อย่างเคร่งครัด ให้บริการการพยาบาลให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตอย่างทันที่ซึ่งที่ สามารถลด ภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงจากการพยาบาลได้ จากนโยบายประกันคุณภาพการพยาบาลสภาการ พยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานบริการพยาบาล และเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล (สถาบันพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2549) และกำหนดให้ที่ทำการพยาบาลต้องได้รับการประเมินคุณภาพการ พยาบาลทุกแห่ง โดยคำนึงถึงการให้บริการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน การเร่งรัดของสถาบันและพัฒนา คุณภาพของโรงพยาบาลที่ต้องการให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของ โรงพยาบาล รวมทั้งกำหนดวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อให้สามารถบริการแก่ผู้ใช้บริการ อย่างมีคุณภาพ

2.2 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขต 6 และ 7 พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ใน ระดับสูง ($\bar{X} = 4.06$) (ดังตารางที่ 4.2) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทุกด้านอธิบายได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้กระบวนการวางแผนคุณภาพ กระบวนการควบคุมคุณภาพ และกระบวนการปรับปรุงคุณภาพในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ดวงจันทร์ บัวคี่ (2545) ฉญาธร ปรานมนตรี (2547) ราตรี วงษ์ศิษฐ์ (2547) และกุลธัญนาท ผ่องแผ้ว (2549) ซึ่งต่าง ศึกษาความสามารถในการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (\bar{X} อยู่ในช่วง 3.79-4.02) ทั้งนี้เนื่องจากการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเป็นวิธีการบริหารจัดการ องค์กรสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งยึดเอาความต้องการของลูกค้าและคุณภาพเป็นศูนย์กลางในทุกกิจกรรม ที่ดำเนินการ โดยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมปรับปรุงกระบวนการและสภาพแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง (วิฑูรย์ สิมะโชคดี 2550: 93) และขณะนี้ทุกโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการ ดำเนินการเพื่อเข้าสู่ระบบของการได้รับการรับรองคุณภาพ โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล ซึ่งได้นำแนวคิดการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเป็นแนวคิดในการดำเนินงานพัฒนา คุณภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2543: 3) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้น จึงต้องรับ นโยบายการบริหารคุณภาพคุณภาพทั่วทั้งองค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพสูงขึ้น โดย มีการประกันคุณภาพการพยาบาลเพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ และมุ่งควบคุมกระบวนการเพื่อให้เป็น มาตรฐานที่กำหนด (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ 2542: 55)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ด้านกระบวนการ วางแผนคุณภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.09$) (ดังตารางที่ 4.3) อธิบายได้ว่า ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้นจำเป็นที่หัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นมีการ วางแผนงานที่ชัดเจนตามนโยบายของโรงพยาบาลที่กำหนดและวางแผนให้สอดคล้องกับแผนงานของ

โรงพยาบาลที่มุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพ มีการค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยสนับสนุนการรวบรวมอุบัติการณ์ต่าง ๆ จัดให้มีช่องทางการรับรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการ ระบุตัวผู้ให้บริการ กำหนดขอบเขตการให้บริการที่ชัดเจน และมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มีการพัฒนาผลผลิตเพื่อให้ได้ผลลัพธ์การบริการที่ดี ตลอดจนจัดระบบการพัฒนาและควบคุมการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการนิเทศอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การวางแผนเป็นการตั้งเป้าหมายของการทำงานที่เน้นคน และกำหนดรายละเอียดของ โครงการหรือวิธีการไว้ล่วงหน้า การวางแผนเป็นการใช้ความรู้ความสามารถ กำหนดสิ่งที่ปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลที่ต้องการ ดังนั้นผู้บริหารทุกระดับต้องสามารถวางแผนที่ดี คือวางแผนได้อย่างชัดเจน สามารถวัดได้ มีการวางแผนร่วมกัน มีความเป็นไปได้ และมีสามารถทำได้ เสร็จตามเวลาที่กำหนด (Juran 1992: 3.2) ดังนั้นเพื่อให้หอผู้ป่วยสามารถบริการการพยาบาลแก่ ผู้ใช้บริการอย่างมีคุณภาพ สามารถผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน โรงพยาบาลได้ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญในการวางแผนคุณภาพอย่างสูง

เมื่อพิจารณารายชื่อของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านกระบวนการวางแผนคุณภาพค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ การกำหนดระบบนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 3.79$) ในเรื่องการพัฒนากระบวนการในการ ควบคุมการนำไปสู่การปฏิบัติ สะท้อนให้เห็นว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่ของการนิเทศ และประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนงานของหน่วยงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางแผนไว้ (กองการ พยาบาล 2539: 31) ต้องมีการควบคุมและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดและเกิด การสูญเสีย ทั้งนี้ควรระบุสิ่งที่ต้องควบคุม โดยประเมินผลการปฏิบัติงานกับเป้าหมายให้ทราบ รายละเอียดของกระบวนการและวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตามแนวคิดของจูแรน (Juran 1994: 3.35) ความสำเร็จของการนิเทศ คือ ความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการวางแผนการ นิเทศซึ่งอาจทำเป็นรายเดือน รายปี รายสัปดาห์ และรายวัน แต่มักไม่นำมาปฏิบัติเนื่องจากภาระหน้าที่ ต้องรับผิดชอบหลายบทบาท ตลอดจนเป็นกรรมการในทีมสุขภาพ มีการประสานงานนอกหน่วยงาน นอกจากนี้ยังขาดการมอบหมายงานให้กับบุคลากรในระดับชำนาญการเพื่อนิเทศเจ้าหน้าที่ระดับรอง

ส่วนในด้านกระบวนการควบคุมคุณภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยรองลงมา ($\bar{X} = 4.04$) (ดังตารางที่ 4.4) อธิบายได้ว่า การที่หอผู้ป่วยต้องการได้รับการรับรองคุณภาพและมาตรฐานและ หัวหน้าหอผู้ป่วยได้มีการวางแผนแล้วจำเป็นต้องมีการควบคุมกิจกรรมให้ดำเนินการไปตามแผน โดยที่การควบคุมและการวางแผนนั้นเป็นเสมือนเหรียญเดียวกันแต่คนละด้าน การที่จะปฏิบัติงานให้ บรรลุเป้าหมายก็ต้องมีการควบคุมกำกับตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ (ธงชัย สันติวงษ์ 2540) เมื่อทีม การพยาบาลได้นำแนวการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้การประกันคุณภาพการพยาบาลตามแนวทางของ องค์กรที่เป็นผู้รับรองคุณภาพ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยมีการ

ควบคุมการให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ดังนั้นเป็นหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต้องมีการประเมินและควบคุมคุณภาพให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ โดยนำวงจรการบริหารคุณภาพ (Plan Do Check Action) มาใช้ในกระบวนการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม 2539: 15) โดยเฉพาะการนำมาใช้ในกระบวนการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการตรวจและติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อป้องกันข้อบกพร่องหรือความเสี่ยง รวมทั้งวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานของพยาบาล เปรียบเทียบเป้าหมายที่กำหนด และปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ซึ่งเป็นหลักการทำงานของ การประกันคุณภาพการพยาบาล และสอดคล้องกับแนวคิดของจูแรน (Juran 1964: 181-182) ซึ่งให้ความสำคัญของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย ต้องมีการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด 3 ประการ (Juran trilogy) เพื่อให้สามารถบริหารคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถลดปัญหาเรื้อรัง ลดการทำงานซ้ำซ้อน และลดต้นทุนได้อย่างต่อเนื่อง ดังความสัมพันธ์ของกราฟแสดงกระบวนการบริหารคุณภาพ โดยใช้กระบวนการทั้ง 3 ด้าน (Juran trilogy)

เมื่อพิจารณารายชื่อของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านกระบวนการควบคุมคุณภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ การนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐาน ($\bar{X} = 3.90$) ในเรื่องการตรวจวัดผลลัพธ์ที่ปฏิบัติจริง อธิบายได้ว่า การที่จะบรรลุเป้าหมายและผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพให้เป็นไปตามมาตรฐานเพราะเป็นสิ่งที่สามารถวัดผลได้และแสดงถึงคุณภาพ กองการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์และประเมินคุณภาพตามเกณฑ์เหล่านั้น พบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขต 6 และ 7 ที่ผ่านการประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาลเพียง 1 แห่ง นอกจากนี้การมีภาระงานมากและการขาดอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพทำให้การติดตามการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพยังไม่สามารถทำได้เท่าที่ควร

ส่วนด้านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงซึ่งเท่ากับกระบวนการควบคุมคุณภาพ ($\bar{X} = 4.04$) (ดังตารางที่ 4.5) แสดงให้เห็นว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการกำหนดโครงสร้างภายในหอผู้ป่วยโดยการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน จัดให้มีทีมคุณภาพในหน่วยงาน สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและนำปัญหาต่าง ๆ มาพัฒนาคุณภาพ มีการค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยให้ความสำคัญในเรื่องการป้องกันความเสี่ยง การให้บริการพยาบาล โดยคำนึงถึงความปลอดภัย และร่วมกำหนดแผนงาน โครงการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายตามมาตรฐาน หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก สนับสนุนการศึกษาอบรม และสร้างแรงจูงใจในทีมการพยาบาลให้สามารถปรับปรุงแก้ไข

ผลการปฏิบัติต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานต้องมีการวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาเพื่อปรับเปลี่ยนและพัฒนา รักษาระดับมาตรฐานให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด กระบวนการควบคุมคุณภาพและกระบวนการ ปรับปรุงคุณภาพต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องกันและสัมพันธ์กัน เมื่อมีการตรวจวัดผลลัพธ์ที่ปฏิบัติและ ประเมินเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเกณฑ์มาตรฐานตามกระบวนการควบคุมคุณภาพ พบว่ายังไม่ บรรลุเป้าหมายจึงต้องนำมาพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ ทำให้กระบวนการควบคุมคุณภาพและ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพมีความสำคัญในระดับเดียวกัน จากผลการศึกษพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากัน ($\bar{X} = 4.04$) จุดมุ่งหมายของการปรับปรุงคุณภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการ ของผู้ใช้บริการ รวมทั้งสามารถแข่งขันกับองค์กรภายนอก (Juran 1994: 5.3) สอดคล้องกับ ข้อเสนอแนะของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2548: 136) ที่กล่าวว่า การปรับปรุงคุณภาพ คือ ความ พยายามที่จะทำให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ โดยรวมข้อมูลต่าง ๆ ในการทำงานและให้ทีมหรือสหสาขาช่วยกัน วิเคราะห์ระบบและวัดผลให้เปลี่ยนแปลงสู่เป้าหมายในการพัฒนาให้ดีขึ้นเสมอ จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมจึงอยู่ในระดับสูง และการใช้ กระบวนการทั้ง 3 ด้านของหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

เมื่อพิจารณารายชื่อของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ส่วนที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง คือ การสนับสนุนให้มีการประกวดและจัดให้มีระบบการให้รางวัลเมื่อผลการพัฒนาบรรลุเป้าหมาย ($\bar{X} = 3.63$) ในเรื่องการสนับสนุนทรัพยากร การฝึกอบรม และแรงจูงใจ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่ บริหารจัดการงานทั่วไป มีการจัดให้มีสิ่งที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน จากผลกระทบของระบบเศรษฐกิจ ทำให้ต้องมีการเคร่งครัดเรื่องงบประมาณ การให้รางวัลและการตอบแทน จึงมักเป็นตามระเบียบ ราชการ เช่น การพิจารณาขั้นพิเศษ การประกวดและการให้รางวัลจึงเป็นกลวิธีเฉพาะบุคคลในการ สร้างขวัญและกำลังใจ ซึ่งส่วนใหญ่หัวหน้าหอผู้ป่วยมักไม่จัดให้มีการประกวดเพราะอาจเกิดความ ขัดแย้งระหว่างบุคคล หรือขัดแย้งระหว่างทีมการพยาบาลได้ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ค่าคะแนน เฉลี่ยน้อยที่สุด

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับ ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 พบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 โดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับปานกลางกับประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถอธิบายได้ว่า การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมากก็จะทำให้ ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาลจะอยู่ในระดับมากด้วย สอดคล้องกับผลการวิจัยของดวงจันทร์

บัวคลี (2545) ราตรี วงษ์ดิษฐ์ (2547) และกุลญนาท ผ่องแผ้ว (2549) ที่พบว่า ความสามารถในการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพทำให้ทุกโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต้องสนองตอบนโยบายการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งการรับรองคุณภาพก็คือ บริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของโรงพยาบาล เป็นการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ (สิทธิศักดิ์ พฤษย์ปิติกุล และอนุวัฒน์ สุภษุติกุล 2543: 10) ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามนโยบายเพื่อให้สามารถผ่านการรับรองคุณภาพจึงต้องใช้การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องบริหารคุณภาพตามหลักการของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ได้แก่ 1) การมุ่งเน้นความสำคัญของผู้ใช้บริการ เป้าหมายด้านความพึงพอใจของลูกค้า ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้รับผลงาน (Customer focus) 2) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนในทีม (Total involvement) และ 3) การมุ่งเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Process improvement) (Ishikawa 1985; Deming 1989; Juran 1992; วิฑูรย์ สิมะโชคติ 2541) เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายและผ่านการรับรองคุณภาพ ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การทำงานโดยไม่มีข้อบกพร่อง ไม่มีความคาดเคลื่อน ดังนั้นจึงจำเป็นที่ผู้ให้บริการต้องทำการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคน (ฉวีรัฐพันธ์ เขจรนันท์ และคณะ 2545: 57)

3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยและความคิดเห็นบางประการเสนอแนะสำหรับเป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติ ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โดยรวม รายด้าน และรายข้ออยู่ในระดับสูง ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาเพื่อรักษาระดับหรือสนับสนุนทีมการพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถส่งผลให้ประสิทธิผลทีมการพยาบาลอยู่ในระดับสูงขึ้น

แต่เมื่อพิจารณาข้อ ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 ลำดับสุดท้าย คือ การปฏิบัติการพยาบาลบรรลุตามตัวชี้วัดที่กำหนด ($\bar{X} = 3.94$) รองลงมาคือ การใช้เทคโนโลยีเพื่อประกอบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม ($\bar{X} = 4.00$) และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานปฏิบัติตามมาตรฐาน

การป้องกันความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 4.03$) สะท้อนให้เห็นว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการปรับปรุง คือ

1) มีการศึกษาปัญหาการประเมินผลของการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามตัวชี้วัดมากหรือน้อยเพียงใด วิธีการดำเนินการคือ ศึกษาบริบทของแต่ละหน่วยงานหรือทีมแล้วจึงกำหนดตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับบริบทแต่ละทีม โดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมกับทีมในการพัฒนาตัวชี้วัดเหล่านั้นให้พัฒนาขึ้น

2) ส่งเสริมด้านการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ในการให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมมากขึ้น เช่น จัดทำงบประมาณเพื่อจัดซื้อคอมพิวเตอร์หรือเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลทุกปี จัดให้มีการสอนและนิเทศเชิงปฏิบัติการในการใช้เทคโนโลยีอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3) เสริมสร้างทัศนคติและสร้างแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันความเสี่ยง รวมทั้งออกแบบระบบการปฏิบัติงานให้ง่าย สะดวก และปลอดภัยแก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และจัดให้มีระบบพยาบาลที่เสี่ยงโดยใช้พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในทีมงานเพื่อให้สามารถสอนแก่ทีมงานด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานป้องกันความเสี่ยง

3.1.2 จากผลการวิจัยพบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาพบว่า ด้านการวางแผนคุณภาพในขั้นตอนการพัฒนากระบวนการในการควบคุมการนำไปสู่การปฏิบัติมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.88$) โดยเฉพาะข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การกำหนดระบบนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 3.79$) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยควรให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนากระบวนการในการควบคุมการนำไปสู่การปฏิบัติ และการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอมากขึ้นเพราะการนิเทศเป็นกระบวนการที่จะช่วยควบคุมงาน เป็นการปรับปรุงงานโดยการพัฒนาคนให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย

3.1.3 จากผลการวิจัยพบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลในระดับปานกลาง ($r_s = 0.564$) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยควรนำการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมาเป็นแนวการบริหารงานอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาประสิทธิผลของทีมการพยาบาล ตลอดจนจนสามารถบริหารคุณภาพทีมการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมาย

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง แสดงว่า ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของทีมงานการพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยเลือกศึกษาตัวแปรอื่นที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับประสิทธิผลของทีมงานการพยาบาล หรือศึกษาปัจจัยที่มีผลกับประสิทธิผลของทีมงานการพยาบาล

3.2.2 จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าผู้ป่วยด้านการวางแผนคุณภาพ โดยเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การกำหนดระบบนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X} = 3.79$) (ดังตารางที่ 4.3) ดังนั้นจึงควรมีการศึกษารูปแบบการนิเทศ และควบคุมงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมงานการพยาบาล หรือตัวแปรอื่นที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กัน

3.2.3 จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมงานการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

- 1) การศึกษาความสัมพันธ์การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของผู้บริหารพยาบาลระดับกลาง หรือผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงเนื่องจากผู้นำทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อการพัฒนาประสิทธิผลของทีมงานการพยาบาล และ
- 2) ศึกษาในโรงพยาบาลระดับอื่นหรือศึกษาในโรงพยาบาลเอกชน หรือศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลกับโรงพยาบาลเอกชน หรือศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพและยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพเนื่องจากมีบริบทแตกต่างกัน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข (2542) *การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค* (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 6)
 นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข
- กฤษดา แสงคี (2550) “สถานการณ์และแนวโน้มของการบริหารกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์”
 ใน *ประมวลสาระวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน้าที่ 5
 หน้า 6-14 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- กฤษฎ์ อุทัยรัตน์ (2543) “แม่ไม้คุณภาพเจาะ HA year 2000” กรุงเทพมหานคร ส เอเชียเพรส
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539) *บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ
 ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติพยาบาลในโรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร
 โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- _____ (2542) *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* กรุงเทพมหานคร
 โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- _____ (2544) *การประกันคุณภาพการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร
 โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2549) *มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน
 ปรับปรุงครั้งที่ 1* กรุงเทพมหานคร แอนด์มีเดีย
- กัลยา วานิชย์บัญชา (2549) *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* พิมพ์ครั้งที่ 3
 กรุงเทพมหานคร ธรรมสาร
- กิตติศักดิ์ พลอยพาณิชย์เจริญ (2538) “การเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ด้านคุณภาพ” *Journal for
 Quality* 1 (มีนาคม-เมษายน): 18
- กุลยา ดันดิผลาชีวะ (2539) *การบริหารหอผู้ป่วย* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
 โฟร์ไคเมนชั่น อี เอ็ม
- กุลญนาท ผ่องแผ้ว (2549) “ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้ง
 องค์การของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์กับประสิทธิผลของ
 หอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์ที่ได้รับการรับรอง
 คุณภาพ” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการ
 พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

- จินตนา วราภาสกุล (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของทีมงานพยาบาล ทักษะการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2539) “การบริหารคุณภาพทั้งองค์กรในโรงพยาบาล แนวคิดการนำไปปฏิบัติและความสำเร็จ” *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 40 (มีนาคม): 861-880
- _____ (2543) *ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ* นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ฉฎาธร ปรานมนตรี (2547) “ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์การของหัวหน้าหอผู้ป่วย ความสามารถในการทำงานของพยาบาลประจำการกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศูนย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ดวงจันทร์ บัวคลี่ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการทรัพยากรมนุษย์ของกลุ่มงานการพยาบาล ความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์การของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลทีมการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจิตเวช” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ (2546) *การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ* กรุงเทพมหานคร ซีเอ็ดยูเคชั่น
- _____ (2547) “การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน” ใน *การจัดการองค์การและทรัพยากรมนุษย์* หน้าที่ 14 หน้า 433 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และคณะ (2545) *TQM กลยุทธ์การสร้างองค์การคุณภาพ* กรุงเทพมหานคร เอ็กซ์เปอร์เน็ท
- ทัศนา บุญทอง (2543) *การปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต* กรุงเทพมหานคร ศิริยอดการพิมพ์
- ทิพย์รัตน์ กลั่นสกุล (2547) “ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของทีมงานกับประสิทธิผลทีมการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ธงชัย สันติวงษ์ (2535) *การบริหารบุคคล* กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช

- _____ (2539) การบริหารเชิงกลยุทธ์ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช
- _____ (2540) พฤติกรรมองค์กร กรุงเทพมหานคร ไทยวัฒนาพานิช
- ธีรวิทย์ เอกะกุล (2550) ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ อุบลราชธานี
วิทยาออฟเซทการพิมพ์
- นริศา จูฑะธรรมานนท์ (2540) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้การจัดการ
คุณภาพโดยองค์กรวม กับความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) การบริหารการพยาบาล นนทบุรี โครงการสวัสดิการวิชาการ
สถาบันพระบรมราชชนก
- นิรัตน์ อิมามี (2549) “เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล” ใน ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการ
พยาบาลสารสนเทศและสถิติ หน่วยที่ 4 หน้า 4-55 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- บุญสม มิตรพระพันธ์ (2542) “การบริหารพยาบาลสู่คุณภาพ” วารสารการศึกษาพยาบาล
10, 1 (เมษายน-กรกฎาคม): 14-18
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2543) “การบริหารคุณภาพบริการสุขภาพทั่วทั้งองค์กร” วารสาร
พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 12, 3 (กันยายน-ธันวาคม): 33-38
- _____ (2544) “การเสริมสร้างพลังอำนาจ แนวทางสร้างทีมการพยาบาล” วารสารพยาบาล
สงขลานครินทร์ 21, 3 (กรกฎาคม-กันยายน): 225-234
- _____ (2547) ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย
- _____ (2548) “แนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศสู่คุณภาพบริการพยาบาล” วารสารพยาบาล
พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 17, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 1-9
- ประคอง กรรณสุด (2542) สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปรางทิพย์ อุจะรัตน์ (2541) การบริหารการพยาบาล กรุงเทพมหานคร บุญศิริการพิมพ์
- พวงรัตน์ บุญญาบุรุษย์ (2544) ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล กรุงเทพมหานคร
วังใหม่บุลูพรีนซ์

- พลสุข หิงคานนท์ (2549) “ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบริหารระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระ
ชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 3 หน้า 13 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- _____ (2549) “การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนา
ศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 9 หน้า 18 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2548) “คุณภาพการบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการ
ประสบการณ์วิชาชีพการพยาบาล* หน่วยที่ 6 หน้า 243 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- _____ (2548) *การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้* กรุงเทพมหานคร สุขุมวิทการพิมพ์
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2542) *การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสู่โรงพยาบาลคุณภาพ*
กรุงเทพมหานคร ชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2546) *Quality and Safety in Nursing: Concept and Practice*
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร สุขุมวิทการพิมพ์
- ราชบัณฑิตยสถาน (2546) *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานฉบับ พ.ศ.2542* กรุงเทพมหานคร
นานมีบุ๊คส์
- พาริดา อิบราฮิม (2541) *กระบวนการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร บุญศิริการพิมพ์
- _____ (2542) *สาระการบริหารการพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
สามเจริญพาณิชย์
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2545) *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
ฉบับที่ 9 2545-2594* กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยและพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล (2545) *ขึ้นปีที่ 6 ของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล*
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นนทบุรี ดีไซน์
- ภูษิตา อินทรประสงค์ (2539) “ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานโรงพยาบาลชุมชน ใน
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- มุกดา ต้นชัย (2549) “สถิติที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูล” ใน *ประมวลสาระชุด
วิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 9 หน้า 1-88 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- บุรวาณี สุขวิญญาณ์ (2549) “โมเดลประสิทธิผลองค์กรในการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์”
 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืน
 วันที่ 26 สิงหาคม 2552 จาก <http://www.grad.chula.ac.th/gradresearch6/pdf/212.pdf>
- ราตรี วงษ์ดิษฐ์ (2547) “ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการบริหารคุณภาพทั้งองค์การของ
 หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลิกภาพของทีม กับประสิทธิผลทีมการพยาบาลโรงพยาบาล
 ทั่วไป” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รัชณี ศุภจินทรรัตน์ (2546) *การบริหารงานบุคคลทางการพยาบาล กรุงเทพมหานคร*
 บุญศิริการพิมพ์
- ลดาวัลย์ ปฐมชัยคุปต์ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ภาษาในการจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย
 การทำงานเป็นทีมการพยาบาล ภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผลของพยาบาลประจำการกับ
 ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ละมัยพร โลหิตโยธิน (2542) “ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพโดยรวมของ
 ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล
 ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วรรณฤดี เชาวศรีกุล (2544) “ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ ความสามารถในการทำงาน
 ความหลากหลายในบทบาทและความยืดหยุ่นของทีม กับประสิทธิผลทีมการพยาบาล
 ของพยาบาลวิชาชีพ งานหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลศูนย์” วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิศิกุล (2549) “การนำเสนอผลการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์” ใน *ประมวล
 สารະชุดวิชาวิทยานิพนธ์* หน้าที่ 8 หน้า 8-39 นนทบุรี
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- วาริ พูลทรัพย์ (2544) “ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของทีมงานกับประสิทธิผลของ
ทีมงานพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรัฐ
กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2540) “ความต้องการกำลังคนด้านการพยาบาลใน พ.ศ.2558”
สารสภาการพยาบาล 12, 14 (เมษายน-มิถุนายน): 14-43
- _____. (2544) “รูปแบบการจัดการสุขภาพระดับปฐมภูมิชุมชน” เอกสารการสัมมนา
พยาบาลศาสตร์แห่งชาติ ครั้งที่ 3 วันที่ 23-24 กรกฎาคม 2544
ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร หน้า 33
- วิชัย โสสุวรรณจินดา (2536) “การทำงานเป็นทีม” *อรุณสวัสดิ์* 6, 61 (เมษายน): 78-80
- วิพุธ พูลเจริญ (2549) “วิวัฒนาการระบบสุขภาพ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์*
หน่วยที่ 8 หน้า 8-39 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2540) *TQM คู่มือองค์การคุณภาพยุค 2000* กรุงเทพมหานคร
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- _____. (2541) *TQM คู่มือองค์การคุณภาพยุค 2000* กรุงเทพมหานคร TPA Publishing
- _____. (2542) *ผลิตภาพยุค 2000* กรุงเทพมหานคร ประชาชน
- _____. (2550) *TQM คู่มือพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ พิมพ์ครั้งที่ 5* กรุงเทพมหานคร
เนชั่นบุ๊คส์
- วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล (2549) “การสุ่มตัวอย่างและหาขนาดตัวอย่าง” ใน *ประมวลสาระวิชา*
การวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ หน่วยที่ 5 หน้า 5-43 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วีรพงษ์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540) *TQM Living handbook :An Executive Sammary* ที่ คิว เอ็ม
กรุงเทพมหานคร บีทีอาร์แอนด์ทีคิวเอ็ม คอนซัลแตนท์
- _____. (2541) *TQM Living handbook :Hoshin Kanri and Strategia Planning*
กรุงเทพมหานคร บีทีอาร์แอนด์ทีคิวเอ็ม คอนซัลแตนท์
- _____. (2542) *TQM Living handbook ภาคสาม* กรุงเทพมหานคร
บีทีแอนด์ทีคิวเอ็ม คอนซัลแตนท์
- วีรวุฒิ มาฆะศิริานนท์ (2543) *คัมภีร์บริหารองค์การเรียนรู้สู่ TQM* กรุงเทพมหานคร บีทีอาร์
แอนด์ทีคิวเอ็ม คอนซัลแตนท์

- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2542) *มาตรฐาน HA และเกณฑ์การพิจารณา
บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร ดีไซร์*
- _____. (2542) *คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร ดีไซร์*
- _____. (2543) *จะเข้าสู่ HA ได้อย่างไร กรุงเทพมหานคร โอติสติก*
- _____. (2549) *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับ 2549 กรุงเทพมหานคร ดีไซร์*
- _____. (2552) “โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” ค้นคืนวันที่ 25 กรกฎาคม
2552 จาก <http://www.ha.or.th>.
- สิทธิศักดิ์ พงษ์ปิติกุล (2542) *คู่มือการตรวจสอบคุณภาพโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี*
- _____. (2543) *เส้นทางสู่ Hospital Accreditation กรุงเทพมหานคร ส เอเชียเพรส*
- _____. (2544) *ก้าวสู่ Hospital Accreditation Step by Step พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
ที เอส บี โปรดักส์*
- สิทธิศักดิ์ พงษ์ปิติกุล และอนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2543) *เส้นทางสู่ Hospital Accreditation
พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร ส เอเชียเพรส*
- สุนันทา เหลาหนันท์ (2544) *การพัฒนาองค์กร พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร ดีดีบุคส์โคร์*
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ (2539) *การบริหารบุคลากรทางการพยาบาล กรุงเทพฯ สุภวนิชการพิมพ์*
- องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ (2540) “รายงานศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพ
บริการในโรงพยาบาลของรัฐ ด้วย TQM เสนอต่อสถาบันระบบสาธารณสุข”
กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- อนุวัฒน์ สุภษุติกุล (2540) *Hospital Accreditation บทเรียนจากแคนาดา กรุงเทพมหานคร ดีไซร์*
- _____. (2541) “ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล รายงานการศึกษาโครงการวิจัยการ
ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ” กรุงเทพมหานคร ดีไซร์
- _____. (2543) *เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ กรุงเทพมหานคร ดีไซร์*
- _____. (2544) *เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร ดีไซร์*
- อนุวัฒน์ สุภษุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) *คุณภาพของระบบสุขภาพ กรุงเทพมหานคร
ดีไซร์*
- โรงพยาบาลเกาะสมุย (2552) “รายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล”
วันที่ 8 มีนาคม 2552 โรงพยาบาลเกาะสมุย สุราษฎร์ธานี

- Adrain Wilkinson (1998). *Total Quality Management: Theory and Practice*. London : Macmilan Business.
- Anthony and Gales (1996). *Organization Theory*. Prentice-Hall Inc. Atkinson, H. (1990). *Creating Culture Chang The Key to Successful Total Quality Management*. IFS Publication.
- Azaranga, R. M., Gonzalez, G., Reavilli, L. (1998). "An empirical investigation of the relationship between quality improvement techniques and performance A mexican case". *Journal of Quality Management*. 3,2: 265-295.
- Bateman, Thomus (2000). *Management With Power : Building Competitive Advantage*. 4 th ed. New York: McGraw-Hill.
- Bateman, Thomus (2004). *Management*. 2 nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Bound, G., et al. (1994). *Beyond total quality management Toward the emerging paradigm*. New: York McGraw-Hill.
- Carl, E., Larson and Frank, M. J. (1989). *Team work*. Newbury Park Calif Sage.
- Cohen, S. G. (1994). *Designing effective self- management work teams, Advances in interdisciplinary study of work teams*. London JAI Press.
- Crosby, P. (1979). *Quality is Free*. New York: McGraw-Hill.
- Daft, R. L. (2001). *Organization Theory and Design* 7 th ed. Ohio South-Western.
- Daft, R. L. (2003). *Management*. 6 th ed. Thomson South –Western Mason.
- _____. (2006). *Organization Theory And Design with Infotrac*. 9 th ed. Ohio outh-Western Pub.
- Deming, W. E. (1982). *Out of the Crisis*. Cambridge MA MIT Center for Advanced Engineering Study.
- _____. (1982). "Improvement of Quality and Productivity through Action by Management". *National Productivity Review*. 1, 1 (1981-1982): 12-22.
- Deming, W. E. (1989). *Deming management method*. United States W.H. Allen.
- Feigenbaum , A. V. (1956). *Total Quality Control*. New York: McGraw-Hill.
- _____. (1991). *Total Quality Control*. 3 rd ed. New York: McGraw-Hill.
- French and Bell. (1984). *Organizational Development*. New Jersy Prentice Hall.
- Gibson et al. (1991). *Organization Behavior Structure Process*. 7 th ed. Boston: Irwin.

- Goetsch, D. L. and David. (1994). *Introduction to total quality, productivity, competitiveness*. New York Macmillen.
- Goetsch, D. L. and David. (2006). *Quality Management*. Pearson Education Upper Saddle River NJ.
- Hackman, J. R. and Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Canada Addison Wesley.
- Hellriegel, D., Jackson, S. E. and Slocum, J. W. (2002). *Management A Competency - Based Approach*. Ohio South- Western. pp. 456-478.
- Hertz (2002). *Health Care Criteria for Performance Excellence. Wisconsin: Baldrige National Quality Program*.
- Hoy, W. K. and Miskel, C. G. (1991). *Education administration Theory research and practice*. 4 th ed. New York: McGraw-Hill.
- Hoy, W. K. and Miskel, C. G. (2001). *Education administration Theory research and practice*. 6 th ed. New York: McGraw-Hill.
- Ishikawa, K. (1985). *What is total quality control? The Japanese way*. New Jersey Prentice Hall.
- Jackson, J. K. and Morgan, C. D. (1978). *Organization theory A macro perspective for Management*. New Jersey Prentice Hall.
- John S. Oakland (1993). *Total Quality Management*. 2 nd ed. Oxford Butterworth- Heinemann.
- Juran, J. M. (1951). *Quality Control Handbook*. New York: McGraw-Hill.
- _____. (1964). *Management Breakthrough* New York: McGraw-Hill.
- _____. (1986). "The Quality Trilogy" *Quality Progress*, Vol 9, 8, pp.19-24.
- _____. (1988). *Juran on Planning for Quality*. The Free Press, New York pp. 176-179.
- _____. (1989). *Juran on leader for quality*. New York: McGraw-Hill.
- _____. (1992). *Juran on quality by design The new step for planning quality into goods and services*. New York Juran institute.
- _____. (1994). *The Quality Trilogy : A Universal Approach to Managing for Quality*. Dryden Press.
- Juran and Gryna (1993). *Quality Analysis and Planning*. New York: McGraw-Hill.
- Kassiech, S.K., Yourstone, S.A. (1998), "Training, performance evaluation, rewards, and TQM implementation success" *Journal of Quality Management*. Vol.3 No.1. pp.25-39.
- Kelly, J., Prince, J. B. and Ashforth, B. (1991). *Organization Behavior*. Canada Prentice-Hall.

- Knouse (1999). "Percentage of Work-group diversity and Work-group Effectiveness ". *Journal of Psychology*. Vol.133 (5), pp.486-494 .
- Kreitner, R. and Kinicki, A. (1992). *Organizatin Behavior*. 2nd ed. Boston: Irwin.
- Kreitner, R. and Kinicki, A. (1998). *Organization Behavior*. United States of America McGraw-Hill.
- Loveridge, C. E. and Cumming, S. H. (1996). *Nursing management in the new paradigm*. Maryland Aspen.
- Moorhead, G. and Griffin, W. R. (1998) *Organization Behavior*. 5 th ed. New york Hough Mifflin.
- Parsly, K. and Carrigan, P. (1994). *Quality Improvement in nursing and healthcare A practical approach*. London Chapman-Hill.
- Paul, T. J., James. (1996). *Total quality management An introductory text*. Great Britain Prentice Hall.
- Paul, T. J., James. (2005). *Total quality management in Asia Practice for 21st Century*. Great Britain Prentice Hall.
- Robbins, S. P. (1998). *Organizational Behavior*. 8 th ed. America Prentice-Hall International.
- _____. (1990). *Basic Motivation Concept Organizational Behavior*. New Jersey Prentice-Hall.
- _____. (2000). *Essential of Organizational Behavior*. 6 th ed. New Jersey Prentice-Hall.
- _____. (2001). *Organizational Behavior*. 9 th ed. New Jersey Prentice-Hall.
- Robert, K. H. and Humt, D. M. (1991). *Organization Behavior*. Boston PWS- KENT.
- Routhieaux, L. R. and Gutek, A. B. (1998). "TQM/CQI effectiveness at team and department Level". *Journal of Quality Management*. Vol. 3, pp.39-81.
- Steers, R. M., Ungson, G. R. and Mowday, R. T. (1985). *Management effective Organization and introduction*. California Good Year.
- Sullivan,E.J. and Dacker ,I.J.,(1997). *Effective Leadership and Management in Nursing*. California : Addison-Wesley.
- Wehmeir, S. (2000). *Oxford advance leamer's dictionary*. 6 th ed. China Oxford University Press.
- Yeatts, D. E. and Hyten, C. (1998). *High performance self management teams*. London Sage Publication.

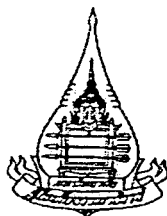
ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์ ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล รองผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
3. อาจารย์ นวลขนิษฐ ลิขิตลีธธา อาจารย์ประจำสำนักการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ
4. นางสาว สุวดี ชูสุวรรณ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตรัง
จังหวัดตรัง
5. นางสาว ปิยนุช ประทีปทัศน์ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ฝ่ายพัฒนา
คุณภาพบริการ การพยาบาล และ
งานประกันคุณภาพ
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
จังหวัดชุมพร

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5048096

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University Bangpood, Pakkred,
Nonthaburi 11120

Tel. (662) 5048036, 5048037 Fax : (662) 5048096

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เลขที่ 0012/52

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับ ประสิทธิภาพของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7

เลขที่โครงการ/รหัส ID 249100279

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย นางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ

ที่ทำงาน โรงพยาบาลเกาะสมุย อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม *Dr. Chinnat Pochaisit*

(อาจารย์ ดร. ชินจิตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม *Dr. Srinuol Sattithayanant*

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติติวิทยานันท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง..... 1.2 พ.ค. 2552

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างหนังสือขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



ที่ ศธ 0522.26/ 2539

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
 จังหวัดนนทบุรี 11120

22 กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วย นางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขต 6 และ 7 ” โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา อนุญาตให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติติวิทยานันท์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร.0-2504-806-7,0-2503-2620 โทรสาร 0-2504-8096

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช



ที่ ศธ 0522.261 ๑๕๖๑

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

22 กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

ด้วยนางอรพินท์ วาณิชย์เจริญนักศึกษาลัทธิศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมงานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขต 6 และ 7” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในการวิจัยดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติตวิทยานันท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7 โทรสาร 0-25032620

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างหนังสือขอตกลงเครื่องมือและเก็บข้อมูล



ที่ ศธ 0522.261/ 539

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

๕ พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ด้วย นางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการ
บริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการ
พยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7" โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือการ
วิจัย โดยใช้แบบสอบถามจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็น
โรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอกทดลองใช้เครื่องมือการ
วิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ในการอนุญาตให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และ
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีนวล สติติวิทยานันท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-25032620

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล



ที่ ศธ 0522.261/๒ 539

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

6 พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ด้วยนางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชา การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองเครื่องมือ การวิจัย โดยใช้แบบสอบถามจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็น โรงพยาบาลในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ในการอนุญาตให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์วาล สติควิทยานันท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7

โทรสาร 0-25032620

นางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ โทร. 08 -1477- 9699



ที่ ศธ 0522.26/ป 539

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
 จังหวัดนนทบุรี 11120

6 พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
 เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ด้วยนางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขต 6 และ 7 ” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะดำเนินการประสานเกี่ยวกับวัน และ เวลาในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยกับกลุ่มการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยตาม วัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์หวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติติวิทยานันท์)
 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2504-8036-7 โทรสาร 0-2503-2620

โทร. 081-477-9699 (นางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ)



ที่ ศธ 0522.26/๐.53๙

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๕ พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ด้วยนางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต-แขนงวิชาการ
บริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของทีมการ
พยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7" โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอกความอนุเคราะห์ให้นักศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อ
การวิจัย โดยใช้แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหารา
ชนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดของท่าน ทั้งนี้ นักศึกษาจะดำเนินการประสานเกี่ยวกับวัน และ เวลา ใน
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยกับกลุ่มการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อการวิจัย
ตาม วัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์หวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และ
ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนวล สติตวิชานันท์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. 0-2504-8036-7 โทรสาร 0-2503-2620
โทร. 081-477-9699 (นางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ)

ภาคผนวก จ
แบบสอบถาม

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผลของ
 ทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขต 6 และ 7
 “The Relationship between Total Quality Management of Head Nurses and Effectiveness of
 Nursing Team in Regional Hospitals and General Hospitals under the Jurisdiction of Ministry of
 Public Health, Region 6 and 7”

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

เนื่องด้วย ดิฉันนางอรพินท์ วาณิชย์เจริญ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ
 หัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผล ทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป สังกัดกระทรวง
 สาธารณสุข เขต 6 และ 7” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลทีมการพยาบาล การบริหาร
 คุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารคุณภาพทั่วทั้ง
 องค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับประสิทธิผล ทีมการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไป สังกัด
 กระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ผลการวิจัยนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้บริหาร
 ทางกรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพ พัฒนาระบบการ
 บริหารการพยาบาลเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อทีมการ
 พยาบาลและองค์กรต่อไป

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง
 และข้อมูลที่รวบรวมได้จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและเพิ่มประสิทธิผล ของทีมการพยาบาล
 ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ต่อท่าน ขอขอบพระคุณเป็น
 อย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ

นาง อรพินท์ วาณิชย์เจริญ

ผู้วิจัย

โทร. 081-477-9699

เลขที่แบบสอบถาม

ID

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าคำตอบตามความเป็นจริงและเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ หญิง ชาย
3. สถานภาพสมรส โสด สมรส หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ประกาศนียบัตร/เทียบเท่า ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
5. ระยะเวลาที่ทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ รวมปี.....เดือน
6. แผนกที่ปฏิบัติงาน

<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยอายุรกรรม	<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยศัลยกรรม
<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก	<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยพิเศษ
<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยหนัก
<input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยสูติ นรีเวชกรรม	<input type="checkbox"/> งานผู้ป่วยนอก
<input type="checkbox"/> งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/> งานห้องผ่าตัด
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
7. ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา ท่านได้รับการศึกษาและอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล หรือไม่

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ
<input type="checkbox"/> ได้รับ ระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึ/ความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่านจากเห็นด้วยมากที่สุดไปจนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้



- 5 หมายถึง ข้อความนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านปฏิบัติมากที่สุด (80 – 100 %)
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านปฏิบัติมาก (60 – 79 %)
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านปฏิบัติปานกลาง (40 – 59 %)
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านปฏิบัติน้อย (20 – 39 %)
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านปฏิบัติน้อยที่สุด (น้อยกว่า 20%)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. กระบวนการวางแผนคุณภาพ (The quality Planning)					
1.1 การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน (Establish quality goals)					
1. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ เป้าหมายของโรงพยาบาล					
2. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการวิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหาของหอผู้ป่วยก่อนการวางแผนและกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติงาน					
↓					
1.2 การระบุตัวผู้ใช้บริการ (Identify who the customer)					
5. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านชี้แจงให้พยาบาลวิชาชีพทราบถึงการให้บริการควรครอบคลุมผู้ป่วยที่รักษาและญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย					
6. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามสิทธิประโยชน์ที่พึงได้					
↓					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1.3 การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ (Discover customer needs) 8. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านจัดให้มีช่องทางในการรับรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการ เช่น การมีผู้รับความคิดเห็น หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ					
9. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการ การพยาบาล เช่น ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย อัตราความพึงพอใจ					
↓					
1.4 การพัฒนาผลิตภัณฑ์ (Develop Product) 12. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ความต้องการของผู้ใช้บริการ					
13. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านกำหนดแนวทางแก้ไขตามระดับความรุนแรงของปัญหาได้อย่างเหมาะสม					
↓					
1.5 การพัฒนากระบวนการ (Develop Process) 16. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการมอบหมายงานตรงตามความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน					
17. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสามารถจัดระบบการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดคุณภาพได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ					
↓					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1.6 พัฒนาระบวนการในการควบคุม/การนำไปสู่การปฏิบัติ (Develop process control/transfer to operation)					
21. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกำหนดวิธีการตรวจสอบและประเมินผลแผนงานของหน่วยงาน					
22. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนงานของหน่วยงานเสมอ					
↓					
2. การควบคุมคุณภาพ (The Quality Control Process)					
2.1 การตรวจวัดผลลัพธ์ที่ปฏิบัติจริง (Measure actual performance)					
25. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ					
26. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการประเมินความถูกต้องในการปฏิบัติงาน เช่น ตรวจสอบการบันทึกการพยาบาล					
↓					
2.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐาน (Compare actual performance with quality goal)					
29. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการใช้เครื่องมือประเมินผลการปฏิบัติงานมาประกอบการประเมิน เช่น flow Chart, Graph					
30. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการประชุมร่วมกับท่านเพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้จากการปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนด					
↓					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
2.3 ปรับปรุงการดำเนินงาน (Take action on difference)					
33. หัวหน้าหรือผู้ป้วยของท่านมีการทบทวนหน่วยงานว่าบรรลุหรือไม่ บรรลุเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ					
34. หัวหน้าหรือผู้ป้วยของท่านนำกิจกรรมที่มีปัญหา มาปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้น					
↓					
3. กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ (The Quality Improvement Process)					
3.1 การค้นหาความต้องการ (Prove the need)					
37. หัวหน้าหรือผู้ป้วยของท่านศึกษาและวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย สิ่งคุกคามการทำงานและสิ่งที่เป็นโอกาสในการพัฒนา					
38. หัวหน้าหรือผู้ป้วยของท่านคำนึงถึงความเสี่ยรุนแรงและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป้วย และผู้ปฏิบัติงานนำมาเป็นหัวข้อในการปรับปรุงพัฒนา					
↓					
3.2 การกำหนดโครงสร้างภายใน (Establish the infrastructure)					
40. หัวหน้าหรือผู้ป้วยของท่านมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานไว้ชัดเจน					
41. หัวหน้าหรือผู้ป้วยของท่านสนับสนุนให้มีการทำงานร่วมกัน และจัดทีมคุณภาพในหน่วยงาน เช่น ทีม IC ทีม 5ส ทีม QC					
↓					

ข้อคำถาม		ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
3.3 กำหนดแผนงานโครงการ (Identify the improvement projects)						
44. หัวหน้าหรือผู้ป้วยของท่านให้ความสำคัญของปัญหาโดยดูจากความถี่ ความรุนแรงและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา						
45. หัวหน้าหรือผู้ป้วยของท่านเปิดโอกาสให้ท่านร่วมตัดสินใจร่วมเลือกปัญหาแล้วแก้ไขร่วมกัน						
						
3.4 การสร้างทีมงาน (Establish project teams)						
48. หัวหน้าหรือผู้ป้วยของท่านจัดตั้งทีมงานเพื่อทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในงานเสมอ						
49. หัวหน้าหรือผู้ป้วยของท่านสามารถประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่นโดยไม่เกิดความขัดแย้ง						
						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
3.5 การสนับสนุนทรัพยากร, การฝึกอบรมและแรงจูงใจ (Provide The Teams with Resources, Training and Motivation) 52. หัวหน้าหรือผู้ช่วยของท่านสนับสนุนจัดหาสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินการ ทำให้งานบรรลุผลสำเร็จ					
53. หัวหน้าหรือผู้ช่วยของท่านจัดให้มีแหล่งค้นคว้าหาความรู้ เช่น ตำรา เอกสาร สื่อทางคอมพิวเตอร์ ในการพัฒนาให้เกิดความรู้ใหม่ ๆ เพื่อ พัฒนาคุณภาพการพยาบาล					
↓					
3.6 การรักษาระดับมาตรฐาน (Establish control to hold the gain) 56. หัวหน้าหรือผู้ช่วยของท่านสนับสนุนให้มีการนำผลงานคุณภาพ เผยแพร่ให้เกิดประโยชน์กับหน่วยงานอื่นเสมอ					
57. หัวหน้าหรือผู้ช่วยของท่านส่งเสริมให้มีการทบทวนมาตรฐานการ ปฏิบัติงานเพื่อรักษาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานเสมอ					
↓					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามประสิทธิผลของทีมการพยาบาล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่านจากเห็นด้วยมากที่สุดไปจนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- | | | |
|-----------|---|-------------------|
| 5 หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด | (ร้อยละ 80 – 100) |
| 4 หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก | (ร้อยละ 60 – 79) |
| 3 หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลาง | (ร้อยละ 40 – 59) |
| 2 หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อย | (ร้อยละ 20 – 39) |
| 1 หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด | (น้อยกว่า 20%) |

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Goal attainment)					
1. ผลการปฏิบัติการพยาบาลของท่านเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวปฏิบัติของหน่วยงาน					
2. ผลการปฏิบัติการพยาบาลของท่านบรรลุตามตัวชี้วัดที่กำหนด					
3. การให้บริการพยาบาลของท่านสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงจากการพยาบาลได้					
↓					
2. การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency)					
9. ท่านมีการใช้เทคโนโลยีเพื่อประกอบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม					
10. ท่านสามารถปฏิบัติงานทดแทนในหน้าที่อื่นในทีมการพยาบาลได้ กรณีขาดอัตรากำลังหมุนเวียน					
↓					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
3. ความพึงพอใจในงานของสมาชิก (Employee Satisfaction)					
19. ท่านเต็มใจและพึงพอใจในงานพัฒนาคุณภาพที่ได้รับมอบหมาย					
20. ท่านมีส่วนร่วมเสนอแนะความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์กับการปฏิบัติงานเสมอ					
↓					

ภาคผนวก ฉ

ตารางแสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของ
หัวหน้าหอผู้ป่วย กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 รายชื่อ

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
1. กระบวนการวางแผนคุณภาพ (The quality Planning)								
1.1 การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน								
(Establish quality goals)								
1. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วย สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ เป้าหมายของโรงพยาบาล	25.5	64.7	9.9			4.16	0.57	สูง
2. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาของหอผู้ป่วยก่อนการวางแผนและกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติงาน	16.1	67.3	16.6			3.99	0.57	สูง
3. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านระบุเป้าหมาย เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	29.1	62.1	8.8			4.20	0.58	สูง
4. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านกำหนดเป้าหมายการพยาบาลให้เกิดขึ้น ได้จริงและประเมินผลได้	14.5	69.4	16.1			3.98	0.55	สูง
1.2 การระบุตัวผู้ใช้บริการ								
(Identify who the customer)								
5. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านชี้แจงให้พยาบาลวิชาชีพทราบถึงการให้บริการควรครอบคลุมผู้ป่วยที่มารักษาและญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	30.4	62.1	7.5			4.14	0.55	สูง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
6. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการ ได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามสิทธิประโยชน์ที่พึงได้	23.1	67.8	9.1			4.14	0.55	สูง
7. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านกำหนดขอบเขตการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการด้วยความเท่าเทียมกัน	26.8	62.6	10.6			4.16	0.55	สูง
1.3 การค้นหาความต้องการของผู้ใช้บริการ								
(Discover customer needs)								
8. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านจัดให้มีช่องทางในการรับรู้ความต้องการของผู้ใช้บริการ เช่น การมีผู้รับความคิดเห็นหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ	39.5	55.1	5.5			4.34	0.58	สูง
9. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการการพยาบาล เช่น ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย อัตราความพึงพอใจ	28.1	61.3	10.6			4.17	0.58	สูง
10. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสนับสนุนการรวบรวมอุบัติการณ์ และเหตุการณ์สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพบริการการพยาบาล	40.3	54.5	5.2			4.35	0.59	สูง
11. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการทบทวนและนำอุบัติการณ์ความเสี่ยง และความต้องการของผู้ใช้บริการมากำหนดกิจกรรมเพื่อพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการ และความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ	34.3	58.7	7.0			4.27	0.58	สูง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
1.4 การพัฒนาผลิตภัณฑ์ (Develop Product)								
12. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาความต้องการของผู้ใช้บริการ	22.6	62.1	15.3			4.07	0.61	สูง
13. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านกำหนดแนวทางแก้ไขตามระดับความรุนแรงของปัญหาได้อย่างเหมาะสม	24.2	61.8	14.0			4.10	0.61	สูง
14. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการตั้งทีมงานพยาบาลในการพัฒนาวิธีการพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น	27	58.4	14.5			4.12	0.63	สูง
1.5 การพัฒนากระบวนการ (Develop Process)								
15. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการมอบหมายงานตรงตามความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน	17.9	59.7	22.1	0.3		3.95	0.64	สูง
16. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสามารถจัดระบบการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดคุณภาพได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ	19.2	63.6	17.1			4.02	0.60	สูง
17. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านให้มีการรวบรวมปัญหา อุบัติการณ์และความเสี่ยงที่สำคัญที่ผ่านมานำมาปรับปรุงการปฏิบัติงานของบุคลากร	27.5	60.3	12.2			4.15	0.61	สูง
18. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดแนวปฏิบัติในการป้องกันความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน	22.1	67				4.11	0.56	สูง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
19. หัวหน้าของท่านสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย 1.6 พัฒนากระบวนการในการควบคุม/การนำไปสู่การปฏิบัติ (Develop process control / transfer to operation)	41.8	55.3	2.9			4.39	0.54	สูง
20. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกำหนดวิธีการตรวจสอบและประเมินผลแผนงานของหน่วยงาน	14.8	66.8	18.4			3.96	0.58	สูง
21. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการประเมินผล การปฏิบัติงานตามแผนงานของหน่วยงานเสมอ	15.3	56.6	28.1			3.87	0.64	สูง
22. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านกำหนดให้มีการประเมินสถานะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	14	59.2	26.8			3.87	0.63	สูง
23. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดระบบนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ	14.3	50.9	34.3	0.5		3.79	0.68	สูง
2. การควบคุมคุณภาพ (The Quality Control Process)								
2.1 การตรวจวัดผลลัพธ์ที่ปฏิบัติจริง (Measure actual performance)								
24. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ	18.7	52.5	28.6	0.3		3.9	0.68	สูง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
25. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการประเมิน ความถูกต้องในการปฏิบัติงาน เช่น ตรวจสอบ การบันทึกการพยาบาล	25.2	60.3	14.3	0.3		4.0	0.62	สูง
26. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านกระตุ้นให้มี ความพร้อมในการได้รับการเยี่ยมประเมินจาก คณะกรรมการต่างๆเช่นคณะกรรมการควบคุม งาน 5 ส คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพ	25.5	60.5	14.0			4.11	0.62	สูง
27. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านจัดให้มีการตรวจ ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆก่อน การปฏิบัติงานทุกเวร	27.8	60.8	11.2	0.3		4.16	0.61	สูง
2.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐาน (Compare actual performance with quality goal)								
28. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการใช้เครื่องมือ ประเมินผลการปฏิบัติงานมาประกอบการ ประเมิน เช่น flow Chart, Graph	16.6	62.1	20.8	0.5		3.95	0.63	สูง
29. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการประชุม ร่วมกับท่านเพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้จากการ ปฏิบัติกับเป้าหมายที่กำหนด	16.1	64.7	19.2			3.97	0.59	สูง
30. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการวิเคราะห์ สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น	20.5	63.4	16.1			4.04	0.60	สูง
31. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนด ทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ตามลำดับความสำคัญของปัญหา	21.8	58.7	19.5			4.02	0.64	สูง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
2.3 ปรับปรุงการดำเนินงาน								
(Take action on difference)								
32. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการทบทวนหน่วยงานว่าบรรลุหรือไม่บรรลุเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ	15.1	60.5	24.4			3.91	0.62	สูง
33. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านนำกิจกรรมที่มีปัญหามาปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้น	21.8	64.7	13.5			4.08	0.59	สูง
34. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสนับสนุนให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	24.7	67.3	7.8	0.3		4.16	0.56	สูง
35. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพนำเสนอผลการปฏิบัติงานที่ให้ผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีเป็นประโยชน์และมีคุณภาพ	21.6	63.1	15.3			4.06	.06	สูง
3. กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ								
(The Quality Improvement Process)								
3.1 การค้นหาความต้องการ (Prove the need)								
36. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านศึกษาและวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย สิ่งถูกคามการทำงาน และสิ่งที่เป็นโอกาสในการพัฒนา	12.5	57.1	29.6	0.8		3.81	0.65	สูง
37. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านคำนึงถึงความเสียงรุนแรงและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานนำมาเป็นหัวข้อในการปรับปรุงพัฒนา	26	61.6	12.5			4.14	0.60	สูง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
38. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาและทำให้ถูกต้องเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	24.2	62.9	13.0			4.11	0.60	สูง
3.2 การกำหนดโครงสร้างภายใน								
(Establish the infrastructure)								
49. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานไว้ชัดเจน	29.4	62.3	8.3			4.21	0.58	สูง
40. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสนับสนุนให้มีการทำงานร่วมกัน และจัดทีมคุณภาพในหน่วยงาน เช่น ทีม IC ทีม 5ส ทีม QC	42.1	54.8	3.1			4.39	.55	สูง
41. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมประชุมกับทีมอื่นทุกครั้งเพื่อรับฟังความก้าวหน้าในงานคุณภาพ	21	60.5	18.4			4.03	0.63	สูง
42. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านยอมรับในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานเมื่อต้องตัดสินใจร่วมกัน	15.6	57.4	26.8			3.88	0.65	สูง
3.3 กำหนดแผนงานโครงการ (Identify the improvement projects)								
43. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านให้ความสำคัญของปัญหาโดยดูจากความถี่ ความรุนแรงและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา	19.7	67.3	12.7			4.06	0.58	สูง
44. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านเปิดโอกาสให้ท่านร่วมตัดสินใจร่วมเลือกปัญหาแล้วแก้ไขร่วมกัน	20	64.9	14.8			4.05	0.60	สูง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
45. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสนับสนุนให้ท่านนำความรู้และพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาาร่วมกัน	19.7	71.4	8.3	0.5		4.10	0.54	สูง
46. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสามารถแก้ปัญหาที่มีผลต่อการทำงานของหน่วยงานเสมอ	18.4	59.7	21.6	0.3		3.96	0.64	สูง
3.4 การสร้างทีมงาน								
(Establish project teams)								
47. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านจัดตั้งทีมงานเพื่อทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในงานเสมอ	23.4	63.4	13.2			4.10	0.60	สูง
48. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสามารถประสานงานระหว่างหน่วยงานอื่น โดยไม่เกิดความขัดแย้ง	20	59	21			3.99	0.64	สูง
49. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อติดตามผลสำเร็จของงานเสมอ	17.4	63.9	18.7			3.99	0.60	สูง
50. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านเปิดโอกาสให้ทีมงานต่าง ๆ นำเสนองานเสมอ	19.7	65.2	14.8	0.3		4.04	0.60	สูง
3.5 การสนับสนุนทรัพยากร, การฝึกอบรมและแรงจูงใจ (Provide The Teams with Resources, Training and Motivation)								
51. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสนับสนุนจัดหาสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินการ ทำให้งานบรรลุผลสำเร็จ	20.5	69.1	10.4			4.10	0.55	สูง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
52. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านจัดให้มีแหล่ง ค้นคว้าหาความรู้ เช่น ตำรา เอกสาร สื่อทาง คอมพิวเตอร์ ในการพัฒนาให้เกิดความรู้ ใหม่ ๆ เพื่อ พัฒนาคุณภาพการพยาบาล	24.4	62.9	12.7			4.12	0.60	สูง
53. หัวหน้าหอผู้ป่วยท่านสนับสนุนการศึกษา อบรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล	27.3	59.5	12.7	0.5		4.14	0.63	สูง
54. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสนับสนุนให้มี การประกวดและจัดให้มีระบบการให้รางวัล เมื่อผลการพัฒนาบรรลุเป้าหมาย เช่น รางวัล 5 ส ดีเด่น	14.3	41.8	36.6	7.3		3.63	0.82	สูง
3.6 การรักษาระดับมาตรฐาน (Establish control to hold the gain)								
55. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสนับสนุนให้มี การนำผลงานคุณภาพเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์ กับหน่วยงานอื่นเสมอ	17.7	57.1	24.2	1.0		3.91	0.67	สูง
56. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านส่งเสริมให้มีการ ทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อรักษา คุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานเสมอ	18.7	66.0	15.3			4.03	0.58	สูง
57. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสนับสนุนให้นำ ความรู้และเทคโนโลยีใหม่มาปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี	17.9	66	16.1			4.02	0.58	สูง
58. หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีการพัฒนา ระดับเป้าหมายตัวชี้วัดให้เหมาะสมกว่าเดิม เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	17.9	64.2	17.9			4.00	0.60	สูง

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับประสิทธิผลทีม
การพยาบาล

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
1. การบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Goal attainment)								
1. ผลการปฏิบัติการพยาบาลของท่าน เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและแนว ปฏิบัติของหน่วยงาน	17	73.2	7.8			4.11	0.51	สูง
2. ผลการปฏิบัติการพยาบาลของท่าน บรรลุตามตัวชี้วัดที่กำหนด	11.7	71.2	16.9	0.3		3.94	0.55	สูง
3. การให้บริการพยาบาลของท่าน สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและความ เสี่ยงจากการพยาบาลได้	23.1	70.4	6.2	0.3		4.16	0.53	สูง
4. การให้บริการการพยาบาลของท่าน ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติอย่าง ทันท่วงที	30.6	62.3	6.8	0.3		4.23	0.58	สูง
5. ท่านเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอุบัติเหตุต่าง ๆ จากการให้บริการ พยาบาลอย่างเคร่งครัด	35.8	59	5.2			4.31	0.56	สูง
6. การให้คำแนะนำของท่านช่วยให้ผู้ป่วย และญาติสามารถดูแลตนเอง และลดอัตรา การกลับมารักษาซ้ำ	23.4	69.6	7.0			4.16	0.53	สูง
7. พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของท่าน ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยง อย่างสม่ำเสมอ	16.9	69.6	13.5			4.03	0.55	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
8. ท่านปฏิบัติกรพยาบาลได้อย่างมี คุณภาพบรรลุเป้าหมายที่กำหนดโดยไม่ มีข้อร้องเรียนด้านการให้บริการจาก ผู้ใช้บริการ	22.1	67.3	10.6			4.11	0.56	สูง
2. การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency)								
9. ท่านมีการใช้เทคโนโลยีเพื่อประกอบ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม	17.1	65.7	17.1			4.00	0.59	สูง
10. ท่านสามารถปฏิบัติงานทดแทนใน หน้าที่อื่นในทีมกรพยาบาลได้กรณีขาด อัตรากำลังหมุนเวียน	24.4	65.2	10.1	0.3		4.14	0.58	สูง
11. ท่านมีการปฏิบัติการพยาบาล ตามลำดับความสำคัญและความเร่งด่วน ตามปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี	32.7	60.8	6.5			4.26	0.57	สูง
12. ท่านสามารถใช้ เครื่องมือ เครื่อง ใช้ได้อย่างถูกต้องโดยไม่ทำให้เครื่องมือ เครื่องใช้ชำรุดเสียหาย	28.1	65.2	6.8			4.21	0.55	สูง
13. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการ ดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ	16.9	60.5	22.1	0.5		3.94	0.64	สูง
14. ท่านมีการตรวจสอบความพร้อมใช้ และดูแลรักษาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ อย่างสม่ำเสมอ	24.9	66.2	8.8			4.16	0.56	สูง
15. ท่านปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย เสร็จตามเวลา	30.1	66.8	7.8	0.3		4.22	0.59	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	5	4	3	2	1			
17. ท่านใช้อุปกรณ์ตามลำดับการ หมคอาบุ หรือใช้ระบบ first in first out ลดการสูญเสียค่าใช้จ่าย	43.6	5.17	4.7			4.39	0.58	สูง
18. ท่านสามารถใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มี จำนวนจำกัดและมีราคาสูงร่วมกัน หน่วยงานอื่น ได้ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ เป็นต้น	33.2	56.9	9.9			4.23	0.61	สูง
3. ความพึงพอใจในงานของสมาชิก (Employee Satisfaction)								
19. ท่านเต็มใจและพึงพอใจในงานพัฒนา คุณภาพที่ได้รับมอบหมาย	21.8	69.6	8.6			4.13	0.54	สูง
20. ท่านมีส่วนร่วมเสนอแนะความคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์กับการปฏิบัติงานเสมอ	17.1	70.1	12.7			4.04	0.54	สูง
21. ท่านได้รับความช่วยเหลือและร่วมมือ เสมอในการปฏิบัติงานจากผู้ร่วมงานเมื่อ ทำงานร่วมกัน	20.5	72.5	7.0			4.14	0.57	สูง
22. ท่านรู้สึกพอใจในมิตรภาพที่ดีต่อ ทีมงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ปัจจุบัน	22.1	65.5	6.5			4.10	0.58	สูง
23. ท่านรู้สึกตนเองมีคุณค่าที่เป็นส่วน หนึ่งของทีมการพยาบาลในหน่วยงาน	27.3	66.2	6.5			4.21	0.54	สูง
24. ท่านพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติงาน โดยไม่มี ความขัดแย้งในทีมงาน	28.3	66	5.7			4.23	0.54	สูง
25. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านไม่ลา ลาป่วย หรือหยุดงาน โดยไม่จำเป็น	53.5	41.3	5.2			4.48	0.60	สูง

ภาคผนวก ข
ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

Correlations

			TE	TOTALTQM
Spearman's rho	TE	Correlation Coefficient	1.000	.564**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	385	385
	TOTALTQM	Correlation Coefficient	.564**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	385	385

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ และ
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ทั้งโดยรวม ความสัมพันธ์ทางบวก
ในระดับปานกลางกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
($r_s = 0.564$)

Correlations

			TE	QP	QC	QI
Spearman's rho	TE	Correlation Coefficient	1.000	.555**	.504**	.510**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000
		N	385	385	385	385
	QP	Correlation Coefficient	.555**	1.000	.783**	.779**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000
		N	385	385	385	385
	QC	Correlation Coefficient	.504**	.783**	1.000	.786**
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000
		N	385	385	385	385
	QI	Correlation Coefficient	.510**	.779**	.786**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.
		N	385	385	385	385

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ และ
โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 และ 7 ด้านกระบวนการวางแผนคุณภาพ
ด้านกระบวนการควบคุมคุณภาพและด้านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก
ในระดับปานกลางกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
($r_s = 0.55, 0.504$ และ 0.510)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางอรพินท์ วาณิชชัยเจริญ
วัน เดือน ปีเกิด	31 มกราคม 2508
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	90 หมู่ 3 ตำบล มะเร็ด อำเภอ เกาะสมุย จังหวัด สุราษฎร์ธานี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2549 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2543 พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี พ.ศ. 2530
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2530-2534 โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2534 - ปัจจุบัน
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด