

การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

รุ่งทิwa ลีทธิอุดมสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

นางสาวรุ่งทิwa สิริอุดมสุข

ผู้วิจัย

อาจารย์ภิกฤติ ภาวนานันท์,

Ph.D.(Development Administration)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัตน์ กิตติพิชัย,

Ph.D.(Applied Behavioral Science Research)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์จารุวรรณ ธาตาคะ,

Ph.D.(Development Administration)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์สมชาติ ไตรรักษา,

พ.บ., ศ.ม.(บริหารโรงพยาบาล),

อ.ว.(เวชศาสตร์ป้องกัน-สุขภาพจิตชุมชน)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2555

นางสาวรุ่งทิwa สิริสุขุมสุข

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัช กิตติพิชัย,

Ph.D.(Applied Behavioral Science Research)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์แสงโสม ถนอมสิงห์,

Dr.P.H.(Health Systems Management)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์จรรวณ ชาติเดช,

Ph.D.(Development Administration)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ภิกษิ กวนานันท์,

Ph.D.(Development Administration)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.ภิญโญ ภูวนานันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ กิตติพิชัย อาจารย์ ดร.จรรุวรรณ ธาตเดช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และ อาจารย์ ดร.แสงโสม ถนอมสิงห์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์รวมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิจัยจนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สิระยา สัมมาวาจ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา และนางสาวนุจรีย์ สันติสำราญวิไล ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณคณบดีโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย ที่ทำการวิจัยที่สนับสนุนการทำการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยที่ทำการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณคณาจารย์ที่ให้ความรู้ และเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข ที่อำนวยความสะดวกตลอดช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว ที่เป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่ง ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้วิจัยมีความเพียรพยายามจนประสบความสำเร็จ คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้กล่าวมานี้

รุ่งทิพา สิริธิดมสุข

การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

NURSES' PERCEPTION OF QUALITY MANAGEMENT IN INTENSIVE CARE UNIT

รุ่งทิพา สิริสุขุมสุข 5037068 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหาร โรงพยาบาล

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ภิกุลี ภูวนานันท์, Ph.D.(DEVELOPMENT ADMINISTRATION),
วิรัตน์ กิตติพิชัย, Ph.D.(APPLIED BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH), จารุวรรณ ธาตาดเดช,
Ph.D.(DEVELOPMENT ADMINISTRATION)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อวัดระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพและการทำงานเป็นทีม เปรียบเทียบการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการ และตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีม และการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเมษายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่อิสระจากกันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่ามีจัดการคุณภาพอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.96) การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.07) การรับรู้ว่ามีจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกันในทางสถิติที่ระดับ .05 และการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: การจัดการคุณภาพ / การทำงานเป็นทีม / หอผู้ป่วยวิกฤต

NURSES' PERCEPTION OF QUALITY MANAGEMENT IN INTENSIVE CARE UNIT

RUNGTIWA SITTIUDOMSUK 5037068 PHPH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIRUDEE PAVANANUNT, Ph.D.(DEVELOPMENT ADMINISTRATION), WIRIN KITTIPICHAI, Ph.D.(APPLIED BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH), CHARUWAN TADADEJ, Ph.D. (DEVELOPMENT ADMINISTRATION)

ABSTRACT

This research is an exploratory research aims to measure the level and comparing the difference of perception on quality management and team work among nurses team leader and non leader, and examine the relationship between team work and quality management in the intensive care unit. The sample was simple randomed as a total of 130 nurses with at least one year of experience at a university hospital in Bangkok. Data were collected using a five rating scale questionnaires during March to April 2012. The statistical methods used in this research were descriptive statistic, inferential statistic, independent t-test and Pearson's product-moment correlation efficient.

The results revealed that nurses' perception of quality management in intensive care unit, and nursing teamwork were at a high level (mean 3.96, mean 4.07, respectively). Perception of quality management between nurses' team leader of non leader in intensive care unit were not different. Team work had a moderate level of positive relationship with the quality management at a statically significant (p-value .001).

KEY WORDS: QUALITY MANAGEMENT / TEAM WORK /
INTENSIVE CARE UNIT

120 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 สมมุติฐานของการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตการศึกษาวิจัย.....	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
1.7 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ.....	6
1.8 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	8
1.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้.....	10
2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	12
2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม.....	28
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	45
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	50

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยมนุษย์.....	51
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	54
ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	57
ส่วนที่ 3 ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	64
ส่วนที่ 4 ทดสอบสมมติฐานงานวิจัย.....	70
บทที่ 5 การอภิปรายผล.....	74
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	80
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	86
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	93
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก.....	108
ประวัติผู้วิจัย.....	120

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน.....	47
3.2 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของตัวแปร.....	50
4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ตามลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการ ซึ่งปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	55
4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาล ประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	57
4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างของพยาบาลประจำการ ในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	58
4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการของพยาบาล ประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	59
4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ของพยาบาลประจำการ ในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	62
4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลประจำการ ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	64
4.7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทำงานเป็นทีมด้านการติดต่อสื่อสารของพยาบาลในหอ ผู้ป่วยวิกฤต.....	65
4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือของพยาบาลในหอผู้ป่วย วิกฤต.....	66
4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทำงานเป็นทีมด้านการประสานงานของพยาบาลในหอ ผู้ป่วยวิกฤต.....	67
4.10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ของพยาบาล ในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	68
4.11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทำงานเป็นทีมด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องของ พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	69

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาล ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	71
4.13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการทำงานเป็นทีม กับการจัดการ คุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามรายด้าน.....	72

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย “การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วย วิกฤต”.....	8
2.1 วงจรเดมมิง (Deming Cycle หรือ PDCA Cycle)	13
2.2 การประกันคุณภาพ.....	16
2.3 Quality Assurance Model.....	21
2.4 Quality Improvement – Donabedian Model.....	22

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของสังคมไทยที่พึงประสงค์ เป็นสังคมที่เข้มแข็งและมีคุณภาพ 3 ด้าน คือ สังคมคุณภาพ สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ และสังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน ในด้านสังคมคุณภาพกำหนดให้บริการสุขภาพมีคุณภาพและประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสองในเจ็ดยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาสุขภาพฉบับนี้ ได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาหลักประกันด้านสุขภาพและคุณภาพบริการ และยุทธศาสตร์ที่ 7 การพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศด้านสุขภาพ โดยพัฒนาและรับรองคุณภาพ ผลลัพธ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ตามมาตรฐานประเทศคู่ค้าและมาตรฐานสากล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548)

ต่อมาแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) มีการขยายบริการสุขภาพให้กว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการเร่งรัดพัฒนาคุณภาพมาตรฐานรวมทั้งพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ แต่การเข้ารับบริการทางการแพทย์ก็ยังเป็นเรื่องยาก การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนมีความสะดวกสบายมากกว่าโรงพยาบาลของภาครัฐ แต่ค่ารักษาพยาบาลที่แพงทำให้มีเฉพาะประชาชนจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เข้าถึงได้ บริการที่คนส่วนใหญ่ได้รับจากสถานพยาบาลภาครัฐมักมีลักษณะ หนึ่งอ รอนาน บริการแย่ การมีผู้ใช้บริการมากขึ้นจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายิ่งทำให้คุณภาพบริการแย่ลง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าประชาชนยังไม่พึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลรัฐ ดังเช่นผลการวิจัยของพัชรี ทองแผ่ (2540) วารี วนิชปัญจพล (2539) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 จึงยังคงมียุทธศาสตร์เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการและผู้ให้บริการพึงพอใจในประสิทธิภาพและคุณภาพมาตรฐานบริการ จากยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 และ 10 ที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ ดังนั้นบริการพยาบาลก็เป็นสิ่งที่ควรพัฒนาคุณภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้สามารถตอบสนองต่อนโยบายและความต้องการของผู้ใช้บริการ

คุณภาพบริการพยาบาล มีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งมอบให้กับผู้ใช้บริการให้ได้ตรงตามเป้าหมายขององค์กรที่วางไว้ อันประกอบด้วย ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การบริการที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ต้องการ และลดผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการ การบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาลต้องคำนึงถึงการส่งมอบบริการที่ดีแก่ผู้ใช้บริการ และการบริหารทรัพยากรอย่างเหมาะสม ทั้งผลผลิต บริการ และสิ่งแวดล้อมการทำงาน ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ด้วยเช่นกัน (เพ็ญศรี ชำนาญวิทย์, 2547) แต่การให้บริการพยาบาลอยู่ในภาวะวิกฤต ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ นายกสภาการพยาบาลได้สรุปภาวะวิกฤตของวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย 3 ประการ ประการแรก คือ การขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาล ประการที่สอง คือ วิกฤตภาพลักษณ์ของวิชาชีพ และประการสุดท้าย คือ วิกฤตของการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2550) ระบบการบริการพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงตัวชี้วัดคุณภาพการบริการที่มีมาตรฐาน

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ และได้มาตรฐาน หรือเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงได้มีการนำนโยบายการรับรองรับคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) มาใช้กันมากขึ้น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงถูกจัดตั้งขึ้นทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ ประเมินและรับรองคุณภาพ เพื่าระวังหลังจากการประเมิน และประเมินซ้ำ สำหรับประเด็นหลักในการประเมินเพื่อให้การรับรอง จำแนกเป็น 6 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และหมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย การประเมินมี 3 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลระดับโรงพยาบาล ส่วนที่สอง ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิก และส่วนที่สาม ข้อมูลระดับหน่วยงาน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553) ซึ่งหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่ต้องถูกประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานเฉพาะหน่วยงาน จึงต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการเพราะต้องมีการประเมินตนเอง ฉะนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องรู้เรื่องการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้บริการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพ

การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต มีความซับซ้อนและการวินิจฉัยที่ต้องการการพยาบาลที่หลากหลาย บางครั้งอาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการผ่าตัด การทำหัตถการต่าง ๆ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือทาง

การแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงเพื่อประเมินสถานะและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการงานสูง (Murabito, Rubulotta et. al., 2008) ตัวอย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 1 วัน สูงกว่าการรักษาในหอผู้ป่วยในทั่วไปถึง 6 เท่า แม้ว่าจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤตมีเพียงร้อยละ 8 ของจำนวนเตียงในโรงพยาบาล แต่ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงถึงร้อยละ 20-30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2550)

การให้การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เนื่องจากการใช้ยา การทำหัตถการต่าง ๆ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์มากมายในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากข้อผิดพลาดทางการแพทย์ได้ ในปี 1997 มีงานวิจัยในสหรัฐอเมริกาชี้ให้เห็นว่ากว่า 33.6 ล้านของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสหรัฐอเมริกา มี 44,000 ถึง 98,000 คนเสียชีวิตในแต่ละปี เป็นผลมาจากข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับข้อผิดพลาดทางการแพทย์โดยเฉลี่ย 2 ข้อผิดพลาดต่อวัน (Scrivens, 2005) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่มีคุณภาพจากอัตราค่าลงบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดความพร้อมของอุปกรณ์และยา การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าช้า การสื่อสารที่ผิดพลาดไม่เหมาะสม ข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ทำให้เพิ่มผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อัตราการตาย อัตราป่วย นำไปสู่การบริการผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่มีคุณภาพในที่สุด (Prasanta Kumar Dey and Hariharan, 2006) ทำให้มีการพิจารณาถึงการจัดการคุณภาพหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างยั่งยืน

การทำงานเป็นทีมนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยวิกฤต (Shortell, Zimmerman et. al., 1994) การทำงานเป็นทีมเป็นพื้นฐานสำคัญของความสำเร็จในการบริหารจัดการองค์กร ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันในด้านทักษะ ความรู้ ความสามารถของแต่ละบุคคล การรวมกลุ่มทำให้เกิดพลังความสามารถในการทำงานมากขึ้น ความสำคัญของการทำงานเป็นทีมมีหลายประการ เช่น เป็นการกระตุ้นกันและกัน ช่วยกันตรวจสอบความก้าวหน้า และความผิดพลาดของการทำงาน นอกจากนั้นแล้ว การทำงานเป็นทีมยังช่วยเพิ่มผลผลิตภาพรวมได้ดีมากกว่า อีกทั้งเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจ เนื่องจากใช้กระบวนการกลุ่มหรือใช้อำนาจของกลุ่มมาจัดการปัญหา ฉะนั้นการบริการที่มีคุณภาพนั้นจำเป็นต้องทำงานกันเป็นทีม เพื่อให้บริการเกิดความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจ ปลอดภัยและสะดวก รวดเร็วในการให้บริการ กระบวนการทำงานเป็นทีมที่ดีย่อมทำให้งานบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจึงต้องมีการทำงานเป็นทีมเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงาน และเป็นการตรวจสอบ ลดข้อผิดพลาดในการทำงานจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างรีบเร่ง

โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย เป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง มีหน้าที่ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปและเป็นสถานที่ฝึกหัดบุคลากรทางการแพทย์ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล ฯลฯ และเป็นโรงพยาบาลสำหรับการค้นคว้าวิจัยต่าง ๆ เป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ที่มีขีดความสามารถในการให้บริการและมีความพร้อมสูง อีกทั้งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆครบทุกสาขา และรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลทุติยภูมิ และโรงพยาบาลปฐมภูมิด้วย ทำให้มีอัตราผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี จากข้อมูลของโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยที่ศึกษาพบว่า มีอัตราผู้ป่วยในจากปี 2547 ถึงปี 2551 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.8 โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในด้านต่าง ๆ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายและเป็นทิศทางเดียวกันในการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการพยาบาลภายใต้กิจกรรมพัฒนาคุณภาพและต้องสามารถตรวจสอบได้ การมอบหมายงานเป็นเครื่องมือชี้วัดถึงการปฏิบัติงานของพยาบาล และผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อการจัดการระบบสุขภาพเพียงใด ซึ่งในปัจจุบันการมอบหมายงานในหอผู้ป่วยต่าง ๆ เป็นการมอบหมายงานตามหน้าที่รับผิดชอบแบบทีมพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ปริมาณงานไม่ได้สัดส่วนกับอัตรากำลังของพยาบาล ลักษณะการทำงานจึงรีบเร่งให้เสร็จตามเวลามากกว่าพิจารณาผลของการปฏิบัติงานในเชิงคุณภาพ (ปาริชาติ ดันสุวรรณ, 2545) พยาบาลจึงมุ่งปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ทันกับเวลา เป็นการงานที่มุ่งปริมาณและปฏิบัติเพียงงานประจำให้เสร็จเท่านั้น ด้วยเหตุที่ว่าผู้ให้บริการมุ่งให้ความสำคัญแก่ “กิจกรรมบริการ” มากกว่า “พฤติกรรมบริการ” (ชานาญ ภูเอี่ยม, 2540) ดังนั้นความใกล้ชิดและสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับพยาบาลจึงมีข้อจำกัด การพยาบาลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอาจทำไม่ได้เต็มที่จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยที่ศึกษาพบว่ามีความพึงพอใจร้อยละ 76.8 จากตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ของหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต อัตราตายของผู้ป่วยวิกฤต (ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2547) พบว่าจำนวนวันนอนผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยที่ศึกษาลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี จาก 7,039 วัน เป็น 9,788 วัน ภายในระยะเวลา 3 ปี (ปี พ.ศ. 2547-2551) และอัตราตายของผู้ป่วยในก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย จากข้อมูลข้างต้นทำให้ต้องมีการให้ความสำคัญกับการจัดการคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และตอบสนองความต้องการความคาดหวังของผู้ป่วย จนเกิดความพึงพอใจ ประทับใจในบริการที่ได้รับ

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นอย่างไร
- 2) การรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตแตกต่างกันหรือไม่
- 3) การทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นอย่างไร
- 4) การทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อวัดระดับการรับรู้เรื่องการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 2) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 3) เพื่อวัดระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 4) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีม และการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.4 สมมุติฐานของการวิจัย

- 1) การรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตแตกต่างกัน
- 2) การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.5 ขอบเขตการศึกษาวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในระหว่างวันที่ 19 มีนาคม 2555 - 27 เมษายน 2555

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

- 1) ผลการวิจัยสามารถเป็นข้อมูลในการจัดการความรู้เพื่อบริหารจัดการการทำงานเป็นทีม และปรับปรุงการจัดการคุณภาพบริการพยาบาลของหอผู้ป่วยวิกฤตในอนาคต
- 2) เพื่อให้้องค์การหาวิธีลดช่องว่างของการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตหากมีการรับรู้แตกต่างกัน และหาสาเหตุเพื่อลดช่องว่างความแตกต่างของการรับรู้ อันนำไปสู่การทำวิจัยในอนาคต

1.7 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

การรับรู้การจัดการคุณภาพ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ต่อการจัดการคุณภาพภายในหอผู้ป่วยและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพที่กำหนดไว้ในแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การรับรู้ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง หมายถึง การรับรู้ความพอเพียงของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์, บุคลากรทางการแพทย์ และทรัพยากรต่าง ๆ สำหรับการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

2. ด้านกระบวนการ หมายถึง การรับรู้แบบแผนหรือแนวทางให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และป้องกันการเกิดอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วย เช่น แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ แนวทางในการให้ยาเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการให้ยา แนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ เป็นต้น

3. ด้านผลลัพธ์ หมายถึง การรับรู้ผลลัพธ์ซึ่งสืบเนื่องมาจากการทำกระบวนการที่มีการจัดการคุณภาพการดูแลรักษา เช่น อัตราตาย อัตราการมีชีวิตรอด อัตราการให้ยาผิด อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม อัตราการเกิดการติดเชื้อ อัตราการเกิดรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย เป็นต้น

หอผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยบุคลากรที่มีความชำนาญ ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูง ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและทรวงอก หอผู้ป่วยวิกฤตศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรคหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก และหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรปริญญาตรีหรือสูงกว่า ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลชั้นหนึ่ง

ตำแหน่ง หมายถึง หน้าที่ที่จะต้องทำและรับผิดชอบในหอผู้ป่วยวิกฤต ในที่นี้มี 2 ตำแหน่ง คือ

1. **พยาบาลหัวหน้าทีม** หมายถึง ผู้บังคับบัญชาพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งพยาบาลระดับหัวหน้าเวร (In charge) ในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. **พยาบาลปฏิบัติการ** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยและกำลังปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต

การทำงานเป็นทีม หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลที่มีต่อสมาชิกในหอผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการให้บริการพยาบาล โดยรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน ซึ่งจำแนกออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ คือ

1. **ด้านการมีความคิดสร้างสรรค์** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลที่มีต่อสมาชิกในหอผู้ป่วยว่าได้มีการร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงงาน โดยการคิดค้นวิธีการปฏิบัติงานใหม่ ๆ ที่แตกต่างไปจากการปฏิบัติงานเดิม ซึ่งมีผลให้การทำงานสะดวกรวดเร็ว

2. **ด้านการติดต่อสื่อสาร** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลที่มีต่อสมาชิกในหอผู้ป่วยว่ามีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างอิสระ รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการตรวจสอบความเข้าใจตรงกันระหว่างสมาชิกทีม มีการประชุมปรึกษาหารือเพื่อแก้ปัญหาหรือป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

3. **ด้านการประสานงาน** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลประจำการที่มีต่อสมาชิกในหอผู้ป่วยว่ามีการจัดระเบียบการทำงานที่มีความเกี่ยวเนื่องกันภายในทีมหรือระหว่างทีม ซึ่งเป็นความรับผิดชอบร่วมกัน มีการจัดการความขัดแย้ง โดยมีกิริยามารยาทการพูดจาที่ดีต่อกัน ทำให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายด้วยความรวดเร็ว

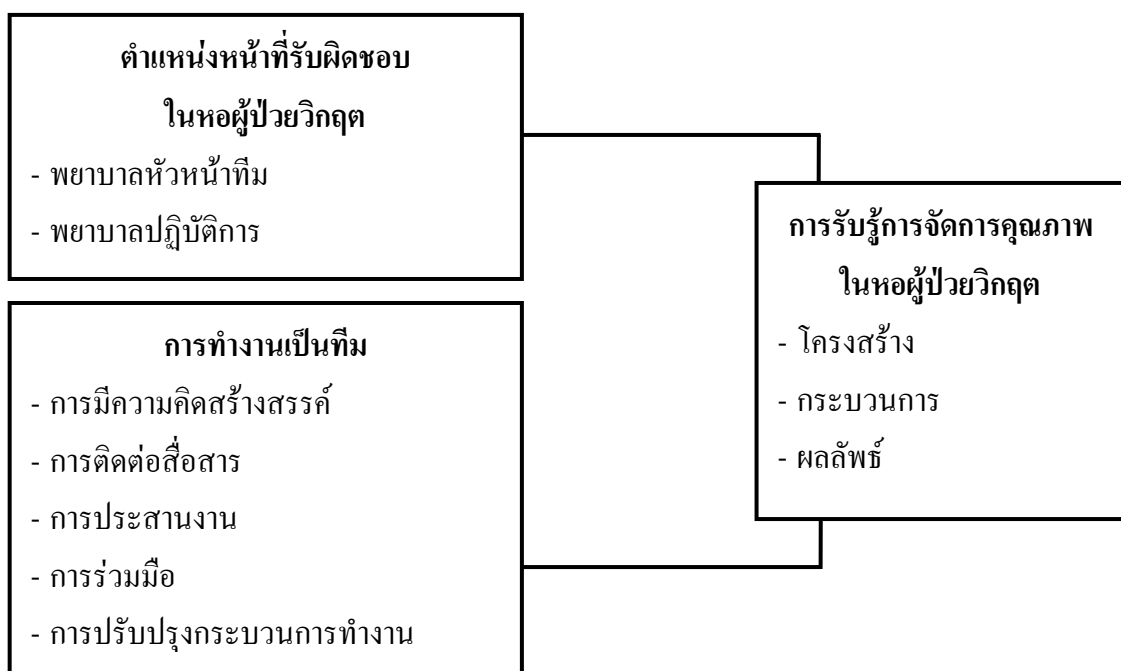
4. **ด้านการร่วมมือ** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลประจำการที่มีต่อสมาชิกในหอผู้ป่วยว่ามีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยความเต็มใจ ร่วมกันวางแผนการพยาบาล และร่วมกันอภิปรายปัญหาที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไข เพื่อให้ทีมบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

5. **ด้านการปรับปรุงกระบวนการทำงาน** หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลประจำการที่มีต่อสมาชิกในหอผู้ป่วยว่าได้นำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้วิธีการใหม่ ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงานที่สามารถลดระยะเวลาการทำงาน และปรับปรุงคุณภาพการบริการ โดยมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

1.8 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.1 พยาบาลหัวหน้าทีม
 - 1.2 พยาบาลปฏิบัติการ
2. การทำงานเป็นทีม
 - 2.1 การมีความคิดสร้างสรรค์
 - 2.2 การติดต่อสื่อสาร
 - 2.3 การประสานงาน
 - 2.4 การร่วมมือ
 - 2.5 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน
3. การรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.1 โครงสร้าง
 - 3.2 กระบวนการ
 - 3.3 ผลลัพธ์

1.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย “การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต”

สรุปในบทนำ ผู้วิจัยได้กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) จนถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและคุณภาพมาตรฐานบริการ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการนำนโยบายการรับรองรับคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) มาใช้ หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่ต้องถูกประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานเฉพาะหน่วยงาน มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการงานสูง การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงมีความสำคัญ เพราะฉะนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย เพราะเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง มีตัวชี้วัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ของหอผู้ป่วยวิกฤตได้แก่ อัตราตาย และจำนวนวันนอนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่ทำการศึกษามีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำเสนอในบทที่ 2 ต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดระดับการรับรู้เรื่องการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต และหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีม และการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้
- 2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้

2.1.1 ความหมายของการรับรู้

นักวิชาการหลายคนทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ให้ความหมายของการรับรู้ ดังนี้ การรับรู้ หมายถึง การแปลความหมายจากการสัมผัส โดยเริ่มตั้งแต่ การมีสิ่งเร้ามากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสทั้งห้า และส่งกระแสประสาทไปยังสมองเพื่อการแปลความ (NovaBizz, 2554)

มอริสัน (Morisson, 1989: 61-85) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ประการ คือการมองเห็น ได้ยิน ดมกลิ่น รับรสและสัมผัส เพื่อกำหนดความคิดเห็น ส่วนเว็บสเตอร์ (Webster, 1998) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

เทพนม เมืองแมน และสวีส สุวรรณ (2540: 6-7) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึง กระบวนการในการเลือกรับ การจัดระเบียบ และแปลความหมายของสิ่งเร้าที่บุคคลเห็น หรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยสภาพแวดล้อมหนึ่ง ๆ ต่างจากสรวงทิพย์ ภู่อุณณา (2541: 15) กล่าวว่า การรับรู้คือ

กระบวนการภายในตัวบุคคลในการให้ความหมายข้อมูลที่ได้รับการสัมผัสสิ่งเร้าของประสาทสัมผัสต่าง ๆ โดยใช้สมอง ประสาทการรับรู้ และสภาพจิตใจของบุคคลในการให้ความหมาย สิ่งที่ได้รับรู้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมตามการรับรู้ นั่น โดยแสดงออกเป็นการกระทำ ความนึกคิดและแนวคิด เช่นเดียวกับเกสราวัลย์ นิลาลงกุล จินตนา ตั้งวาทพงษ์ชัย et. al. (2542) ซึ่งกล่าวว่าการรับรู้เป็นกระบวนการทำงานของสมอง ซึ่งแปลผลมาจากการสัมผัสต่อสิ่งเร้า แล้วมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าขึ้น โดยที่บุคคลจะอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมมาช่วยแปลผลแล้วสังสมเป็นประสบการณ์ใหม่ที่จะตอบสนอง และมีผลต่อการแสดงออกเป็นพฤติกรรมของบุคคล

สรุปได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลสัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วสมองแปลความหมายจากความรู้และประสบการณ์เดิมแล้วแสดงออกตามความรู้สึที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

2.1.2 ปัจจัยการรับรู้

ปัจจัยการรับรู้ มี 2 ประเภท คือ ลักษณะของผู้รับรู้ และลักษณะของสิ่งเร้า (NovaBizz, 2554)

1. ลักษณะของผู้รับรู้

1.1 ด้านกายภาพ หมายถึง อวัยวะสัมผัส เช่น หู ตา จมูก และอวัยวะสัมผัสอื่น ๆ ความสมบูรณ์ของอวัยวะรับสัมผัส จะทำให้รับรู้ได้ดี การรับรู้บางอย่างเกิดจากอวัยวะรับสัมผัส 2 ชนิดทำงานร่วมกัน ทำให้เราแปลความหมายของสิ่งเร้าได้ถูกต้องขึ้น แต่ความสามารถของอวัยวะสัมผัสมีขอบเขตจำกัด ไม่สามารถรับสัมผัสสิ่งเร้าได้ทุกชนิด วัตถุขนาดเล็กมากเราไม่สามารถมองเห็นได้ พวกรังสี คลื่นวิทยุ ประสาทหูรับไม่ได้ เป็นต้น

1.2 ด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของคนที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ นั้น มีหลายประการ เช่น ความจำ อารมณ์ ความพร้อม สติปัญญา การสังเกตพิจารณา ความสนใจ ความตั้งใจ ทักษะการเรียนรู้ วัฒนธรรม ประสบการณ์เดิม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นผลจากการเรียนรู้เดิม และ ประสบการณ์เดิมทั้งสิ้น นักจิตวิทยาถือว่าการรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกสรรอย่างมีเลือก (High Selective) เริ่มตั้งแต่รับสัมผัส เลือกเอาเฉพาะที่ต้องการ และแปลความให้เข้ากับตนเอง บุคคลจึงจะเลือกรับรู้

2. ลักษณะของสิ่งเร้าพิจารณาได้จาก การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดก่อนหรือหลัง มากหรือน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับว่าสิ่งเร้าดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจมากน้อยเพียงใด

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต

2.2.1 ความหมายของคุณภาพ

ครอสบี (Crosby, 1984) จูราน (Juran, 1989) ไฟเกนบาวน์ (Feigenbaum, 1991) วิกทอรี สิมะโชคติ (2542) ให้นิยามของคุณภาพ คือ ความเป็นเลิศ ประโยชน์ หรือมาตรฐาน ที่เป็นไปตามความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ

ดังนั้นสรุปได้ว่า คุณภาพ หมายถึง การกระทำที่มีมาตรฐาน ต้องการตอบสนองความพึงพอใจของคนในองค์กรหรือผู้ให้บริการ และตอบสนองความพึงพอใจของคนนอกองค์กรหรือผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นที่การผลิต คือทำให้ถูกต้องตั้งแต่แรก มากกว่าการตรวจสอบ และมีการทำอย่างต่อเนื่อง ซ้ำแล้วซ้ำอีก และจากการทบทวนคุณภาพ ประกอบด้วย การปรับปรุง การวางแผน และการควบคุม งานวิจัยนี้ได้เลือกเอาการปรับปรุงคุณภาพมาใช้ในการจัดการคุณภาพ เนื่องจากการปรับปรุงคุณภาพสามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลตติยภูมิการปรับปรุงคุณภาพสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายถึง \$2.6 ล้านต่อปี (Chelluri, 2008) และทำให้พัฒนาระดับผลการปฏิบัติงานซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในหอผู้ป่วยวิกฤต (Murabito, Rubulotta et. al., 2008) ทำให้พบทางในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานและวิธีใหม่ที่ดีกว่าในการปฏิบัติงาน

2.2.2 ความหมายของการจัดการคุณภาพ

ไรท์ (Wright, 2006) ให้ความหมายว่าการจัดการคุณภาพ หมายถึง องค์ประกอบในการวางแผนประเมินประสิทธิผลของหน่วยงานหรือบริการ

ณัฐพันธุ์ เขจรนันท์ (2547) ให้ความหมายว่าการจัดการคุณภาพ หมายถึง เครื่องมือทางการบริหารที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาวัฒนธรรม ระบบ กระบวนการ และผลลัพธ์ที่อยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ บริการ หรือความคิดสร้างสรรค์ของธุรกิจให้สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ประทับใจ

ปราณี ปานแมน (2547) ให้ความหมายว่าการจัดการคุณภาพ หมายถึง การจัดการกระบวนการต่าง ๆ ให้มีคุณภาพให้แก่ลูกค้า หัวใจสำคัญอยู่ที่การจัดการกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

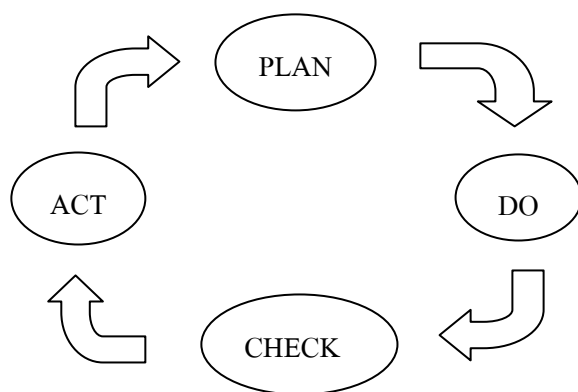
นฤมล กิจไพศาลรัตน์ (2551) รัตนา เจริญวรรณ (2551) วชิรี เทพพุทธานุ (2551) กิตติชัย รัตนะ (2552) ให้ความหมายว่าการจัดการคุณภาพ หมายถึง การจัดการขององค์กรให้เป็นไปตามมาตรฐาน และคุณภาพ

สรุปได้ว่า การจัดการคุณภาพ หมายถึง การบริหารจัดการพัฒนาสินค้าหรือบริการตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อประเมินประสิทธิผลของหน่วยงานหรือบริการ และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม

2.2.3 การจัดการคุณภาพ

เดมมิง (Deming, 1986) ได้บัญญัติหลักการจัดการคุณภาพ 14 ข้อ ดังนี้ คือ

1. ความมุ่งมั่นในการสร้างคุณภาพ โดยมีเป้าหมายหลักคือ สร้างนวัตกรรม (Innovation) การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance)
2. ยอมรับปรัชญาใหม่ๆ ของการจัดการคุณภาพ โดยนำเอานวัตกรรมแห่งคุณภาพมาเป็นหลักการประจำใจของพนักงานทุกคน เพราะคุณภาพเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการทำงานตามที่ได้รับคำสั่ง เป็นสามารถดูแลรับผิดชอบในผลงานของตนเองได้
3. การควบคุมคุณภาพมุ่งที่การควบคุมกระบวนการผลิตเป็นสำคัญ ไม่ใช่ตรวจสอบสินค้าที่ผลิตเสร็จแล้วเท่านั้น เพราะการตรวจสอบขั้นสุดท้ายไม่สามารถป้องกันความผิดพลาดไม่ให้เกิดขึ้นได้
4. ยุติวิธีดำเนินธุรกิจโดยการตัดสินใจที่ราคาขายเพียงอย่างเดียว การใช้ราคาขายที่ต่ำสุดมาเป็นเกณฑ์ในการดำเนินธุรกิจเป็นสิ่งไม่ถูกต้อง เพราะคุณภาพของสินค้าไม่ได้มาตรฐานก็ไม่สามารถทำให้ลูกค้าซื้อสินค้าได้
5. ปรับปรุงระบบการผลิตและระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) โดยใช้วงจรของเดมมิง (Deming Circle หรือ Deming Cycle) เรียกว่า Plan Do Check Act หรือ PDCA



แผนภูมิที่ 2.1 วงจรเดมมิง (Deming Cycle หรือ PDCA Cycle) (Deming, 1986)

P PLAN	→	วางแผนและกำหนดสิ่งที่จะต้องทำ
D DO	→	กระทำตามที่ได้วางแผน
C CHECK	→	ตรวจสอบดูว่าบริการมีคุณภาพตามความต้องการหรือข้อกำหนดของผู้ใช้ บริการหรือไม่
A ACTION	→	ตรวจสอบดูว่าผู้ใช้บริการพอใจหรือไม่ ถ้ามีข้อบกพร่องก็แก้ไขปรับปรุง โดยกลับไปยังกระบวนการเดิม (เริ่มทำวงจร PDCA ใหม่) ถ้าเป็นที่พอใจ ก็บันทึกไว้เป็นมาตรฐานวิธีทำงาน

6. ทำการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอให้แก่พนักงานทุกคน โดยเฉพาะเรื่องของการควบคุมคุณภาพเชิงสถิติและเครื่องมือแห่งคุณภาพ การทำซ้ำบ่อย ๆ จะเป็นการทบทวนในการบริหารคุณภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

7. สร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้น ทำให้พนักงานเป็นผู้นำตนเองเพื่อรับผิดชอบในผลงานของตน โดยการทำให้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น (Right The First Time) เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการสร้างวัฒนธรรมแห่งคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กร

8. ขจัดความกลัวให้หมดไป โดยสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ ผู้ที่สงสัยต้องกล้าที่จะสอบถามในสิ่งที่ตนไม่รู้หรือไม่เข้าใจโดยไม่กลัวที่จะแสดงออก เปิดโอกาสและกระตุ้นให้พนักงานกล้าแสดงออกเพื่อเสนอแนะวิธีการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น

9. ทำลายอุปสรรคที่ขัดขวางความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ โดยการกำจัดโครงสร้างที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ให้หมดสิ้นไป หรือใช้การจัดโครงสร้างองค์การแบบคร่อมสายงาน (Cross Function) เพื่อให้พนักงานต่างหน่วยงานกันแต่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกันกับการปรับปรุงคุณภาพสามารถร่วมมือกันได้เต็มที่

10. กำจัดคำขวัญและเป้าหมาย คำขวัญและเป้าหมายจะไม่มี ความหมายเลยหากปราศจากแนวทางที่ชัดเจน ดังนั้นการใช้คำขวัญและเป้าหมายเพื่อการจูงใจหรือกระตุ้นเตือนต้องมีวิธีการปฏิบัติที่จะทำให้บรรลุคำขวัญหรือเป้าหมายนั้น

11. กำจัดจำนวนโศกนาฏกรรมที่เป็นตัวเลข เพราะการกำหนดโศกนาฏกรรมผลิต มักจะทำให้พนักงานฝ่ายผลิตมุ่งสนใจในปริมาณมากกว่าคุณภาพของผลผลิต ผู้บริหารจึงไม่ควรใช้ตัวเลขโศกนาฏกรรมผลิตที่ระบุเป็นตัวเลขขั้นต่ำเพื่อการวัดผลงานแต่เพียงอย่างเดียว

12. กำจัดสิ่งกีดขวางความภาคภูมิใจของพนักงาน การมีส่วนร่วมโดยมอบรางวัลหรือคำชมเชยในการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มควบคุมคุณภาพ (QCC) หรือเมื่อพนักงานได้

เสนอแนะข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงคุณภาพ จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจและพอใจในงานมากขึ้น

13. จัดทำแผนการศึกษาและทำการฝึกอบรมบ่อยครั้ง แผนการศึกษาและการฝึกอบรมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะรองรับโครงการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเทคโนโลยีการผลิตเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การฝึกอบรมจึงเป็นการพัฒนาพนักงาน และเป็นการลงทุนระยะยาวที่จะมีผลต่อความอยู่รอดและเจริญก้าวหน้าขององค์กร

14. ลงมือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุสำเร็จการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารจะต้องจัดองค์การและนำตนเองเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อการปรับปรุงคุณภาพ โดยการลงมือปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของทีมงาน และเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารจะต้องยึดมั่นผูกพันในคุณภาพอย่างจริงจัง และต้องเป็นการผูกพันในระยะยาว

จูราน (Juran, 1989) ได้ให้ข้อสังเกตว่า การจัดการคุณภาพประกอบด้วย การวางแผน การควบคุม และปรับปรุงคุณภาพ

การวางแผนงานคุณภาพ (Quality Planning) หมายถึง การกำหนดเป้าหมายที่จะบรรลุสู่ความคาดหวังของลูกค้า พร้อมทั้งวิธีการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดต่อวิธีการที่จะทำให้เกิดความมั่นใจว่า ผลจากวิธีการดังกล่าวทำให้ลูกค้ามีความพึงพอใจ

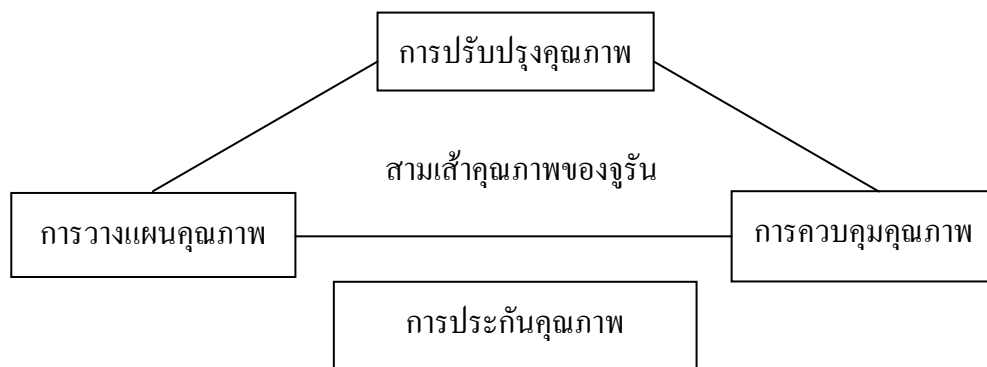
การควบคุมคุณภาพ (Quality Control) เป็นการติดตามผลจากระบวนการเพื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวังของลูกค้า ถ้าพบว่าผลการดำเนินการตามกระบวนการมิได้เป็นไปตามความคาดหวังที่ส่งผลให้ลูกค้าเกิดความไม่พอใจแล้ว จะต้องค้นหาสาเหตุของความไม่พอใจ

การปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) เป็นการคาดการณ์ความคาดหวังใหม่ของลูกค้าสำหรับผลิตภัณฑ์เดิม หรือการค้นหาคำถามจำเป็นของลูกค้าสำหรับการพิจารณาผลิตภัณฑ์ใหม่แล้วทำการวางแผนใหม่ ตลอดจนการควบคุมใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายใหม่

เนื่องจากความต้องการของลูกค้ามีการเปลี่ยนแปลงจึงต้องมีการดำเนินการทั้ง 3 ด้าน (Quality Trilogy) และมีการประกันคุณภาพ เพื่อให้ลูกค้ามีความมั่นใจ โดยวิธีของจูรานมีดังนี้

1. สร้างความตระหนักในเรื่องความจำเป็นและโอกาสสำหรับการปรับปรุงให้ดีขึ้น (Build awareness of the need and opportunity for improvement)
2. ตั้งเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง (Set goals for improvement)
3. จัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Organize to reach the goals)

4. จัดให้มีการฝึกอบรม (Provide training)
5. ดำเนินโครงการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา (Carry out projects to solve problems)
6. รายงานความก้าวหน้า (Report progress)
7. ยอมรับและให้คำชมเชย (Give recognition)
8. สื่อสารผลงาน (Communicate results)
9. รักษาผลงาน (Keep the score)
10. ดำรงไว้ซึ่งความสมดุลโดยการปรับปรุงรายปีให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบและกระบวนการปกติขององค์กร (Maintain momentum by making annual improvement part of the regular system and processes of the company)



แผนภูมิที่ 2.2 การประกันคุณภาพ (Juran, 1989)

2.2.4 กรอบการจัดการ (Management framework)

แนวคิดการจัดการคุณภาพมีทั้งในประเทศและต่างประเทศมากมาย ดังนี้

การจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร TQM (Total Quality Management) มีแนวคิด 3 ประการ (รัตนาน้องแก้ว, 2554)

1. การมุ่งเน้นคุณภาพ (Quality Oriented) คุณภาพถูกตัดสินโดยลูกค้าภายนอก ดังนั้นจึงยึดความต้องการของลูกค้าเป็นศูนย์กลางในการบริหารและดำเนินการ
2. การปรับปรุงกระบวนการ (Process improvement) กระบวนการนี้จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเมื่อพนักงานแต่ละคนสามารถทำงานของตนได้อย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้นและถูกต้องทุกครั้ง พนักงานทุกคนจะทำหน้าที่ผู้ซื้อและผู้ขายในตัวเอง เกิดสภาพลูกค้าภายใน การทำงานจะถูก ต้องอาศัยพนักงานที่มีคุณภาพและมีการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

3. การมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร (Total Involvement) ผู้บริหารและพนักงานทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ เพราะผู้ปฏิบัติงานจะรู้ปัญหาและสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ดีที่สุด

TQM มีองค์ประกอบหลัก 7 ประการ

1. ระบบการนำ (Leadership System) องค์กรมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้องค์กรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. แนวทางและหลักการ (The Guiding Principles) มีระบบประเมินผลและการแบ่งปันผลประโยชน์ที่ยุติธรรม สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน
3. แนวคิด (The Concepts) คือสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ มีจริยธรรมและรับผิดชอบต่อสังคม และมีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง แก้ปัญหาที่สาเหตุ บริหารด้วยข้อมูลจริงในสถานการณ์การจริง เน้นการป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ ดำเนินการบริหารแบบ PDCA และสร้างระบบมาตรฐานที่มีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ
4. ระบบการจัดการคุณภาพ (Quality Management System) ประกอบด้วย การบริหารเชิงมุ่ง การบริหารพร้อมสายงาน การบริหารงานประจำวัน การบริหารกลยุทธ์ และการตรวจวินิจฉัยโดยผู้นำ
5. เครื่องมือและเทคนิคต่าง ๆ ของการจัดการคุณภาพ (Tool and Techniques) เช่น 7 Tools, 7 New QC Tools, Six Sigma และวิธีการต่างๆทางสถิติเป็นต้น
6. การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources Management) พัฒนาบุคลากรตลอดเวลาโดยถือว่า คนเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร
7. การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี (Technology research and Development)

รางวัลคุณภาพแห่งชาติมีดัลคอล์มบอลดริจ คือ MBNQA (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQP) เป็นรางวัลแห่งชาติที่นำแนวคิดของการบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ (Total Quality Management: TQM) มาใช้เพื่อประเมินองค์กรต่าง ๆ และมอบรางวัลซึ่งเป็นรางวัลคุณภาพแห่งชาติ บทบาทที่สำคัญของ MBNQA มีอยู่ 3 ประการคือ (สนั่น เกษารักษ์, 2554)

1. ช่วยปรับปรุงวิธีการดำเนินการ ความสามารถและผลการดำเนินการให้เป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมที่แท้จริง
2. กระตุ้นให้มีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศระหว่างองค์กรต่าง ๆ

3. เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการผลการดำเนินการขององค์กร รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้

เกณฑ์การพิจารณาความเป็นเลิศ 7 ด้าน ได้แก่

1. ภาวะผู้นำ (Leadership)
2. การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning)
3. การให้ความสำคัญกับลูกค้าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและตลาด (Student, Stakeholder and Market Focus)
4. สารสนเทศและการวิเคราะห์ (Information and Analysis)
5. การให้ความสำคัญกับบุคคลและหน่วยงานย่อย (Faculty and Staff Focus)
6. การบริหารกระบวนการ (Process Management)
7. ผลการดำเนินงาน (Organizational Performance Result)

รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA (Public sector Management Quality Award) (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์, 2548) เป็นรางวัลคุณภาพที่ใช้กับภาคราชการ โดยสำนักงาน ก.พ.ร. ร่วมกับสถาบันผลิตผลผลิตแห่งชาติ ได้นำแนวคิดและโครงสร้างของรางวัลคุณภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา Malcolm Baldrige National Quality Award มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของราชการไทย และสอดคล้องกับวิธีปฏิบัติราชการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐและลักษณะสำคัญขององค์กร

เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ประกอบด้วย 7 หมวด ดังนี้

1. การนำองค์กร
2. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์
3. การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
4. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้
5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
6. การจัดการกระบวนการ
7. ผลลัพธ์การดำเนินการ

ลักษณะสำคัญขององค์กร เป็นการอธิบายภาพรวมของส่วนราชการ ประกอบด้วย 2 หัวข้อ คือ ลักษณะองค์กรและความท้าทายต่อองค์กร

รางวัลคุณภาพแห่งชาติ TQA (Thailand Quality Award, 2011) เป็นรางวัลของสถาบันผลิตแห่งชาติมอบให้กับภาคธุรกิจเอกชน โดยมีพื้นฐานทางด้านเทคนิคและกระบวนการตัดสินใจตัดสินรางวัลเช่นเดียวกับรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)

2.2.5 เครื่องมือในการจัดการคุณภาพ

5 ส (สำนักความปลอดภัยแรงงาน, 2552) เป็นเครื่องมือการจัดการคุณภาพ โดยใช้เป็นแนวทางในการจัดระเบียบและปรับปรุงที่ทำงานสถานประกอบการ และงานของตนด้วยตนเอง เพื่อก่อให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ปลอดภัย มีระเบียบเรียบร้อย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยใช้วิธี สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ และสร้างนิสัย

5 ส มาจากคำย่อ “5 S” ซึ่งเป็นอักษรตัวแรกในภาษาญี่ปุ่น 5 คำ คือ

1. เซริ (Seiri) = สะสาง (ทำให้เป็นระเบียบ) คือการแยกให้ชัดเจนระหว่างของที่ต้องใช้กับของที่ไม่จำเป็นต้องใช้ ของที่ไม่จำเป็นต้องใช้ต้องขจัดทิ้งไป กล่าวกันว่า การเพิ่มประสิทธิภาพนั้นต้องเริ่มจาก สะสาง

2. เซตง (Seiton) = สะดวก (วางของในที่ที่ควรอยู่) คือ การจัดวางของที่ต้องใช้ให้เป็นระเบียบสามารถหยิบฉวยใช้งานได้ทันที กล่าวกันว่า ให้ใช้หลัก “สะดวก” นี้เพื่อกำจัดความสูญเปล่าของเวลาในการ “ค้นหา” สิ่งของ

3. เซโซ (Seiso) = สะอาด (ทำความสะอาด) คือ การปิดกวาดเช็ดถูสถานที่ สิ่งของ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องจักร ให้สะอาดอยู่เสมอ ไม่มีเศษขยะ ไม่ให้สกปรก “สะอาด” คือพื้นฐานของการยกระดับคุณภาพ

4. เซเคตซึ (Seiketsu) = สุขลักษณะ (รักษาความสะอาด) คือ การรักษาและปฏิบัติ 3 ส ได้แก่ สะสาง สะดวก และสะอาดให้ติดตลอดไป ก้าวแรกของความปลอดภัยเริ่มจากการรักษาความสะอาด หรือ “สุขลักษณะ” นี้เอง

5. ชิทซึเคะ (Shitsuke) = สร้างนิสัย (ฝึกให้เป็นนิสัย) คือ การรักษาและปฏิบัติ 4 ส หรือสิ่งที่กำหนดไว้แล้วอย่างถูกต้องจนติดเป็นนิสัย

2.2.6 มาตรฐานการจัดการคุณภาพ

สถานดูแลสุขภาพต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ จึงได้มีหน่วยงานต่าง ๆ ที่สร้างมาตรฐานมาใช้เป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพ เช่น

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2553) เป็นการประเมินและรับรองคุณภาพโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ทบทวนข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลให้เหมาะสม พัฒนารูปแบบการประเมินและตัดสินรับรอง พัฒนาผู้ประเมินจากภายนอก กำหนดระเบียบปฏิบัติในการขอการรับรอง ประสานการประเมิน ตัดสินผลการประเมิน ให้คำรับรอง เฝ้าระวังหลังจากการประเมินด้วยการติดตามเครื่องชี้วัด การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการประเมินซ้ำ

Joint Commission International (2011) เป็นองค์กรมุ่งเน้นในการปรับปรุงการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพในระดับสากล โดยผ่านการบริการให้การรับรองและบริการให้คำปรึกษาและมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้องค์กรนั้นนำไปใช้และแก้ปัญหาในทางปฏิบัติอย่างยั่งยืน

2.2.7 การประเมินคุณภาพตามทฤษฎีระบบ

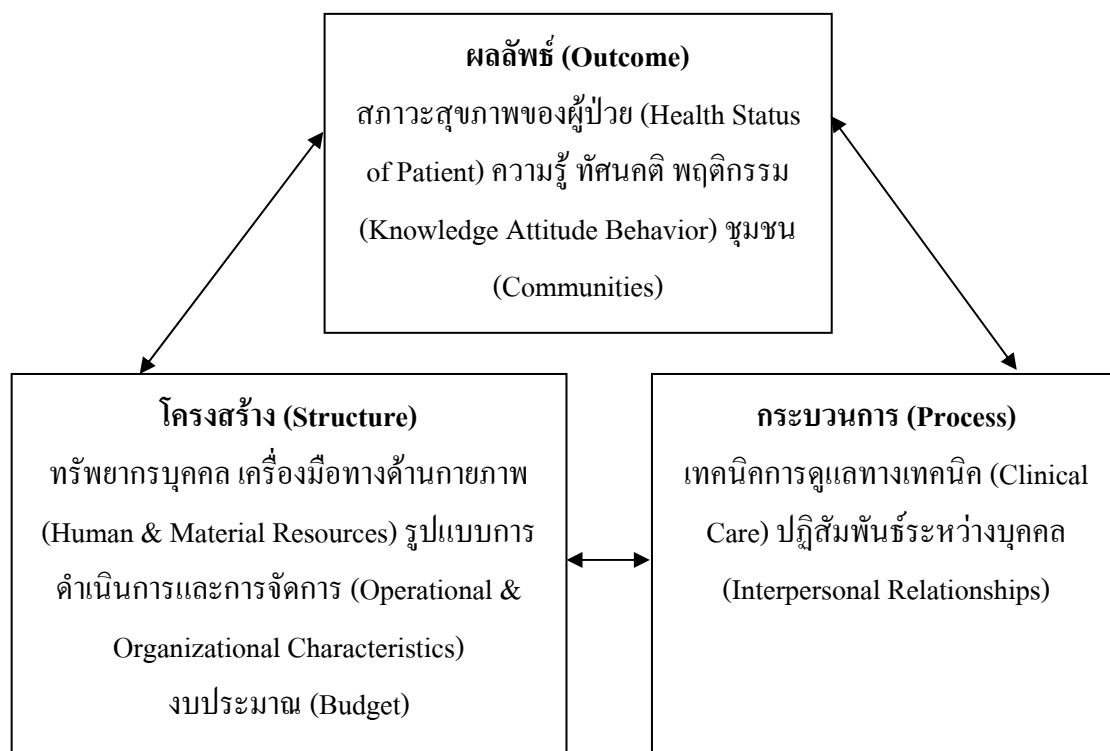
คุณภาพการดูแลนั้นสามารถประเมินบนพื้นฐานของทฤษฎีระบบ ซึ่งอาจจำแนกได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) (พิรุณ รัตนวนิช, 2545)

ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structure) คือ คุณลักษณะต่าง ๆ ของแพทย์และโรงพยาบาล เช่น ความพอเพียงของเครื่องมือ อุปกรณ์ ใบอนุญาตประกอบการของแพทย์ หรือนุเคราะห์ในด้านสุขภาพ และหน้าที่โดยรวมขององค์กร เช่น แพทย์พิเศษเฉพาะทางหรือสถานะของโรงพยาบาล โครงสร้างเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพ (Donabedian อ้างถึง Block, 2006) รวมทั้งเครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ และลักษณะทางกายภาพและการบริหารขององค์กรหรือหน่วยงานที่ให้บริการ มโนทัศน์ของโครงสร้างนี้ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านเครื่องมือกายภาพ ด้านรูปแบบการจัดการ และด้านงบประมาณ ซึ่งทั้งสี่นี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการสุขภาพ

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process) คือ ส่วนประกอบต่าง ๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือนุเคราะห์ทางด้านอื่นกับผู้ป่วย กิจกรรมการปฏิบัติที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ป่วย กระบวนการคุณภาพการบริการพยาบาลควรเป็นกิจกรรมของพยาบาลที่แสดงให้เห็นถึงความรู้ของตน และระดับการปฏิบัติที่ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ป่วย (Donabedian

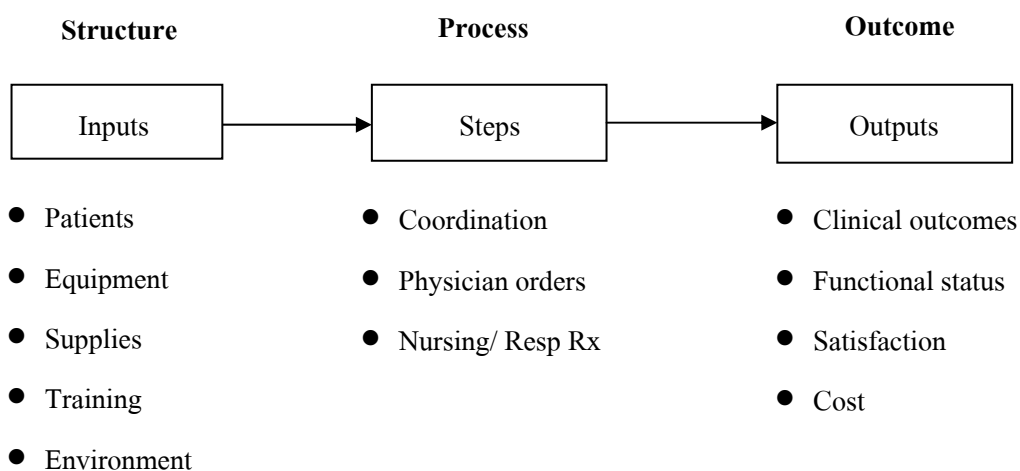
อ้างอิง Block, 2006) แบ่งกระบวนการนี้เป็น 2 ด้าน คือด้านเทคนิค (Technical) และด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) ซึ่งในด้านเทคนิคที่ถือว่าเป็นศาสตร์ของการดูแล เป็นการประยุกต์ศาสตร์หรือเทคโนโลยีสาขาต่าง ๆ มาบริหารจัดการกับปัญหาทางสุขภาพ การประเมินด้านเทคนิคนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ การตัดสินใจ และทักษะในการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการดูแล เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพอยู่บนสมมติฐานที่ว่า การดูแลที่มีคุณภาพสูงจะให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ การประเมินส่วนมากจะใช้ระเบียบประวัติ หรือการทบทวนระเบียบประวัติ การทบทวนเรื่องของการอ้างอิงสิทธิ กิจกรรมการตรวจสอบ เช่น การสั่งการตรวจ ส่วนในกระบวนการด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ถือว่าเป็นศิลป์ของการดูแล หมายถึง การจัดการการปฏิสัมพันธ์ทางจิต-สังคมระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ กระบวนการนี้ต้องตอบสนองความต้องการของบุคคลและสอดคล้องกับความคาดหวังและมาตรฐานของการให้บริการ

ตัวชี้วัดทางผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง สภาวะของสุขภาพของผู้ใช้บริการ การเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วย และการปรับปรุงหน้าที่ทางจิตใจและสังคมที่อาจเป็นปัจจัยนำของภาวะสุขภาพ ซึ่งผลที่ได้รับมักเกิดจากความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย ตลอดจนผลกระทบที่มีไปถึงชุมชน



แผนภูมิที่ 2.3 Quality Assurance Model (Donabedian, 1988)

โดนาบีเดียนได้พัฒนารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังแผนภาพที่ 2.4 โครงสร้าง (Structure) หมายถึง ประเภทและขนาดของหอผู้ป่วยวิกฤต อุปกรณ์ของบุคลากร และเทคโนโลยี กระบวนการ (Process) หมายถึง การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากร การใช้เทคโนโลยี แนวทางของผู้รับการฝึกหัด (trainee) และผู้ตรวจตรา (supervision) ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง แหล่งทรัพยากร หัตถการในการวินิจฉัยและการรักษา และอัตราตาย อัตราการครองเตียง (Length Of Stay) (Chelluri, 2008)



แผนภูมิที่ 2.4 Quality Improvement – Donabedian Model (Chelluri, 2008)

2.2.8 การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต

เมื่อมีการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตแล้ว ต่อมาจึงเป็นการประเมินคุณภาพ ซึ่งการวัดคุณภาพยังคงใช้รูปแบบของโดนาบีเดียน ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ (Varkey, 2010)

โครงสร้าง มีความสัมพันธ์กับรูปแบบของนโยบายและหัตถการ องค์การสุขภาพ จำเป็นต้องมีจำนวนบุคลากรและแหล่งทรัพยากรที่มีคุณภาพ และมีโครงสร้างที่สนับสนุนคุณภาพในการดูแล ตัวอย่างเช่น มีวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอและเหมาะสม มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ผ่านการรับรอง และมีประสบการณ์จากสถาบันทางการแพทย์ การวัดโครงสร้างนั้นง่ายที่จะประเมิน องค์การสุขภาพเก็บรักษาข้อมูลของวัสดุอุปกรณ์ บุคลากร คนไข้เป็นประจำ

กระบวนการ จากการกระทำที่เหมาะสมและวิธีที่ดีที่ได้ดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลที่ได้รับ สมมติฐานทางคลินิกถือว่าถ้าสิ่งที่ทำถูกต้อง ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดของคนไข้จะปรากฏผลลัพธ์

ผลลัพธ์เบื้องต้นได้จากอาการคนไข้ พฤติกรรม การตอบสนอง และความพึงพอใจจากการรักษา การประเมินผลลัพธ์ไม่สามารถทำได้จนกว่าขั้นตอนการรักษาเสร็จสมบูรณ์ ผลลัพธ์ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พันธุกรรม เศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม โครงสร้างกระบวนการมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ ดังนั้น ถ้าโครงสร้าง กระบวนการ มีความน่าเชื่อถือจะส่งผลให้ผลลัพธ์ดีตามมา

ปัจจัยการวัดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) (Prasanta Kumar Dey, Seetharaman Hariharan et. al, 2006)

โครงสร้าง (Structure) สมรรถนะของหอผู้ป่วยวิกฤตขึ้นอยู่กับแหล่งทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น

- อุปกรณ์ทางการแพทย์ (Capital equipment)
- บุคลากรทางการแพทย์ (Staffing)
- การบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้พร้อมใช้ (Maintenance)
- เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ (Supply-chain management)

กระบวนการ (Process) แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย และความสุขสบายของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับ

- การรักษา (Therapeutic interventions) เช่น การใส่สายต่างๆ การทำหัตถการข้างเตียง
- การติดตามการรักษา (Monitoring)
- แบบแผนการรับ-จำหน่ายผู้ป่วย (Admission-discharge protocols)
- การตรวจเยี่ยม (Daily rounds)
- การประชุมโดยใช้กรณีศึกษา (Case conferences)

ความสุขสบายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับ

- การใช้ยานอนหลับและยาผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Sedation)
 - การผ่อนคลายทางโสตประสาท (Audiovisual comforts) เช่นการดูทีวี
- การใช้ดนตรีบำบัด
- การมีสัมพันธภาพที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย (Attitudes of staff)

ผลลัพธ์ (Outcome) พิจารณาจากอัตราป่วย (morbidity) ของผู้ป่วย เหตุการณ์จากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน หรือความพิการเคระระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล และ/หรือ

หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อัตราป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินคุณภาพของหอผู้ป่วยวิกฤต เพราะสมรรถนะของหอผู้ป่วยวิกฤตที่แย่จะทำให้อัตราป่วยเพิ่มขึ้น อัตราป่วยและอัตราตาย (mortality) ของผู้ป่วยเป็นผลจากปัจจัยดังนี้

- ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง (Patient factors) อาการทางคลินิกของตัวผู้ป่วยเองตั้งแต่แรก
- ภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการการรักษาและยา (Iatrogenic complications)
- การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infections)
- การใช้ยาปฏิชีวนะ (Antimicrobial drugs) หลีกเลี่ยงการใช้ยาไม่เหมาะสม ใช้เกินความจำเป็น ให้ใช้ตามข้อกำหนด
- ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย (Patient nutrition) การให้สารอาหารทางปากหรือทางหลอดเลือดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การเทียบเคียงสมรรถภาพคุณภาพการดูแล โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานและสามารถนำผลของหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมดมาเปรียบเทียบคือ องค์ประกอบของคุณภาพการดูแล ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (Murabito, Rubulotta et al., 2008)

โครงสร้าง (Structure) ได้แก่ ขนาดของหอผู้ป่วยวิกฤต ชนิดและจำนวนของอุปกรณ์ที่สามารถใช้ได้ จำนวนของบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

กระบวนการ (Process) ได้แก่ ข้อบ่งชี้ที่ให้ทำหรือไม่ทำกับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่เข้าพักในหอผู้ป่วยวิกฤตจนถึงจำหน่าย รวมถึงการบำรุงรักษาอุปกรณ์ กระบวนการสามารถเริ่มจากการตั้งข้อบ่งชี้ของสาเหตุ การแก้ปัญหาและติดตามประสิทธิผลของการเปลี่ยนแปลง การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพคือต้องระมัดระวังการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ ความผิดพลาดจากการให้ยา และการใช้ทรัพยากร

ผลลัพธ์ (Outcome) อัตราการรอดชีวิต (Survival rate) เป็นพารามิเตอร์ที่ดีที่สุดในการประเมินคุณภาพหอผู้ป่วยวิกฤต แต่ผลลัพธ์ที่ใช้ทั่วไป ได้แก่ อัตราตาย แต่มีวิธีที่ดีกว่าในการประเมินคือ Standardized Mortality Ratio (SMR) โดยใช้ดัชนีความรุนแรง Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE), Simplified Acute Physiology Score (SAPS), Mortality Probability Model (MPM) ซึ่งผลลัพธ์มีหลายชนิดแตกต่างกันตามเกณฑ์ ได้แก่

1. ผลลัพธ์ทางด้านการรักษา (Medical Outcome)

1.1 อัตราการมีชีวิตรอด

1.2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

1.3 การให้ยาผิด

2. ผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic Outcome)

2.1 แหล่งทรัพยากร

2.2 ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษา

3. ผลลัพธ์ทางด้านจิตใจ-สังคมและจริยธรรม (Psycho-Social and Ethical Outcome)

3.1 คุณภาพชีวิตระยะยาว

3.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

3.3 ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย

3.4 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. ผลลัพธ์ทางด้านสถาบัน (Institutional Outcome)

4.1 ความพึงพอใจของบุคลากรและอัตราการลาออก

4.2 ประสิทธิภาพของการใช้เตียงหอผู้ป่วยวิกฤต

ตัวชี้วัดของคุณภาพการพยาบาล (Knowles, Leighton et. al., 1997)

ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง

หน่วยงาน

บริการ

แบบแผนคุณภาพการติดตาม และการพัฒนา ตัวชี้วัดย่อยแสดงถึงประสิทธิภาพการประกันคุณภาพได้แก่

มาตรฐานทางเทคนิค

1. มีบุคลากรที่มีมาตรฐานตามวิชาชีพและปฏิบัติงานตามข้อบังคับของ

2. บุคลากรต้องมีทักษะพื้นฐานตามวิชาชีพและมีทักษะเฉพาะกับงาน

3. มีมาตรฐานที่สะดวกต่อการบังคับใช้

4. มาตรฐานโครงสร้างพื้นฐานตั้งอยู่บนบริการสามารถเตรียมการ

5. มีมาตรฐานชัดเจนสำหรับงานบริการลำดับสูง

6. มีคู่มือการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อสะดวกแก่การเขียน

7. มีการประกันคุณภาพรวมถึงการอบรมบุคลากรและหัตถการเพื่อให้มี

7.1 งานประจำมีการทบทวนและปรับปรุงให้ทันสมัยของ

7.2 วิธีการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพสู่ภาคสนาม

7.3 วิธีเปรียบเทียบสมรรถนะของงานประจำกับมาตรฐาน

7.4 มีการแก้ปัญหาโดยมีข้อมูลเป็นพื้นฐานในงานประจำ

7.5 มีแบบแผนและการจัดการข้อมูลในงานประจำ

8. ไม่เก็บยาไว้มากกว่าสามเดือน

9. ยาจำเป็นควรมีพร้อมใช้

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ

1. งานบริการทางคลินิกต้องมีการบูรณาการกับมาตรฐาน
2. บุคลากรได้รับการตรวจตราในเวลาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงกับการวินิจฉัยและการรักษาตามคู่มือ
4. มีการอ้างอิงและเห็นพ้องกับคู่มือและมาตรฐาน
5. ผู้ป่วยรู้และเข้าใจหัตถการที่จำเป็นเพื่อการรักษาที่สมบูรณ์
6. ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่สมบูรณ์ (Dropout rate)
7. ความพึงพอใจของผู้ป่วย

คุณภาพของการดูแลสามารถติดตามได้ 3 ระดับ (Ray, Samaddar et al., 2009)

1. โครงสร้าง เกี่ยวข้องกับสถาปัตยกรรม บุคลากร สัดส่วนคนไข้กับเตียง
2. กระบวนการ อ้างอิงการรักษาพยาบาลแก่คนไข้ การล้างมือ และการ

ปฏิบัติตามคู่มือ

3. ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด เช่น อัตราการติดเชื้อ อัตราตาย และอื่น ๆ

คุณภาพของกระบวนการ

1. การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องมิงงานทางวิชาการเป็นหลักฐานอ้างอิงได้
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้ทักษะความชำนาญสูง และใช้สหสาขา

วิชาชีพ

3. การตัดสินใจในแนวทางการรักษาเป็นการตัดสินใจร่วมกันของทีม

การรักษา คนไข้และญาติ

4. มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าอาการของคนไข้จะแยลง

ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ เครื่องมือ ได้แก่ คู่มือในการให้การดูแลรักษาคนไข้ในสถานะต่าง ๆ เช่น การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ การให้อาหาร การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ การใช้ยาปฏิชีวนะ การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน การป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารจากความเครียด การล้างมือ เป็นต้น

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราตาย อัตราพิการหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล มี 4 ด้าน ได้แก่

1. Resource utilization & availability ได้แก่ New admission, Patient Days, Ventilator Days, Device Days, Nurse: Patient ratio, Length of Stay, Unplanned Readmission Rate
2. General Complications ได้แก่ Reintubation, Unplanned extubation
3. อัตราการติดเชื้อ ได้แก่ อัตราการล้างมือ การติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิต ระบบทางเดินปัสสาวะ ทางเดินหายใจในคนไข้ใส่ท่อช่วยหายใจ การติดเชื้อฉวยโอกาส การใช้ยาปฏิชีวนะ
4. การให้ยา ได้แก่ การให้ยาผิดโดยผิดทาง ผิดเวลา บริหารยาผิด การแพ้ยา การแพ้จากการให้เลือด

องค์ประกอบคุณภาพของบริการดูแลสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลที่สำคัญมี 2 ประการ คือ คุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติกับมาตรฐาน (Quality of Conformance) กับคุณภาพตามการรับรู้ (Perceived) (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ซึ่งคุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติกับมาตรฐาน คุณสมบัติของตัวชี้วัดคุณภาพการรักษารักษาพยาบาลที่ดีต้องครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาล เพื่อให้พิจารณาคุณภาพได้ในภาพรวม (ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2547) จากการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการได้เลือกใช้รูปแบบของโดนาเบดีน เนื่องจากองค์ประกอบทั้งสามอย่างสามารถบ่งบอกได้ว่าคุณภาพนั้นดีหรือไม่ และรูปแบบนี้ถูกพัฒนาเพื่อประเมินการปฏิบัติทางคลินิก (Donabedian, 2003) จึงสามารถนำมาประเมินการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนนำไปสู่การศึกษาโอกาสพัฒนาได้ในรายละเอียดและทำให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาถึงการรับรู้การจัดการคุณภาพ ตัวชี้วัดคุณภาพเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ได้สรุปออกมาดังนี้

การรับรู้การจัดการคุณภาพ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตต่อการจัดการคุณภาพภายในหอผู้ป่วยและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพที่กำหนดไว้ในแต่ละหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยความรู้ด้านต่าง ๆ คือ

โครงสร้าง หมายถึง การรับรู้ความพอเพียงของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และทรัพยากรต่างๆ เพื่อให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

กระบวนการ หมายถึง การรับรู้แบบแผนหรือแนวทางให้การพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และป้องกันการเกิดอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย เช่น แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ แนวทางในการให้ยาเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการให้ยา แนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ เป็นต้น

ผลลัพธ์ หมายถึง การรับรู้ผลลัพธ์ซึ่งสืบเนื่องมาจากการทำกระบวนการ ที่มีการจัดการคุณภาพการดูแลรักษา เช่น อัตราตาย อัตราการมีชีวิตรอด อัตราการให้ยาผิด อัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม อัตราการเกิดการติดเชื้อ อัตราการเกิดรับกลับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วย เป็นต้น

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม

2.3.1 ความหมายของการทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีม หมายถึง การร่วมกันทำงานของสมาชิกที่มากกว่า 1 คน โดยทุกคนในทีมมีปฏิสัมพันธ์กัน ตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน ตัดสินใจและดำเนินการต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อให้ผลสำเร็จของงานเป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช, 2552) (ชูพงศ์ ปัญจมิตร, 2545) (ทิสนา แคมณี, 2537) (ณัฐพันธ์ เขจรนันท์, 2547) (พนิดา รัตนไพโรจน์, 2542) (เรมวาล นันทศุภวัฒน์ และคณะ, 2542) เช่นเดียวกับ Robbins (1998) กล่าวว่าการทำงานเป็นทีม หมายถึง การทำงานร่วมกันของกลุ่มบุคคล เพื่อให้งานบรรลุผลสำเร็จ และผลสำเร็จที่เกิดขึ้นเป็นของสมาชิกทุกคนที่ทำงาน มิใช่ผลสำเร็จของผู้ใดผู้หนึ่ง ส่วนการพยาบาลเป็นทีม หมายถึง กลุ่มบุคคลต่างระดับความรู้มาปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ (อมรรักษ์ จินนาวงศ์, 2543)

สรุปได้ว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาร่วมกันทำงาน โดยมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เดียวกัน มีการพึ่งพาอาศัยกัน มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยทุกคนที่เป็นสมาชิกต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบงาน และมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกัน

2.3.2 ลักษณะของทีม

ทีมประกอบด้วยกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ บุคคลจำนวน 50 คนขึ้นไปไม่ใช่ทีม ถ้าเขาเหล่านั้นไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง

กัน และไม่มีเป้าหมายร่วมกัน จะเป็นทีมต่อเมื่อสมาชิกมีกิจกรรมผูกพันกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน (สันทนา เลานันทน์, 2544) นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการบางท่านได้ให้ทรรศนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมว่า กลุ่มบุคคลที่มารวมกลุ่มกันเพื่อทำงานเป็นทีมโดยมีเป้าหมายเดียวกัน และมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน สมาชิกแต่ละคนเป็นส่วนหนึ่งของทีม ทุกคนมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบต่องานและมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกัน (Woodcock and Francis, 1994)

ลักษณะที่สำคัญของทีม 4 ประการ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2552) ได้แก่

1. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล หมายถึง การที่สมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีความเกี่ยวข้องกันในการของของทีม/กลุ่ม ตระหนักในความสำคัญซึ่งกันและกัน แสดงออกซึ่งการยอมรับ การให้เกียรติกัน สำหรับกลุ่มขนาดใหญ่มักมีปฏิสัมพันธ์กันเป็นเครือข่ายมากกว่าการติดต่อกันตัวต่อตัว
2. มีจุดมุ่งหมายและเป้าหมายร่วมกัน หมายถึง การที่สมาชิกกลุ่มจะมีส่วนกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมร่วมกันของทีม/กลุ่ม โดยเฉพาะจุดประสงค์ของสมาชิกกลุ่มที่สอดคล้องกับองค์การ มักจะนำมาซึ่งความสำเร็จของการทำงานได้ง่าย
3. การมีโครงสร้างของทีม/กลุ่ม หมายถึง ระบบพฤติกรรม ซึ่งเป็นแบบแผนเฉพาะกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะต้องปฏิบัติตามกฎหรือมติของกลุ่ม ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มแบบทางการ (Formal Group) หรือกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ (Informal Group) ก็ได้ สมาชิกทุกคนของกลุ่มจะต้องยอมรับและปฏิบัติตามเป็นอย่างดี สมาชิกกลุ่มย่อย อาจจะมีกฎเกณฑ์แบบไม่เป็นทางการ มีความสนิทสนมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกด้วยกัน
4. สมาชิกมีบทบาทและมีความรู้สึกร่วมกัน การรักษาบทบาทที่มั่นคงในแต่ละทีม/กลุ่ม จะมีความแตกต่างกันตามลักษณะของกลุ่ม รวมทั้งความรู้ความสามารถของสมาชิก โดยมีการจัดแบ่งบทบาทและหน้าที่ ความรับผิดชอบ กระจายงานกันตามความรู้ ความสามารถ และความถนัดของสมาชิก

2.3.3 ประเภทของทีม

روبินส์ (Robbins, 1998) แบ่งประเภทของทีมการทำงานได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. ทีมแก้ปัญหา (Problem solving teams) เป็นทีมที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 5-12 คน ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน เพื่อร่วมกันปรับปรุงคุณภาพงาน ประสิทธิภาพของทีม และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน หาแนวทางในการปฏิบัติ แต่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ

2. ทีมบริหารงานด้วยตนเอง (Self-managed work teams) เป็นทีมที่ประกอบด้วยบุคลากร 10-15 คน ร่วมกันรับผิดชอบงานโดยไม่มีการบังคับควบคุม มีอำนาจในการตัดสินใจในขอบเขตของงานที่รับผิดชอบ สมาชิกในทีมมีอิสระในการกำหนดตารางเวลาการทำงานให้เหมาะสมโดยไม่เกิดผลกระทบต่องานและผู้อื่น

3. ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Cross-functional teams) เป็นทีมการทำงานที่ประกอบด้วยบุคลากรในระดับเดียวกัน แต่อยู่ในสาขาวิชาชีพต่างกันมาร่วมกันทำงาน โดยใช้ทักษะความรู้ความสามารถตามสาขาวิชาชีพที่ตนเองมีความชำนาญ เพื่อร่วมกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จที่ได้ตั้งเป้าหมายร่วมกัน

วูดคอกก์ และฟรานซิส (Woodcock and Francis, 1994) ได้จำแนกทีมงานตามภารกิจหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็น 6 ประเภท ได้แก่

1. ทีมกลยุทธ์ (Strategic team) เป็นทีมงานที่รับผิดชอบด้านการกำหนดกลยุทธ์นโยบายโครงสร้างและการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ของหน่วยงาน เป็นการมองไปข้างหน้า ทำหน้าที่วางแผนและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

2. ทีมบริหาร (Management team) เป็นกลุ่มผู้บริหารรับผิดชอบงานที่มีลักษณะเฉพาะทางเทคโนโลยี หรืองานที่มีขอบเขตเฉพาะกลุ่มผู้บริหารเท่านั้น

3. ทีมโครงการ (Project team) เป็นคณะทำงานที่แต่งตั้งขึ้นเพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ภายในระยะเวลาที่กำหนด

4. ทีมประสานงาน (Coordination team) เป็นทีมงานทำหน้าที่กิจกรรมการประสานงานของฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานที่มีความยุ่งยากและสลับซับซ้อน

5. ทีมนักคิด (Think-tank team) เป็นคณะบุคคลที่เสนอแนะแนวคิดต่าง ๆ และเป็นผู้สนับสนุนการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ

6. ทีมปฏิบัติการ (Work group) เป็นทีมที่รับผิดชอบการปฏิบัติงานโดยตรง มีบทบาทในการปฏิบัติงานที่เป็นภารกิจหลัก

สุนันทา เลานันท์ (2544) ได้ใช้แนวคิดการพัฒนากลุ่มที่มุ่งเน้นพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม แบ่งทีมงานตามลักษณะกลุ่มเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงคือ

1. ทีมครอบครัว (Family group) คือ ทีมที่ประกอบด้วยสมาชิกจากหน่วยงานเดียวกัน ซึ่งประกอบด้วยผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาจากหน่วยงานเดียวกัน

2. ทีมเครือญาติ (Cousin group) คือ ทีมที่ประกอบด้วยสมาชิกจากองค์กรเดียวกัน แต่อยู่คนละหน่วยงานกัน และไม่ได้มีความสัมพันธ์กันในสายบริหาร

3. ทีมงานย่อย (Cluster group) คือ ทีมที่สมาชิกมาจากหน่วยงานต่าง ๆ ขององค์กร ในแต่ละทีมจะมีกลุ่มย่อย 2-3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มย่อยจะมีสมาชิกที่มีความเกี่ยวข้องทางด้านการงาน แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางด้านการบังคับบัญชา เช่น สมาชิกกลุ่มมาจากฝ่ายบัญชี ฝ่ายพัสดุ ฝ่ายการเงิน ฝ่ายละ 3 คน

4. ทีมคนแปลกหน้า (Stranger group) คือ ทีมที่ประกอบด้วยสมาชิกมาจากต่างองค์กร ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน

2.3.4 ประโยชน์ของการทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมจะมีประโยชน์ต่อองค์กรในด้านต่าง ๆ คือ

1. สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับสมาชิก เพราะการทำงานเป็นทีมจะสร้างความไว้วางใจ ช่วยเหลือกัน และบรรยากาศการทำงานที่ดี ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกสบายใจ พอใจ และเพลิดเพลินกับการทำงาน ก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน และช่วยให้เกิดผลงานที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

2. สร้างความมั่นคงในอาชีพ ช่วยให้สมาชิกของทีมงานมีความมั่นคงและก้าวหน้าในอาชีพ นอกจากนี้องค์กรต่าง ๆ มักจะปรับระบบการประเมิน และให้ผลตอบแทนที่จูงใจแก่ทีม ทำให้สมาชิกในทีมงานที่ประสบความสำเร็จ มีความก้าวหน้าทั้งด้านการงาน รายได้ และอาชีพที่มั่นคง

3. สร้างความสัมพันธ์ในงาน สมาชิกในทีมงานจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยระดมกำลังกาย กำลังใจ และกำลังความคิด ตลอดจนความรู้ ทักษะ ความสามารถ และประสบการณ์ของสมาชิกเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดความสามัคคีและความผูกพันในฐานะสมาชิกของทีม หรือที่เรียกว่า “One for all, all for one” ทำให้บุคคล ทีม และงานมีความผูกพันใกล้ชิดกัน และบรรลุเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน

4. เพิ่มพูนการยอมรับนับถือระหว่างกัน เนื่องจากสมาชิกทีมงานจะต้องกำหนดและจัดสรรตำแหน่ง อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของสมาชิก เช่น หัวหน้าทีม นักวิเคราะห์ ผู้ประสานงานของทีม และสมาชิกอื่น ๆ โดยสมาชิกที่ร่วมทีมจะรับรู้ ยอมรับ และมีความเข้าใจต่อกันว่าเขาจะต้องแสดงบทบาท (Roles) อย่างไร และในเวลาใดให้เหมาะสม

2.3.4 ความสำคัญของการทำงานเป็นทีม

การทำงานเป็นทีมไม่เพียงแต่จะช่วยทำให้วัตถุประสงค์ของหน่วยงานบรรลุเป้าหมายเท่านั้น แต่ยังเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อบรรยากาศการทำงานของหน่วยงานนั้นอีกด้วย หน่วยงานมีความจำเป็นต้องสร้างทีมงานด้วยเหตุผลที่ว่า งานบางอย่างไม่สามารถทำสำเร็จได้ด้วยเพียงคนเดียว ต้องอาศัยความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญจากหลายฝ่าย ต้องการความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อแสวงหาแนวทางวิธีการและเป้าหมายใหม่ ๆ นอกจากนี้งานบางอย่างเป็นงานที่มีหลายหน่วยงานรับผิดชอบ ต้องการความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง บางครั้งหน่วยงานมีงานเร่งด่วนที่ต้องการระดมบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานให้เสร็จทันเวลาที่กำหนด และทุกหน่วยงานล้วนต้องการสร้างบรรยากาศของความสามัคคีให้เกิดขึ้นในหน่วยงาน ซึ่งนอกจากจะมีผลดีต่อหน่วยงานดังที่กล่าวมาแล้ว การทำงานเป็นทีมยังมีผลดีต่อสมาชิกและบุคคลในทีมงานนั้นๆ ด้วยเหตุผล 3 ประการ คือ (สุนันทา เลาहनันท์, 2544)

1. การทำงานเป็นทีมเป็นการรวมเอาทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าที่สุดขององค์การเข้าด้วยกัน ทำให้สามารถปฏิบัติงานที่บุคคลเพียงคนเดียวไม่สามารถทำได้ เพราะนอกจากจะได้แรงกายแรงใจเพิ่มขึ้นแล้ว ยังจะได้ความคิดหลายแง่มุมมาผสมผสานกัน ทำให้ศักยภาพแฝงที่แต่ละคนมีอยู่ถูกนำมาใช้ได้มากขึ้น
2. การทำงานเป็นทีมทำให้มีการมอบหมายงานให้รับผิดชอบ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามความถนัด ความเชี่ยวชาญและความพอใจของแต่ละคน เป็นการทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ยังผลให้แต่ละคนมีโอกาสรสร้างหรือพัฒนาความสามารถด้านอื่น ๆ ให้ดีขึ้น โดยการเรียนรู้จากสมาชิกผู้ร่วมงาน
3. การทำงานเป็นทีมช่วยให้สมาชิกแต่ละคนได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม อันได้แก่ ความรักและการยอมรับซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตการทำงานในที่สุด

2.3.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม

1. แนวคิดการทำงานเป็นทีมของวู้ดคอกค์ (Woodcock, 1989) กล่าวถึงการทำงานเป็นทีมว่าเป็นการทำงานร่วมกันของกลุ่มบุคคลที่มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์เดียวกัน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของทีม โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

- 1.1 บทบาทที่สมดุล (Balanced roles) คือมีการผสมผสานกันในความแตกต่างของความสามารถ และใช้ความแตกต่างได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

1.2 มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับเป้าหมาย (Clear objectives and agreed goals) สมาชิกต้องเข้าใจ เต็มใจที่จะยอมรับและผูกพันกับวัตถุประสงค์ และเป้าหมายนั้นอย่างชัดเจน

1.3 การเปิดเผยและเผชิญหน้ากันเพื่อแก้ปัญหา (Openness and confrontation) การสื่อสารและสัมพันธ์กันในทีมเป็นไปอย่างเปิดเผย ไว้วางใจซึ่งกันและกันพูดกันอย่างตรงไปตรงมา เข้าใจตนเองเป็นอย่างดี และเข้าใจผู้อื่นในทีมด้วย เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นต้องแก้ปัญหาด้วยการเผชิญหน้าซึ่งกันและกัน

1.4 การสนับสนุนและไว้วางใจต่อกัน (Support and trust) สมาชิกในทีมต้องให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ร่วมมือร่วมใจกันอย่างจริงจัง ให้โอกาสพูดถึงปัญหาอย่างอิสระ

1.5 การให้ความร่วมมือและการใช้ความขัดแย้งในทางสร้างสรรค์ (Co – operation and conflict) สมาชิกในทีมต้องให้ความร่วมมือกันในการปฏิบัติงาน มีการใช้ประโยชน์และประสานงานประโยชน์ซึ่งกันและกัน สมาชิกมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินงาน ขัดแย้งในทีมเป็นไปในทางสร้างสรรค์มากกว่าทำลาย

1.6 วิธีการปฏิบัติงานที่คล่องตัว (Sound procedures) การทำงานของทีมจะมีลักษณะยืดหยุ่น การตัดสินใจจะอาศัยข้อเท็จจริงเป็นหลัก

1.7 ภาวะผู้นำที่เหมาะสม (Appropriate leadership) สมาชิกทุกคนสามารถเป็นผู้นำได้ตามสถานการณ์ และผู้นำที่ดีจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดีด้วย

1.8 การทบทวนการทำงานเป็นทีมอย่างสม่ำเสมอ (Regular review) เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องได้ทันที ซึ่งการทบทวนนี้อาจจะทำในระหว่างปฏิบัติงาน หรือภายหลังงานเสร็จก็ได้

1.9 การพัฒนานักบุคคล (Individual development) มีแผนการพัฒนาสมาชิกของทีม เพื่อจะได้นำความรู้ความสามารถใช้ในการปฏิบัติงาน

1.10 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มดี (Sound inter – group relations) การทำงานระหว่างกลุ่มเป็นไปในบรรยากาศของสัมพันธภาพที่ดี ฟังความคิดเห็นและทำความเข้าใจแนวคิดหรือปัญหาของผู้อื่น และพร้อมที่จะช่วยเหลือ

1.11 การติดต่อสื่อสารที่ดี (Good communications) การติดต่อสื่อสารที่ดีเป็นสิ่งที่จำเป็นในทุกระดับทั้งภายนอกและภายในองค์กร สมาชิกทุกคนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะและได้รับข้อมูลในการติดต่อสื่อสารอย่างเพียงพอ

2. แนวคิดการทำงานของโรมมิง (Roming, 1996) กล่าวถึง การทำงานเป็นทีมว่า เป็นลักษณะที่กลุ่มบุคคลร่วมกันปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบโดยมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายร่วมกัน มีองค์ประกอบ 10 ด้าน ดังนี้

2.1 การสร้างสรรค์ของทีม (Team creativity) เป็นสิ่งสำคัญในการประสบความสำเร็จของทีม โดยทีมต้องมีการวางแผนการทำงานซึ่งพัฒนามาจากความคิดที่หลากหลายของสมาชิกทีมในการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ หรือการระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การนำปัญหามาพูดคุยกันภายในทีม ให้สมาชิกทีมมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น สร้างทัศนคติที่ดีต่อกันในระหว่างทำกิจกรรม และนำความคิดที่ดีที่สุดไปปฏิบัติตามแผน

2.2 การติดต่อสื่อสารภายในทีม (Team communication) ทีมต้องมีการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างบุคคลเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการสื่อสารแบบสองทาง และมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกทีมอย่างไม่เป็นทางการมากกว่าอย่างเป็นทางการ รวมถึงการรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกทีม การติดต่อสื่อสารต้องเป็นไปอย่างเปิดเผย สิ่งเหล่านี้จะต้องมีการฝึกทักษะทั้งทางด้านวิธีการสื่อสาร การฟัง การเข้าใจที่ถูกต้อง และมีการตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างสมาชิกทีม

2.3 การประชุมทีม (Team meeting) มีความสำคัญในการทำงานให้เกิดประสิทธิผล โดยสมาชิกทีมทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการประชุม เพื่อที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ ดังนั้น สมาชิกทีมจึงจำเป็นต้องใช้ทักษะในการประสานงาน ด้านการรับรู้ กฎระเบียบ การที่สมาชิกทีมมีทักษะการประชุมและทักษะการทำงานเป็นทีมจะช่วยให้สามารถทำงานร่วมกันได้เป็นอย่างดี

2.4 การจัดการความขัดแย้ง (Conflict management) โดยจะต้องส่งเสริมการติดต่อสื่อสาร และความคิดสร้างสรรค์ของทีม ซึ่งเป็นการช่วยให้เกิดให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ปรับปรุงกระบวนการทำงาน ขจัดความรู้สึกลบและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง การทำงานโดยการทำให้สมาชิกมีความเป็นมิตรต่อกัน สร้างบรรยากาศที่ดีในการประชุม ลดการใช้อารมณ์และความเข้มของเสียง รับรู้ในเป้าหมายเดียวกัน และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

2.5 ค่านิยม วิสัยทัศน์ และพันธกิจของทีม (Team values, vision and mission) โดยทีมต้องมีการกำหนดแนวทางในการทำงานร่วมกันของสมาชิก ค่านิยมของทีมเป็นความเชื่อหรือพฤติกรรมของสมาชิกตามความคาดหวังของสมาชิกทั้งหมดเกี่ยวกับพันธกิจ กฎระเบียบ และเป้าหมาย โดยการพัฒนาระบวนการทำงานตามวัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของทีม

2.6 การกำหนดเป้าหมายของทีม (Team goal setting) โดยการพูดคุยหาข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกทีมแต่ละคน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามพันธกิจซึ่งเป็นการช่วยให้ทีม มีการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติ โดยใช้เวลาลดลง

2.7 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมภายในองค์การ (Role and responsibility and team organization) โดยสมาชิกทีมทุกคนต้องเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อเป้าหมายของทีม เป็นการนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยมากความขัดแย้งของสมาชิกทีมทำให้เกิดความเครียด ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ไม่เข้าใจในบทบาทของตนเอง

2.8 การแก้ไขปัญหาของทีม (Team problem solving) มีการประชุมสมาชิกทีมเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นโดยการระบุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ ระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหา เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา โดยต้องกำหนดเป้าหมายและพัฒนาวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ

2.9 การตัดสินใจของทีม (Team decision making) ต้องอาศัยทักษะ ความรู้ การมีส่วนร่วม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงความรวดเร็วและกระบวนการในการปฏิบัติเป็นสำคัญ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของทีม

2.10 การปรับปรุงกระบวนการทำงาน (Work process improvement) เป็นการฝึกอบรมสมาชิกทีมเกี่ยวกับการปรับปรุงกระบวนการทำงาน เช่น ลดระยะเวลาการผลิต ราคา และคุณภาพเพื่อให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจ

3. คุณลักษณะของทีมที่มีประสิทธิภาพ (Buchanan and Huczynski, 1997)
ดังนี้

3.1 บรรยากาศของการทำงานไม่เป็นทางการ ทุกคนช่วยกันทำงาน สนใจในการทำงาน

3.2 มีการอภิปรายถกเถียงกันอย่างกว้างขวาง โดยทุกคนมีส่วนร่วมอภิปรายอย่างจริงจัง อภิปรายเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงาน

3.3 สมาชิกทีมงานเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนและยอมรับภารกิจหลักของทีม

3.4 สมาชิกรับฟังซึ่งกันและกัน กล้าแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ

3.5 กล้าเผชิญกับความคิดเห็นที่แตกต่าง

3.6 ตัดสินใจโดยใช้หลักความเห็นพ้องต้องกัน (Consensus)

3.7 วิพากษ์วิจารณ์ในลักษณะสร้างสรรค์ มุ่งขจัดปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่กลุ่มกำลังเผชิญหรือกำลังขัดขวางงานไม่ให้ดำเนินไปด้วยดี

3.8 สมาชิกมีอิสระที่จะแสดงความรู้สึก และความคิดเห็นที่มีต่อปัญหาและการปฏิบัติงานของทีมงาน

3.9 เมื่อมีการปฏิบัติงานจะต้องมอบหมายงานอย่างชัดเจน ผู้ที่เกี่ยวข้องจะเข้าใจและยอมรับภารกิจต่าง ๆ อย่างเต็มที่

3.10 หัวหน้าทีมต้องไม่ใช้อำนาจควบคุมกลุ่ม และกลุ่มก็จะไม่ปฏิบัติตามผู้นำอย่างไรเหตุผล สถานะความเป็นผู้นำจะเปลี่ยนไปตามสภาพการณ์และสภาพแวดล้อม สมาชิกของทีมงานต่างมีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ทีมจะใช้ประโยชน์จากสมาชิกแต่ละคนได้มากที่สุด ทีมยึดค่านิยมที่ว่าปัญหาไม่ได้อยู่ที่ใครจะบังคับบัญชา แต่จะอยู่ที่ว่าจะทำงานให้สำเร็จได้อย่างไร

3.11 ทีมงานจะตระหนักเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน จะมีการตรวจสอบเป็นระยะว่างานดำเนินการไปด้วยดีเพียงใด และมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติหรือพฤติกรรมส่วนบุคคล ไม่ว่าปัญหาจะเกี่ยวข้องกับเรื่องใด กลุ่มจะนำเรื่องเหล่านั้นมาอภิปรายกันอย่างกว้างขวางจนได้วิธีการแก้ปัญหาดังกล่าวให้ลุล่วง

ปาร์คเกอร์ (Parker, 1990) กล่าวถึงลักษณะของทีมงานที่มีประสิทธิภาพ ต้องประกอบด้วย

1. ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ (Clear sense of purpose) สมาชิกของทีมงานจะต้องกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน
2. บรรยากาศการทำงานที่ปราศจากพิธีรีตอง (Informal climate) โดยสมาชิกในทีมงานมีส่วนในการเสริมสร้างบรรยากาศการทำงานที่ไม่เป็นทางการ
3. การมีส่วนร่วม (Participation) ของสมาชิก ไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ หรือการกล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างจากสมาชิกส่วนใหญ่
4. การรับฟังซึ่งกันและกัน (Listening) รวมถึงการยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างของสมาชิกบางคน
5. ความไม่เห็นด้วยในทางบวก (Civilized disagreement) เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้คำว่า “ความขัดแย้ง” มีการสื่อสารความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

6. ความเห็นพ้องกัน (Consensus) เป็นเทคนิคการหาข้อยุติเกี่ยวกับปัญหาความคิดหรือการตัดสินใจซึ่งแสดงออกถึงความมีสมานฉันท์และเอกภาพของทีมงาน
7. การสื่อสารที่เปิดเผย (Open communication) เป็นการเจรจาติดต่อระหว่างทีมงาน บรรยายภาพเติมไปด้วยความเปิดเผย จริงใจต่อกัน มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
8. บทบาทและการมอบหมายงานที่ชัดเจน (Clear roles and work assignments)
9. ภาวะผู้นำร่วม (Shared leadership) หมายถึง สมาชิกจะต้องแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ส่งเสริมการทำงาน และพฤติกรรมที่ธำรงรักษาความสัมพันธ์ของทีมงาน
10. ความสัมพันธ์ภายนอก (External relations) สมาชิกทีมงานต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกภายนอก
11. รูปแบบการทำงานที่หลากหลาย (Style diversity) ทีมงานที่มีประสิทธิภาพควรประกอบด้วยสมาชิกที่มีความสามารถ แนวคิดในการทำงานที่แตกต่างออกไป
12. การประเมินผลตนเอง (Self assessment)

ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และคณะ (2546) กล่าวถึงคุณลักษณะของทีมงานที่ประสบความสำเร็จ ควรจะมีคุณลักษณะสำคัญร่วมกัน ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal) เป็นเรื่องสำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นที่ขาดไม่ได้ในทุกทีม เพราะเป้าหมายที่ทุกคนมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดพัฒนาการของทีมงานที่มีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน โดยที่สมาชิกแต่ละคนในทีมจะต้องเข้าใจ มีส่วนร่วม และมีความผูกพันในเป้าหมายของทีม รวมทั้งจะต้องทุ่มเทความพยายามในการทำงาน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ทีมต้องการ
2. การแสดงออก (Expression) สมาชิกทุกคนในทีมงานมีสิทธิที่จะแสดงความคิดเห็นของตนได้อย่างเสรี แต่ต้องไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น ขณะเดียวกันสมาชิกแต่ละคนในทีมงานต่างก็มีหน้าที่ที่จะต้องรับฟังและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกคนอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการสื่อสารในทีมเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์
3. ความเป็นผู้นำ (Leadership) การทำงานเป็นทีมจะมีจุดเด่นที่สำคัญคือ ทีมงานจะมีความยืดหยุ่นกว่าการทำงานในรูปแบบอื่น ถึงแม้ว่าทีมงานบางทีมอาจจะมีหัวหน้าทีม (Team leadership) ที่เป็นทางการ แต่สมาชิกแต่ละคนในทีมงานจะต้องเต็มใจรับหน้าที่เป็นผู้นำตามความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ และตามความสามารถของตน ซึ่งจะช่วยให้ทีมงานใช้ทักษะและความสามารถของสมาชิกทุกคนได้อย่างเต็มที่ ทำให้ทีมงานสามารถแสดงศักยภาพของตนได้อย่างสมบูรณ์

4. การแสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องและเป็นเอกฉันท์ (Consensus) หัวหน้าทีมจะพยายามให้สมาชิกทุกคนต่างแสดงความคิดเห็นได้ตอบและลงมติดีร่วมกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีที่สุดสำหรับแก้ปัญหาและการปฏิบัติงาน โดยไม่สร้างความกดดัน หรือบังคับให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งจำใจต้องรับในเสียงส่วนใหญ่อย่างไม่เต็มใจ เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมาย โดยสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วม ตลอดจนช่วยให้สมาชิกมีความเข้าใจที่ดีต่อกัน และไม่มีอคติต่อกัน

5. ความไว้วางใจ (Trust) เป็นพื้นฐานสำคัญของความรัก และความสามัคคีระหว่างหมู่คณะ สมาชิกในทีมงานจะต้องเชื่อใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน เพื่อจะได้ทุ่มเทให้กับการทำงานอย่างเต็มที่ เพราะสมาชิกทุกคนต่างแน่ใจและมั่นใจว่าเขาจะมีเพื่อนร่วมทีมคอยให้การสนับสนุนในการตัดสินใจและร่วมมือในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ ซึ่งจะช่วยให้ทีมงานมีผลงานความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรมใหม่ ๆ และพัฒนาการที่ก้าวไปข้างหน้าอย่างรวดเร็ว

6. ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) ทีมงานที่มีประสิทธิภาพจะต้องดำเนินงานอย่างสร้างสรรค์ โดยอาศัยพลังความคิดและความสามารถของสมาชิกแต่ละคนในการสร้างการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าแก่ทีมงาน

กิจกรรมของการพยาบาลเป็นทีม (เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ, 2542) มีดังนี้

1. การมอบหมายงาน หมายถึง การจัดแบ่งอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ การพยาบาลแก่ผู้ร่วมงานตามขอบเขตความสามารถของแต่ละคน โดยหัวหน้าทีมจะต้องกระทำดังนี้

1.1 กำหนดผู้ป่วยและหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่สมาชิกแต่ละคน

1.2 เขียนบันทึกการมอบหมายงานลงในใบแจ้งการมอบหมายงานสำหรับหัวหน้าทีมและปิดประกาศไว้ในที่เห็นชัดเจน โดยต้องกระทำล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน

1.3 ต้องปรับปรุงแก้ไขการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป

1.4 ตรวจสอบการมอบหมายงานทุกวันเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในกรณีที่มีปัญหา

1.5 ชี้แจงการมอบหมายงานให้แก่สมาชิกก่อนลงมือปฏิบัติงานทุกวัน

2. การวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและนำมาอภิปรายร่วมกันก่อนปฏิบัติงานทุกครั้ง แผนการพยาบาลควร

สะท้อนให้เห็นความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม ตามความรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว มีการวางแผนงานในการปฏิบัติและสามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้

3. การประชุมปรึกษาการพยาบาล เป็นงานหลักของการพยาบาลเป็นทีม ซึ่งมีลักษณะของการประชุมปรึกษา ดังนี้

3.1 การประชุมปรึกษาเป็นรายบุคคล (Individual conference) เป็นการประชุมปรึกษาที่เกิดขึ้นบ่อยและทำโดยต่อเนื่องใช้เวลาสั้น ไม่ต้องวางแผน อาจทำที่ใดที่หนึ่งก็ได้

3.2 การประชุมปรึกษาเป็นทีม (Team conference) เป็นการประชุมที่ผู้เข้าร่วมประชุมมากกว่า 2 คน เพื่อที่จะหาวิธีการวางแผนการทำงาน การปรับปรุงการพยาบาล แก้ปัญหาและประเมินการปฏิบัติงาน ซึ่งจะทำโดยหัวหน้าทีม มี 2 ลักษณะ คือ

3.2.1 การประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติงาน (Pre-conference) เป็นการประชุมปรึกษาเพื่อแนะนำแผนปฏิบัติงานของทีม หน้าที่ความรับผิดชอบของทีมและการมอบหมายงานให้แก่สมาชิกในทีม ตลอดจนอภิปรายร่วมกันถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน ตามสภาพปัญหา ความต้องการการพยาบาล โดยหัวหน้าทีมจะเน้นให้สมาชิกทีมดูแลผู้ป่วยโดยยึดปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหอผู้ป่วยและให้สมาชิกทีมได้พูดถึงแผนการทำงานและแผนการพยาบาลผู้ป่วยของแต่ละคน

3.2.2 การประชุมปรึกษาภายหลังการปฏิบัติงาน (Post-conference) เป็นการประชุมเพื่อนำเอาข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนผลการพยาบาลภายหลังให้การพยาบาลไปแล้ว นำมาอภิปรายร่วมกันในทีมการพยาบาลและเป็นการประชุมก่อนส่งเวร เป็นการนำข้อมูลของสมาชิกทีมทุกคนมาแจ้งให้หัวหน้าทีมได้ทราบ เพื่อหัวหน้าทีมจะได้ส่งเสริมได้อย่างครอบคลุม

4. การเฝ้าตรวจทางการพยาบาล จะเน้นเรื่องผู้ป่วยและการให้การดูแลผู้ป่วย แบ่งลักษณะของการเฝ้าตรวจทางการพยาบาลออกเป็น 5 ลักษณะดังนี้

4.1 การเฝ้าตรวจอย่างรวดเร็ว (Quick rounds) เป็นการปฏิบัติการเฝ้าตรวจเฉพาะที่ เฉพาะผู้ป่วยบางกลุ่มหรือบางประเภท อาจทำช่วงเวลาใด ๆ ก็ได้ตามความต้องการและใช้เวลาสั้น ๆ เท่านั้น

4.2 การเฝ้าตรวจขณะรับ-ส่งเวร (Change of shift rounds) การปฏิบัติจะเกิดขึ้นในขณะที่การรายงานผู้ป่วยส่งต่อจากเวรหนึ่งไปสู่อีกเวรหนึ่ง

4.3 การเยี่ยมชมตรวจร่วมกับผู้รักษา (Rounds with physicians)

เป็นการเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลอาจร่วมเยี่ยมชมตรวจด้วยเป็นครั้งคราวแต่ควรได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

4.4 การเยี่ยมชมตรวจในช่วงเวลาเช้า (Mid-morning rounds or mid-shift rounds)

เป็นการเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วยในช่วงกลางของเวร ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลสามารถอยู่กับผู้ป่วยได้เป็นเวลานาน

4.5 การเยี่ยมชมตรวจก่อนส่งเวร เน้นความจำเป็นที่พยาบาล

จะต้องทำการเยี่ยมชมตรวจอีกครั้งก่อนส่งเวรให้กับเวรต่อไป

5. การบันทึกการพยาบาล การบันทึกการพยาบาลที่ดีมีระบบระเบียบจะ

ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในการบันทึกการพยาบาลมักจะบันทึกเป็น 2 ลักษณะ คือ การบันทึกในคาร์เด็กซ์ (Kardex) ซึ่งจะบันทึกเกี่ยวกับปัญหากิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล ส่วนใหญ่จะบันทึกก่อนปฏิบัติงานและจะมีการปรับเปลี่ยนบันทึกการตามสภาพของปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนหลังปฏิบัติงานในแต่ละเวร และการบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล (Nurse's note) ซึ่งบันทึกอาการและอาการแสดง การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และการประเมินผลส่วนใหญ่จะบันทึกภายหลังให้การพยาบาลและก่อนจะสิ้นสุดในแต่ละเวร

6. การประเมินผล เป็นกิจกรรมขั้นสุดท้ายของการพยาบาลเป็นทีม ซึ่ง

ในการพยาบาลเป็นทีมจะมีการประเมินผลอยู่ 2 ลักษณะ คือ

6.1 การประเมินผลงานของทีม เป็นการประเมินเพื่อ

ประสิทธิภาพของการทำงานและการพัฒนาของทีมว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่ ผลการประเมินนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับไปตรวจสอบถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ได้ทำไปแล้วและยังสามารถนำเอาสิ่งที่เกี่ยวข้องใหม่มาปรับให้เข้ากับกระบวนการได้อย่างเหมาะสม

6.2 การประเมินผลการพยาบาล เป็นการประเมินพฤติกรรม

ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2.3.6 ผลที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมทางการพยาบาล

ผลที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกันของสมาชิกทุกคนในทีม ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่าง ๆ หลายประการ (พนิดา รัตนไพโรจน์, 2542)

1. เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน การทำงานเป็นทีมจะทำให้ทุกคนได้มี

ส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น จึงทำให้รู้สึกว่าการปฏิบัติงานนั้นเป็นงานที่ท้าทาย น่าสนใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญต่องาน เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. เพิ่มผลผลิตการทำงาน การทำงานเป็นทีมเป็นการกระตุ้นให้ทุกคนได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ผลผลิตการทำงานที่ได้จึงเพิ่มสูงขึ้น
3. เพิ่มความพึงพอใจในงาน ในการทำงานเป็นทีม สมาชิกจะมีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดความผูกพันกัน มีบรรยากาศการทำงานที่ดี ได้ใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกสนุกกับการทำงาน มีความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น
4. ยอมรับเป้าหมายของการทำงาน การทำงานเป็นทีมจะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลปรับเป้าหมายในการทำงานของตนเองให้สอดคล้องกับของทีม ทำให้เกิดการยอมรับเป้าหมายของการทำงาน ช่วยให้การดำเนินงานมีทิศทางที่เป็นไปในทางที่สอดคล้องกัน
5. การติดต่อสื่อสารกันเพิ่มมากขึ้น การทำงานเป็นทีมช่วยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การมีปฏิสัมพันธ์ต้องมีการสื่อสารที่ดีโดยเป็นการสื่อสารที่ทำให้ทุกคนเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจและยอมรับหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบ รวมทั้งการให้ความร่วมมือช่วยเหลือกันในทีมเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
6. เพิ่มทักษะในการปฏิบัติงาน การทำงานเป็นทีมจะช่วยให้เกิดการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ที่สำคัญได้แก่ ทักษะการปฏิบัติงาน ทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
7. มีความยืดหยุ่นในการทำงาน การทำงานเป็นทีมจะมุ่งไปที่กระบวนการในการปฏิบัติมากกว่ามุ่งที่หน้าที่การบริหารจัดการในเรื่องการทำงาน สามารถปรับให้มีความยืดหยุ่นได้อย่างเหมาะสมตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม เนื่องจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักผู้ป่วยภาวะวิกฤตนั้น อาการของผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่คงที่ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นจึงต้องมีความร่วมมือกัน และในการให้การดูแล พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ให้การดูแลทั้งทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพ รั้งสี ห้องตรวจผลการปฏิบัติการ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลต้องมีการติดต่อสื่อสาร ประสานงานทั้งบุคลากรภายใน คือ พยาบาลด้วยกัน และบุคลากรภายนอกคือ สหวิชาชีพต่างๆ เพื่อให้การดูแลเป็นไปในทางเดียวกัน หากมีปัญหาในการทำงานก็จะมีการระดมสมองในการแก้ไขปัญหา ในการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ เช่น หากอุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างขาดคราว หรือชำรุด ก็สามารถปรับเปลี่ยนอุปกรณ์อื่นมาใช้แทนเพื่อให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง หรือระดมสมองเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน ผู้วิจัยเห็นว่ากระบวนการดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดการทำงานของโรมมิ่ง (Romming) จึงได้เลือกองค์ประกอบของการทำงานเป็นทีม ได้แก่ การมีความคิดสร้างสรรค์ การติดต่อสื่อสาร การประสานงาน การร่วมมือ และการปรับปรุงกระบวนการทำงาน มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Murabito, Rubulotta et. al. (2008) ได้ศึกษาเรื่องการบริหารจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต: ความเข้าใจในกระบวนการและการพัฒนาที่เป็นอยู่ ผลการวิจัยพบว่า ณ ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์มีภาวะเครียดเรื่องความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพเพื่อการบริหารจัดการทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้นำทีมและการพัฒนาฝีมือ และการควบคุมการตรวจสอบ ซึ่งเป้าหมายหลักของการพัฒนาคือการเปลี่ยนการปฏิบัติ โดยรูปแบบที่ใช้คือวงจร The Plan Do Study Act Model เป็นองค์ประกอบหลักในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ เป้าหมายเฉพาะอย่างแรกที่ต้องการเน้นคือ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือ การเพิ่มระบบข้อมูลทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่วนองค์ประกอบของคุณภาพการดูแล ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

Meyer, Silow-Carroll et. al. (2004) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพโรงพยาบาล: องค์ประกอบความสำเร็จในภาพรวม ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลกำลังค้นหาวิธีพัฒนาคุณภาพการดูแล และสนับสนุนกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ มีปัจจัยหลักที่สนับสนุนความสำเร็จอยู่ 4 องค์ประกอบได้แก่ วัฒนธรรม, เก็บรักษาบุคลากรที่ดี, สร้างกระบวนการที่ดี และให้บุคลากรใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับงาน ซึ่งอิทธิพลภายนอก ได้แก่ การแข่งขันทางการตลาด งานวิจัยนี้ได้ประเมินการผลักดันคุณภาพ กระบวนการภายใน และความท้าทาย ชี้นำโรงพยาบาลไปในทิศทางที่ถูกต้อง

Wall, Dittus et. al. (2001) ได้ศึกษาเรื่อง Protocol ในหอผู้ป่วยวิกฤต: เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า องค์กรและการบริหารจัดการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ก้าวหน้านำมาซึ่งการลดอัตราป่วย และอัตราตาย สององค์ประกอบที่สำคัญคือ ทีมสหสาขา และการพัฒนา Protocol

Øvretveit (2003) ได้ศึกษาเรื่อง กลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดสำหรับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากร และการพัฒนาคุณภาพเป็นวัตถุประสงค์สำคัญสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพระดับชาติ งานวิจัยนี้จะเน้นเรื่องคุณภาพ ความคาดหวังของผู้ป่วย และสื่อ ข้อมูลจะถูกสนับสนุนโดยการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

G. Shojania, Showstack et. al. (2001) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินคุณภาพโรงพยาบาล การพิจารณาสำหรับแพทย์ พบว่า งานวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดของโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งมีการพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของข้อบ่งชี้เหล่านี้ และขณะนี้มีการเน้นถึงเรื่อง การให้ยาผิด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการวัดคุณภาพโรงพยาบาลและการพัฒนา

Petra Gastmeier, Bräuer, et. al. (2002) ได้ศึกษาการจัดการคุณภาพใน 8 โรงพยาบาล เพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่าการอัตราติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจาก

ใช้การจัดการคุณภาพ อย่างไรก็ตามการจัดการคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

Hoskins E.J., Saygey S.A. et. al. (2002) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคภูมิแพ้และรับวัคซีนกับผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โดยใช้กระบวนการ PDCA หลังจากได้จัดตั้งทีมทบทวนสายงานซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากคลินิกโรคภูมิแพ้และคลินิกอายุรกรรม ทีมดังกล่าวได้วิเคราะห์ปัญหาด้วยแผนภูมิ (Flow chart) และศึกษาสาเหตุรวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ แต่ละทีมงานใช้วงจร PDCA เพื่อยืนยันแนวทางแก้ปัญหาไปสู่ผลลัพธ์ การพัฒนาอย่างถาวร ถูกดำเนินการในทุกหน่วยงาน เป็นผลให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงขึ้นในทุกกระบวนการ การรักษาเจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติที่ดีและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

Saxena, Ramer et. al. (2004) ได้ศึกษาการใช้ PCDA-Model ในการปรับปรุงการให้เลือด โดยศึกษาในโรงพยาบาลที่จะถูกประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ โดยโรงพยาบาลต้องมีระบบในการเก็บข้อมูล การใช้คำสั่ง การให้เลือดโดยอธิบายถึงขั้นตอนการประเมินความเข้าใจในการให้เลือด โรงพยาบาลได้รับการอบรมให้สังเกตการจ่ายเลือด การให้เลือด และการสังเกตติดตามผู้ป่วย ตรวจสอบข้อมูลจากบันทึกผู้ป่วยเพื่อวัดกระบวนการคำสั่งการให้เลือด พบว่าการปรับปรุงข้อมูลเพิ่มเติมสมบูรณ์ขึ้นจาก 80% เป็น 100% ผลที่จะได้รับและทางเลือกที่จะให้เลือดดีขึ้นจาก 30% เป็น 100% แพทย์ยอมรับในอัตราการให้เลือดดีขึ้นจาก 30% เป็น 100% การยืนยันข้อมูลจากบันทึกผู้ป่วยเพิ่มจาก 50% เป็น 100% การยอมรับการให้เลือดยังสูง ตลอดระยะเวลาการศึกษาในช่วงเวลานี้ไม่มีการให้เลือดผิด กระบวนการนี้ยอมรับได้ 100%

Chelluri (2008) ได้ศึกษาคุณภาพและการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพของโคนาปีดินในการทำโครงการพัฒนาในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า การดูแลมีการพัฒนาในด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ การดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เวลา ประสิทธิภาพ และคุณภาพ บุคลากรทำงานร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ การรักษามีประสิทธิภาพทำให้พัฒนาคุณภาพการดูแล

Zhao, Akkadechanunt et. al. (2008) ได้ศึกษาการรับรู้คุณภาพการพยาบาลของพยาบาลและผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจีนแห่งหนึ่ง พบว่า พยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้แตกต่างกันเนื่องจากใช้มุมมองแตกต่างกันในเรื่องของลักษณะการให้การดูแล การพัฒนาคุณภาพต้องการการเอาใจใส่ การยอมรับข้อมูลคนไข้ และการดูแลทางด้านจิตใจ

วนิดา สิงห์โต (2548) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชัยนาท พบว่า ปัญหาคุณภาพบริการพยาบาลของผู้รับบริการ หอผู้ป่วยใน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ

ผู้รับบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจ และการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ โดยความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้

ทรงพร โพธิสมพร (2548) ได้ศึกษาภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลชุมชน ตามการรับรู้ของผู้มาใช้บริการ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเชิงคาน จังหวัดเลย พบว่าการรับรู้ของผู้มาใช้บริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ด้านระบบการบริการและบุคลากรอยู่ในระดับสูง ด้านสิ่งแวดล้อมและอาคารในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้มาใช้บริการพบว่า อายุ อาชีพ การศึกษา ที่อยู่อาศัยที่ต่างกันมีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์เชิงบวกของโรงพยาบาลเชิงคานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล (2544) ได้ทำการศึกษาโครงการนำร่องโรงพยาบาลคุณภาพ และได้เสนอแนะเชิงนโยบายว่ามีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องสร้างศรัทธาและความมุ่งมั่นต่อปรัชญาการพัฒนาคุณภาพที่ดีผู้ป่วยและลูกค้ำเป็นศูนย์กลาง เน้นการพัฒนาระบบงานและกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เน้นการเสริมพลังผู้ปฏิบัติงานและการทำงานเป็นทีม โดยมุ่งมั่นให้เกิดในผู้บริหารทุกระดับ และได้เสนอแนะสำหรับการวิจัยคือ การวิจัยเพื่อพัฒนาโครงสร้างการบริหารงานพัฒนาคุณภาพ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดการเสริมพลังของผู้ปฏิบัติงาน มีเป้าหมายของการพัฒนาที่ชัดเจนไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนสร้างแรงจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมทั้งองค์การ

Lenckus (2004) ได้ศึกษาการทำงานเป็นทีม ในสมาคมการบริการยานยนต์ พบว่า การทำงานเป็นทีมของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพกว่าทีมอื่น ๆ ทั้ง ๆ ที่ได้ริเริ่มทำในเรื่องการบริหารความเสี่ยงพร้อมกัน ทำให้เวลาลดลง การสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมดีขึ้น และสัมพันธภาพดีขึ้น

อมรรักษ์ จินนาวงศ์ (2543) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการพยาบาลเป็นทีมต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยที่ใช้แบบแผนการพยาบาลเป็นทีมกับหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของประสิทธิผลของหอผู้ป่วยที่ใช้แบบแผนการพยาบาลเป็นทีมซึ่งรวบรวมข้อมูลจากทีมการพยาบาลและผู้ป่วย ภายหลังใช้การพยาบาลเป็นทีมจะสูงกว่าและแตกต่างจากก่อนใช้แบบแผนของการพยาบาลเป็นทีม

วาริ พูลทรัพย์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของทีมงาน กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า ค่าเฉลี่ยของทีมการพยาบาล โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับสูง ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของทีมงานกับประสิทธิผลของทีมการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เพื่อวัดระดับการรับรู้เรื่อง การจัดการคุณภาพและการทำงานเป็นทีมของพยาบาล เปรียบเทียบการรับรู้การจัดการคุณภาพ ระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการ และหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีม และการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการ ศึกษา การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยมนุษย์
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1) ประชากร

ประชากรในการวิจัยนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลในสังกัด มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยปฏิบัติงานมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำแนก เป็น 2 กลุ่ม คือพยาบาลหัวหน้าทีม ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลหัวหน้าเวร (In charge) และพยาบาลปฏิบัติการ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 237 คน ประกอบด้วย 8 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วย วิกฤตศัลยกรรมการแพทย์สรีรική หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรคหัวใจ หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก และหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

2) กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คำนวณโดยใช้สูตรในหนังสือของ Lemeshow, Jr. et al. (1990) เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม .05 และจากการศึกษาของของวัลภา อิศระธำนันท์ (2545) พบว่าการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.43

$$สูตร = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากรทั้งหมด

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติสำหรับการทดสอบแบบสองทางมีค่าเท่ากับ 1.96

σ คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประชากร

d คือ ค่าคลาดเคลื่อนสมมุติที่ยอมให้เกิดขึ้น ได้สูงสุดเท่ากับ 0.05

สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{237*(1.96)^2*(0.43)^2}{(0.05)^2*(237-1) + (1.96)^2*(0.43)^2}$$

$$n = 129.46$$

$$\sim 130$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 130 คน เพื่อป้องกันการส่งแบบสอบถาม กลับคืนไม่ครบ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 20 คน ผู้วิจัยจึงส่งแบบสอบถามทั้งหมด 150 ฉบับ

3) วิธีการสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ซึ่งทุก ๆ หน่วยของประชากรมีโอกาสถูกเลือกเท่า ๆ กัน ทำการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without

Replacement) ตามสัดส่วนที่คำนวณได้ในแต่ละหอผู้ป่วย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.1 สัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละหอผู้ป่วย คำนวณได้ดังนี้

$$= \frac{130 \times 100}{237}$$

$$= 54.85\%$$

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน

หอผู้ป่วยวิกฤต	ประชากร (คน)	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก	26	54.85	14
หอผู้ป่วยวิกฤตศูนย์การแพทย์สรีรική	37	54.85	20
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ	18	54.85	10
ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม	30	54.85	17
หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	33	54.85	18
หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรคหัวใจ	25	54.85	14
หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด	33	54.85	18
หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก	35	54.85	19
รวม	237		130

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและสร้างจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัย มีจำนวน 75 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ตำแหน่ง การศึกษาอบรมเฉพาะทาง โดยมีลักษณะคำถามปลายเปิด และแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต สร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตในบทที่ 2 จำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง จำนวน 8 ข้อ
2. ด้านกระบวนการ จำนวน 20 ข้อ
3. ด้านผลลัพธ์ จำนวน 17 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้คะแนนดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
มีการปฏิบัติจริงมากที่สุดตามการรับรู้	5 คะแนน
มีการปฏิบัติจริงมากตามการรับรู้	4 คะแนน
มีการปฏิบัติจริงปานกลางตามการรับรู้	3 คะแนน
มีการปฏิบัติจริงน้อยตามการรับรู้	2 คะแนน
มีการปฏิบัติจริงน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้นเลยตามการรับรู้	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{Rank} &= \frac{(\text{Maximum scores} - \text{Minimum scores})}{\text{Number of levels}} \\
 &= \frac{5 - 1}{5} \\
 &= 0.8
 \end{aligned}$$

ช่วงคะแนน	ความหมาย
1.00 - 1.80	มีการปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต น้อยที่สุดหรือไม่มีเลย ตามการรับรู้
1.81 - 2.60	มีการปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต น้อยตามการรับรู้
2.61 - 3.40	มีการปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต ปานกลางตามการรับรู้
3.41 - 4.20	มีการปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต มากตามการรับรู้
4.21 - 5.00	มีการปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต มากที่สุด ตามการรับรู้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการทำงานเป็นทีมการพยาบาล ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการทำงานเป็นทีมของ กาญจนา แสนทวี (2547) จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| 1. การติดต่อสื่อสาร | จำนวน 5 ข้อ |
| 2. การร่วมมือ | จำนวน 4 ข้อ |
| 3. การประสานงาน | จำนวน 6 ข้อ |
| 4. การมีความคิดสร้างสรรค์ | จำนวน 4 ข้อ |
| 5. การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง | จำนวน 4 ข้อ |

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้คะแนนดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด	5 คะแนน
ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติมาก	4 คะแนน
ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติปานกลาง	3 คะแนน
ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติน้อย	2 คะแนน
ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติน้อยที่สุด	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนการทำงานเป็นทีมการพยาบาลแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

$$\text{Rank} = \frac{(\text{Maximum scores} - \text{Minimum scores})}{\text{Number of levels}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5}$$

$$= 0.8$$

ช่วงคะแนน	ความหมาย
1.00 - 1.80	การทำงานเป็นทีมการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำที่สุด
1.81 - 2.60	การทำงานเป็นทีมการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ
2.61 - 3.40	การทำงานเป็นทีมการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
3.41 - 4.20	การทำงานเป็นทีมการพยาบาลอยู่ในระดับสูง
4.21 - 5.00	การทำงานเป็นทีมการพยาบาลอยู่ในระดับสูงที่สุด

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา การใช้สำนวนภาษา และแก้ไข โดยกำหนดเกณฑ์การเห็นพ้องต้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่าน แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง จำนวน 49 ฉบับ นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient Alpha Cronbach Method) กำหนดค่า α ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปเป็นค่าสูงที่สุดที่ยอมรับได้ (Nachmias, et. al., 1996: 467, อ้างใน อาริรัตน์ ชวลา, 2551) ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแสดงดังในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของตัวแปร

ตัวแปร	Cronbach's alpha Coefficient
การรับรู้การจัดการคุณภาพ	0.919
ด้านโครงสร้าง	0.788
ด้านกระบวนการ	0.849
ด้านผลลัพธ์	0.912
การทำงานเป็นทีม	0.958
การติดต่อสื่อสาร	0.895
การร่วมมือ	0.896
การประสานงาน	0.843
การมีความคิดสร้างสรรค์	0.867
การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง	0.895

3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยมนุษย์

ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยสอดคล้องกับแนวปณิญาเฮลซิงกิ เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ได้ถูกส่งให้กับกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยที่ทำการศึกษ เพื่อพิจารณา

1. ชี้แจงให้ผู้ยินยอมคนให้ทำการวิจัยทราบถึงวิธีการ และตอบข้อข้องใจต่าง ๆ ถึงประโยชน์และสิ่งที่จะเกิดขึ้นขณะทำการวิจัย
2. ได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกราย
3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด
4. แบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-สกุล และข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยถึงแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล
5. โครงการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบและได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยที่ทำการศึกษา รหัสโครงการ ID 10-54-48 วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2554

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และส่งหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยที่ทำการวิจัย จากนั้นได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 19 มีนาคม 2555 -27 เมษายน 2555 ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 150 ฉบับ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย และกำหนดวันรับแบบสอบถามคืนภายใน 30 วัน หลังจากที่ได้รับแบบสอบถาม
2. หลังการส่งแบบสอบถามคืนภายใน 30 วัน เมื่อยังไม่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลหรือผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยที่ศึกษา เก็บรวบรวมแบบสอบถามอีกครั้ง
3. รวบรวมแบบสอบถามกลับคืนได้ 130 ฉบับ คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 86.67 นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามที่กลับคืนมาทั้งหมดมีความสมบูรณ์ของข้อมูล

4. นำแบบสอบถามมาลงรหัส บันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการพรรณนาลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของการรับรู้การจัดการคุณภาพและการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ความแตกต่างของการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ค่าสถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t – test)

2.2 ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีมและการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

ในการพิจารณาความสัมพันธ์ใช้ตามเกณฑ์ของเอลิฟสัน และคณะ (Elifson, Runyon et al., 1990) ซึ่งค่า r จะมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 แบ่งเป็นระดับได้ดังนี้

$r = 0.00$	หมายถึง	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
$r = \pm 0.01 - \pm 0.30$	หมายถึง	ความสัมพันธ์ต่ำ
$r = \pm 0.31 - \pm 0.70$	หมายถึง	ความสัมพันธ์ปานกลาง
$r = \pm 0.71 - \pm 0.99$	หมายถึง	ความสัมพันธ์สูง
$r = \pm 1.00$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

สรุปบทที่ 3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Study) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without Replacement) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยมีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบ

ความแตกต่างของการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ค่าสถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t – test) และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์จากการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s Product-Moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต” กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 130 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาตั้งแต่ 19 มีนาคม 2555 ถึง 27 เมษายน 2555 นำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 3 ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 4 ทดสอบสมมติฐานงานวิจัย

4.1 สมมติฐานข้อที่ 1 การรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาล หัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตแตกต่างกัน

4.2 สมมติฐานข้อที่ 2 การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 150 ฉบับ ซึ่งได้รับแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์ ครบถ้วนสามารถนำมาวิเคราะห์ได้กลับคืนมาทั้งหมด 130 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86.67 รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด 130 คน แบ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าทีม (In charge) 67 คน (ร้อยละ 51.5) และพยาบาลปฏิบัติการ 63 คน (ร้อยละ 48.5)

พยาบาลหัวหน้าทีม (In charge) อายุเฉลี่ย 34 ปี อายุระหว่าง 27 – 51 ปี ร้อยละ 77.6 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 79.1 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีเพียงร้อยละ 20.9 ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท และพบว่าระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 10 ปี มีระยะเวลาปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลระหว่าง 1 – 27 ปี ร้อยละ 52.2 ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลในช่วงระยะเวลา

6-10 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 11 ปี มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตระหว่าง 5 – 27 ปี ร้อยละ 53.7 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วงระยะเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 71.6 เคยได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทาง มีเพียงร้อยละ 28.4 ที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติการ อายุเฉลี่ย 25 ปี อายุระหว่าง 22 – 38 ปี ร้อยละ 98.4 มีสถานภาพโสด ทั้งหมดจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี และพบว่าระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 2 ปี มีระยะเวลาปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลระหว่าง 1 – 6 ปี ร้อยละ 96.8 ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลในช่วงระยะเวลา 1 – 5 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 3 ปี มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตระหว่าง 1 – 15 ปี ร้อยละ 93.7 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วงระยะเวลา 1 – 5 ปี ร้อยละ 92.1 ไม่เคยได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทาง มีเพียงร้อยละ 7.9 ที่เคยได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ตามลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการ ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พยาบาลปฏิบัติการ (n=63)		พยาบาลหัวหน้าทีม (n=67)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ				
< 25 ปี	28	44.4	0	0
25 - 29 ปี	33	52.4	11	16.4
30 - 34 ปี	1	1.6	36	53.7
35 - 39 ปี	1	1.6	10	14.9
≥ 40 ปี	0	0	10	14.9
อายุเฉลี่ย	25. ปี		34 ปี	
ช่วงอายุ	22 - 38 ปี		27 - 51 ปี	
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล				
1 - 5 ปี	61	96.8	4	6.0
6 - 10 ปี	2	3.2	35	52.2
11 - 15 ปี	0	0	20	29.9

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ตามลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการ ซึ่งปฏิบัติงาน
ในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พยาบาลปฏิบัติการ		พยาบาลหัวหน้าทีม	
	(n=63)		(n=67)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
16 - 20 ปี	0	0	4	6.0
> 20 ปีขึ้นไป	0	0	4	6.0
ระยะเวลาเฉลี่ย	2 ปี		10 ปี	
ช่วงระยะเวลา	1 - 6 ปี		1 - 27 ปี	
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต				
1 - 5 ปี	59	93.7	1	1.5
6 - 10 ปี	3	4.8	36	53.7
11 - 15 ปี	1	1.6	18	26.9
16 - 20 ปี	0	0	7	10.4
> 20 ปีขึ้นไป	0	0	5	7.5
ระยะเวลาเฉลี่ย	3 ปี		11 ปี	
ช่วงระยะเวลา	1 - 15 ปี		5 - 27 ปี	
สถานภาพสมรส				
โสด	62	98.4	52	77.6
คู่	1	1.6	15	22.4
วุฒิการศึกษา				
ปริญญาตรี	63	100.0	53	79.1
ปริญญาโท	0	0	14	20.9
การได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง				
เคย	5	7.9	48	71.6
ไม่เคย	58	92.1	19	28.4

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

การวัดระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.96) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.74 – 4.11 รับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.11) รองลงมาคือด้านการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต (ค่าเฉลี่ย 4.03) และรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างในหอผู้ป่วยวิกฤตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.74)

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านกระบวนการมากที่สุด รองลงมาคือด้านผลลัพธ์ และมีด้านโครงสร้างน้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต (n=130)

การรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต	เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านโครงสร้าง	3.74	0.77	มาก
ด้านกระบวนการ	4.11	0.65	มาก
ด้านผลลัพธ์	4.03	0.67	มาก
เฉลี่ย	3.96	0.70	มาก

2.1 การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านโครงสร้าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.74) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างมากที่สุดคือ บุคลากรมีทักษะพื้นฐานตามวิชาชีพและมีทักษะเฉพาะกับงานบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต (ค่าเฉลี่ย 3.92) รองลงมาคือ บุคลากรมีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ค่าเฉลี่ย 3.91) และบุคลากรมีการอบรมเพื่อทบทวนและเพิ่มพูนความรู้อย่างสม่ำเสมอ เช่น ACLS (Advanced

Cardiac Life Support) (ค่าเฉลี่ย 3.88) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ อัตรากำลังในการขึ้นปฏิบัติงานเพียงพอและเหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 3.25) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130)

การรับรู้การจัดการคุณภาพ ด้านโครงสร้าง	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. บุคลากรมีทักษะพื้นฐานตามวิชาชีพและมีทักษะเฉพาะกับงานบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต	3.92	10 (7.7)	101 (77.7)	18 (13.8)	1 (0.8)	0 (0)
2. บุคลากรมีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต	3.91	13 (10)	94 (72.3)	21 (16.2)	2 (1.5)	0 (0)
3. บุคลากรมีการอบรมเพื่อทบทวนและเพิ่มพูนความรู้อย่างสม่ำเสมอ เช่น ACLS (Advanced Cardiac Life Support)	3.88	26 (20)	69 (53.1)	30 (23.1)	4 (3.1)	1 (0.8)
4. อุปกรณ์ทางการแพทย์มีเพียงพอต่อการใช้งาน	3.82	15 (11.5)	81 (62.3)	30 (23.1)	4 (3.1)	0 (0)
5. หน่วยงานมีการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีการศึกษาเฉพาะทางในสาขาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต	3.79	25 (19.2)	65 (50)	29 (22.3)	10 (7.7)	1 (0.8)
6. มีการบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้พร้อมใช้ (Maintenance) เสมอ	3.78	16 (12.3)	76 (58.5)	31 (23.8)	7 (5.4)	0 (0)
7. จำนวนเตียงผู้ป่วยเหมาะสมกับขนาดพื้นที่ของหอผู้ป่วย	3.58	27 (20.8)	51 (39.2)	28 (21.5)	19 (15)	5 (3.8)
8. อัตรากำลังในการขึ้นปฏิบัติงานเพียงพอและเหมาะสม	3.25	9 (6.9)	48 (36.9)	44 (33.8)	24 (19)	5 (3.8)
เฉลี่ย	3.74					

2.2 การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.11) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการมากที่สุดคือ ยาจำเป็นและรถฉุกเฉินมีพร้อมใช้ทุกครั้ง (ค่าเฉลี่ย 4.53) รองลงมาคือ มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (ค่าเฉลี่ย 4.49) และมีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ค่าเฉลี่ย 4.43) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ JCI (ค่าเฉลี่ย 3.17) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130)

การรับรู้การจัดการคุณภาพ ด้านกระบวนการ	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ยาจำเป็นและรถฉุกเฉินมีพร้อมใช้ทุกครั้ง	4.53	71 (54.6)	57 (43.8)	2 (1.5)	0 (0)	0 (0)
2. มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วย รับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการ พลัดตกหกล้ม	4.49	65 (50)	64 (49.2)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)
3. มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วย รับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการ เกิดแผลกดทับ	4.43	62 (47.7)	62 (47.7)	6 (4.6)	0 (0)	0 (0)
4. มีการรณรงค์การล้างมือและแนวทางปฏิบัติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4.42	58 (44.6)	69 (53.1)	3 (2.3)	0 (0)	0 (0)
5. มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วย รับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกัน ความผิดพลาดของการให้ยา สารน้ำ สารอาหาร และการให้เลือด	4.40	56 (43.1)	70 (53.8)	4 (3.1)	0 (0)	0 (0)

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการของพยาบาล
ประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130) (ต่อ)

การรับรู้การจัดการคุณภาพ ด้านกระบวนการ	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
6. ผู้ป่วยได้รับการตรวจพบอาการผิดปกติ เช่น การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ การเต้นของ หัวใจผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงทางระบบ ประสาทอย่างถูกต้อง รวดเร็ว จับใจ	4.38	55 (42.3)	70 (53.8)	5 (3.8)	0 (0)	0 (0)
7. มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อ ช่วยหายใจและป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วย หายใจ	4.34	48 (36.9)	78 (60)	4 (3.1)	0 (0)	0 (0)
8. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน การเกิดปอดอักเสบระหว่างใช้เครื่องช่วย หายใจ	4.31	45 (34.6)	79 (60.8)	6 (4.6)	0 (0)	0 (0)
9. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคนิค ปลดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อใน กระแสโลหิต	4.30	44 (33.8)	81 (62.3)	5 (3.8)	0 (0)	0 (0)
10. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคนิค ปลดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ	4.27	43 (33.1)	79 (60.8)	8 (6.2)	0 (0)	0 (0)
11. ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงกับการวินิจฉัย และการรักษาตามแผนการรักษา	4.27	39 (30)	87 (66.9)	4 (3.1)	0 (0)	0 (0)
12. ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อน จากโรคของผู้ป่วยเอง จากการทำหัตถการ และหลังจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง	4.25	40 (30.8)	84 (64.6)	5 (3.8)	1 (0.8)	0 (0)
13. มีการใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีต่าง ๆ อย่าง ถูกต้อง เหมาะสม	4.17	32 (24.6)	88 (67.7)	10 (7.7)	0 (0)	0 (0)

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการของพยาบาล
ประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130) (ต่อ)

การรับรู้การจัดการคุณภาพ ด้านกระบวนการ	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
14. มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะ ผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการ ป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน	4.06	36 (27.7)	70 (53.8)	21 (16.2)	2 (1.5)	1 (0.8)
15. มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะ ผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการ ป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดิน อาหารจากความเครียด	3.98	32 (24.6)	74 (56.9)	17 (13.1)	4 (3.1)	3 (2.3)
16. มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ 5ส	3.98	22 (16.9)	85 (65.4)	21 (16.2)	2 (1.5)	0 (0)
17. มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ CQI	3.77	15 (11.5)	74 (56.9)	38 (29.2)	2 (1.5)	1 (0.8)
18. มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ TQM	3.32	5 (3.8)	54 (41.5)	55 (42.3)	10 (7.7)	6 (4.6)
19. มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ R2R	3.30	5 (3.8)	54 (41.5)	54 (41.5)	9 (6.9)	8 (6.2)
20. มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ JCI	3.17	15 (11.5)	47 (36.2)	32 (24.6)	17 (13.1)	19 (14.6)
เฉลี่ย	4.11					

2.3 การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติตามการจัดการ
คุณภาพด้านผลลัพธ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.03) เมื่อพิจารณารายข้อ
คำถามพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์มากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่มี

การปลัดตกหกล้ม (ค่าเฉลี่ย 4.59) รองลงมาคือ พยาบาลไม่มีการให้เลือดผิ (ค่าเฉลี่ย 4.58) และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (ค่าเฉลี่ย 4.25) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีค่านี้น้อยที่สุดคือ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ และหลังจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงลดลง (ค่าเฉลี่ย 3.65) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130)

การรับรู้การจัดการคุณภาพ ด้านผลลัพธ์	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ผู้ป่วยไม่มีการปลัดตกหกล้ม	4.59	87 (66.9)	37 (28.5)	4 (3.1)	2 (1.5)	0 (0)
2. พยาบาลไม่มีการให้เลือดผิ	4.58	82 (63.1)	45 (34.6)	1 (0.8)	2 (1.5)	0 (0)
3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน	4.25	52 (40)	64 (49.2)	10 (7.7)	2 (1.5)	2 (1.5)
4. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจเมื่อเข้ารับบริการ ในหอผู้ป่วยวิกฤต	4.24	38 (29.2)	85 (65.4)	7 (5.4)	0 (0)	0 (0)
5. ผู้ป่วยหาย่าเครื่องหายใจได้เร็ว	4.22	13 (10)	96 (73.8)	17 (13.1)	4 (3.1)	0 (0)
6. พยาบาลล้างมืออย่างถูกวิธี	4.19	38 (29.2)	80 (61.5)	11 (8.5)	1 (0.8)	0 (0)
7. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ	4.14	40 (30.8)	70 (53.8)	18 (13.8)	2 (1.5)	0 (0)
8. ไม่มีปัญหาการให้ยาผิดทาง ผิดเวลา บริหาร ยาผิด	3.99	23 (17.7)	85 (65.4)	20 (15.4)	2 (1.5)	0 (0)
9. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ระบบทางเดิน ปัสสาวะ ทางเดินหายใจในคนไข้ใส่ท่อช่วย หายใจลดลง	3.98	24 (18.5)	81 (62.3)	24 (18.5)	1 (0.8)	0 (0)

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ของพยาบาลประจำการ
ในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130) (ต่อ)

การรับรู้การจัดการคุณภาพ ด้านผลลัพธ์	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
10. ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ปฏิชีวนะ	3.92	21 (16.2)	80 (61.5)	26 (20)	3 (2.3)	0 (0)
11. ผู้ป่วยพึงพอใจช่วยเหลือโดยไม่ได้คาดหวัง ลดลง	3.89	17 (13.1)	85 (65.4)	25 (19.2)	3 (2.3)	0 (0)
12. ผู้ป่วย Readmission ลดลง	3.85	15 (11.5)	83 (63.8)	29 (22.3)	3 (2.3)	0 (0)
13. ผู้ป่วยใช้เวลาในการพักรักษาหรือรับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตสั้น	3.81	18 (13.8)	72 (55.4)	38 (29.2)	1 (0.8)	1 (0.8)
14. ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤตลดลง	3.78	16 (12.3)	73 (56.2)	38 (29.2)	2 (1.5)	1 (0.8)
15. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำลดลง	3.76	16 (12.3)	76 (58.5)	29 (22.3)	9 (6.9)	0 (0)
16. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อยาลดลง	3.70	14 (10.8)	71 (54.6)	38 (29.2)	6 (4.6)	1 (0.8)
17. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการและหลัง จากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงลดลง	3.65	10 (7.7)	68 (52.3)	49 (37.7)	3 (2.3)	0 (0)
เฉลี่ย	4.03					

สรุปผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการในหอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องยาจำเป็นและรถฉุกเฉินมีพร้อมใช้ทุกครั้ง มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการเกิดแผล

กดทับ ตามลำดับ รองลงมา รับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะเรื่องผู้ป่วยไม่มีการผลัดตกหกล้ม พยาบาลไม่มีการให้เลือดผิด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ตามลำดับ และรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างในหอผู้ป่วยวิกฤตน้อยที่สุด ในเรื่องบุคลากรมีทักษะพื้นฐานตามวิชาชีพและมีทักษะเฉพาะกับงานบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต บุคลากรมีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต บุคลากรมีการอบรมเพื่อทบทวนและเพิ่มพูนความรู้อย่างสม่ำเสมอ เช่น ACLS (Advanced Cardiac Life Support) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

การศึกษาระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการร่วมมือ ด้านการประสานงาน ด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ และด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการทำงานเป็นทีมภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.07) โดยมีค่าเฉลี่ย 3.94 – 4.23 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีการทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมืออยู่ในระดับสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.23) รองลงมาคือด้านการติดต่อสื่อสาร (ค่าเฉลี่ย 4.12) ด้านการประสานงาน (ค่าเฉลี่ย 4.09) ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 3.98) และด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ต่ำที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.94) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลประจำการซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต (n=130)

การทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต	เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านการติดต่อสื่อสาร	4.12	0.61	สูง
ด้านการร่วมมือ	4.23	0.56	สูงที่สุด
ด้านการประสานงาน	4.09	0.60	สูง
ด้านการมีความคิดสร้างสรรค์	3.94	0.58	สูง
ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง	3.98	0.61	สูง
เฉลี่ย	4.07	0.59	สูง

3.1 การทำงานเป็นทีมด้านการติดต่อสื่อสารของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการทำงานเป็นทีมด้านการติดต่อสื่อสารโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.12) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำงานเป็นทีมด้านการติดต่อสื่อสารมากที่สุดคือ ทีมการพยาบาลมีการซักถามข้อสงสัยและข้อข้องใจ เมื่อไม่เข้าใจงานที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีม (ค่าเฉลี่ย 4.23) รองลงมาคือ ทีมการพยาบาลมีการประชุมเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ (ค่าเฉลี่ย 4.15) ทีมการพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างชัดเจน และทีมการพยาบาลมีความใส่ใจและรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน (ค่าเฉลี่ย 4.08) ตามลำดับ ส่วนการทำงานเป็นทีมด้านการติดต่อสื่อสารที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ทีมการพยาบาลได้รับทราบเป้าหมายในการทำงานในหอผู้ป่วยหนักจากหัวหน้าทีม (ค่าเฉลี่ย 4.06) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทำงานเป็นทีมด้านการติดต่อสื่อสารของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130)

การทำงานเป็นทีม ด้านการติดต่อสื่อสาร	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ทีมการพยาบาลมีการซักถามข้อสงสัยและข้อข้องใจเมื่อไม่เข้าใจงานที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีม	4.23	37 (28.5)	87 (66.9)	5 (3.8)	1 (0.8)	0 (0)
2. ทีมการพยาบาลมีการประชุมเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ	4.15	39 (30)	72 (55.4)	18 (13.8)	1 (0.8)	0 (0)
3. ทีมการพยาบาลมีความใส่ใจและรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน	4.08	29 (22.3)	84 (64.6)	15 (11.5)	2 (1.5)	0 (0)
4. ทีมการพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างชัดเจน	4.08	27 (20.8)	87 (66.9)	15 (11.5)	1 (0.8)	0 (0)
5. ทีมการพยาบาลได้รับทราบเป้าหมายในการทำงานในหอผู้ป่วยหนักจากหัวหน้าทีม	4.06	29 (22.3)	80 (61.5)	21 (16.2)	0 (0)	0 (0)
เฉลี่ย	4.12					

3.2 การทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือโดยรวมอยู่ในระดับสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.23) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือมากที่สุดคือ ทีมการพยาบาลมีการช่วยเหลือกันเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด (ค่าเฉลี่ย 4.32) รองลงมาคือ ทีมการพยาบาลมีการช่วยเหลือในการปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ (ค่าเฉลี่ย 4.26) และทีมการพยาบาลปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.18) ตามลำดับ ส่วนการทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ทีมการพยาบาลมีการวางแผนร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 4.15) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130)

การทำงานเป็นทีม ด้านการร่วมมือ	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ทีมการพยาบาลมีการช่วยเหลือกันเพื่อให้ งานบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด	4.32	46 (35.4)	80 (61.5)	4 (3.1)	0 (0)	0 (0)
2. ทีมการพยาบาลมีการช่วยเหลือในการปฏิบัติ งานด้วยความเต็มใจ	4.26	41 (31.5)	82 (63.1)	7 (5.4)	0 (0)	0 (0)
3. ทีมการพยาบาลปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อหา สาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในหน่วยงาน เพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่ มีคุณภาพ	4.18	34 (26.2)	86 (66.2)	9 (6.9)	1 (0.8)	0 (0)
4. ทีมการพยาบาลมีการวางแผนร่วมกันใน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	4.15	33 (25.4)	83 (63.8)	14 (10.8)	0 (0)	0 (0)
เฉลี่ย	4.23					

3.3 การทำงานเป็นทีมด้านการประสานงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการทำงานเป็นทีมด้านการประสานงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.09) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำงานเป็นทีมด้านการประสานงานมากที่สุดคือ การประสานงานกันในทีมการพยาบาลเป็นการช่วยให้งานสำเร็จอย่างรวดเร็ว (ค่าเฉลี่ย 4.28) รองลงมาคือ ทีมการพยาบาลมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติหรือระบบการทำงานในหอผู้ป่วยหนักอย่างชัดเจน (ค่าเฉลี่ย 4.16) และทีมการพยาบาลมีการกำหนดขอบเขตหน้าที่การทำงานของแต่ละบุคคลอย่างชัดเจน (ค่าเฉลี่ย 4.15) ตามลำดับ ส่วนการทำงานเป็นทีมด้านการประสานงานที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ทีมการพยาบาลมีการปรับความเข้าใจซึ่งกันละกันเมื่อเกิดความขัดแย้ง (ค่าเฉลี่ย 3.89) ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทำงานเป็นทีมด้านการประสานงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130)

การทำงานเป็นทีม ด้านการประสานงาน	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. การประสานงานกันในทีมการพยาบาลเป็นการช่วยให้งานสำเร็จอย่างรวดเร็ว	4.28	39 (30)	88 (67.7)	3 (2.3)	0 (0)	0 (0)
2. ทีมการพยาบาลมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติหรือระบบการทำงานในหอผู้ป่วยหนักอย่างชัดเจน	4.16	32 (24.6)	87 (66.9)	11 (8.5)	0 (0)	0 (0)
3. ทีมการพยาบาลมีการกำหนดขอบเขตหน้าที่การทำงานของแต่ละบุคคลอย่างชัดเจน	4.15	34 (26.2)	83 (63.8)	12 (9.2)	1 (0.8)	0 (0)
4. ทีมการพยาบาลมีการประสานงานกันด้วยการพูดจาที่ดีต่อกัน	4.08	29 (22.3)	87 (66.9)	10 (7.7)	3 (2.3)	1 (1)
5. การประชุมทีมการพยาบาลดำเนินไปอย่างราบรื่นทุกครั้ง	3.96	19 (14.6)	87 (66.9)	24 (19)	0 (0)	0 (0)
6. ทีมการพยาบาลมีการปรับความเข้าใจซึ่งกันละกันเมื่อเกิดความขัดแย้ง	3.89	20 (15.4)	80 (61.5)	26 (20)	4 (3.1)	0 (0)
เฉลี่ย	4.09					

3.4 การทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิดสร้างสรรค์โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.94) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิดสร้างสรรค์มากที่สุดคือ ทีมการพยาบาลมีการปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น (ค่าเฉลี่ย 4.07) รองลงมาคือ ทีมการพยาบาลมีการคิดค้นวิธีการแก้ไขปัญหาที่ต่างไปจากการปฏิบัติงานแบบเดิม เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.05) และทีมการพยาบาลมีการนำวิธีการใหม่ ๆ มาใช้เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลดเวลาในการทำงาน (ค่าเฉลี่ย 3.93) ตามลำดับ ส่วนการทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ทีมการพยาบาลมีการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ (ค่าเฉลี่ย 3.72) ดังแสดงในตาราง 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130)

การทำงานเป็นทีม ด้านการมีความคิดสร้างสรรค์	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ทีมการพยาบาลมีการปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น	4.07	21 (16.2)	97 (74.6)	12 (9.2)	0 (0)	0 (0)
2. ทีมการพยาบาลมีการคิดค้นวิธีการแก้ไขปัญหาที่ต่างไปจากการปฏิบัติงานแบบเดิม เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ	4.05	24 (18.5)	89 (68.5)	17 (13.1)	0 (0)	0 (0)
3. ทีมการพยาบาลมีการนำวิธีการใหม่ ๆ มาใช้เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลดเวลาในการทำงาน	3.93	20 (15.5)	81 (62.3)	29 (22.3)	0 (0)	0 (0)
4. ทีมการพยาบาลมีการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้	3.72	11 (8.5)	74 (56.9)	42 (32.3)	3 (2.3)	0 (0)
เฉลี่ย	3.94					

3.5 การทำงานเป็นทีมด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในหอผู้ป่วย

วิกฤต

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการทำงานเป็นทีมด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.98) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของระดับการรับรู้การทำงานเป็นทีมด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องมากที่สุดคือ ทีมการพยาบาลนำความรู้จากการอบรมมาพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 4.02) รองลงมาคือ ทีมการพยาบาลกระตุ้นให้พัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา (ค่าเฉลี่ย 4.00) และทีมการพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 3.98) ตามลำดับ ส่วนการทำงานเป็นทีมด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ทีมการพยาบาลมีการค้นหาข้อบกพร่อง เพื่อนำมาปรับปรุงงาน (ค่าเฉลี่ย 3.94) ดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทำงานเป็นทีมด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 130)

การทำงานเป็นทีมด้าน การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง	เฉลี่ย	ระดับการรับรู้				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ทีมการพยาบาลนำความรู้จากการอบรมมาพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง	4.02	27 (20.8)	81 (62.3)	20 (15.4)	2 (1.5)	0 (0)
2. ทีมการพยาบาลกระตุ้นให้พัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา	4.00	20 (15.4)	91 (70)	18 (13.8)	1 (0.8)	0 (0)
3. ทีมการพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	3.98	19 (14.6)	91 (70)	19 (14.6)	1 (0.8)	0 (0)
4. ทีมการพยาบาลมีการค้นหาข้อบกพร่อง เพื่อนำมาปรับปรุงงาน	3.94	21 (16.2)	82 (63.1)	25 (19.2)	2 (1.5)	0 (0)
เฉลี่ย	3.98					

สรุปผลการวิเคราะห์ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการทำงานเป็นทีมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมี

การทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือสูงที่สุด โดยเฉพาะเรื่องทีมการพยาบาลมีการช่วยเหลือกันเพื่อให้
งานบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด ทีมการพยาบาลมีการช่วยเหลือในการปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ
ทีมการพยาบาลปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน
เพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามลำดับ ระดับการทำงานเป็นทีมรองลงมาคือด้านการ
ติดต่อสื่อสาร โดยเฉพาะเรื่องทีมการพยาบาลมีการซักถามข้อสงสัยและข้อข้องใจ เมื่อไม่เข้าใจงานที่
ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีม ทีมการพยาบาลมีการประชุมเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติงานอย่าง
สม่ำเสมอ ทีมการพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างชัดเจน และทีมการพยาบาลมีความใส่ใจและ
รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตามลำดับ และมีระดับการทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิด
สร้างสรรค์น้อยที่สุด ในเรื่องทีมการพยาบาลมีการปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น
ทีมการพยาบาลมีการคิดค้นวิธีการแก้ไขปัญหที่ต่างไปจากการปฏิบัติงานแบบเดิม เพื่อให้การ
ทำงานมีประสิทธิภาพ ทีมการพยาบาลมีการนำวิธีการใหม่ ๆ มาใช้เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลดเวลาใน
การทำงาน ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ทดสอบสมมติฐานงานวิจัย

**สมมติฐานข้อที่ 1 การรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและ
พยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตแตกต่างกัน**

ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ความแตกต่างของการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาล
หัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ค่าสถิติการทดสอบความแตกต่าง
ค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t – test)

พบว่าในภาพรวมค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลหัวหน้าทีมในหอ
ผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับ 178.76 และค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลปฏิบัติการในหอ
ผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับ 181.95 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพของ
พยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยกำหนดค่า α ที่เท่ากับ .05 พบว่า
ได้ค่า $p > 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 4.12

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาล
หัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกันในทางสถิติที่ระดับ .05 ผลที่ได้
ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต (n=130)

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	t	Sig
พยาบาลหัวหน้าทีม	67	178.76	18.14	1.10	0.27
พยาบาลปฏิบัติการ	63	181.95	14.56		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 2 การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต

ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีมและการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001

จากตารางที่ 4.13 พบว่า การทำงานเป็นทีมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.691$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เป็นรายด้าน พบว่าการทำงานเป็นทีมในทุก ๆ ด้านมีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการทำงานเป็นทีมในด้านการประสานงาน ($r = 0.628$) มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการร่วมมือ ($r = 0.616$) การทำงานเป็นทีมในด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ($r = 0.602$) และด้านติดต่อสื่อสาร ($r = 0.585$) ตามลำดับ ขณะที่การทำงานเป็นทีมในด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ ($r = 0.517$) มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตน้อยที่สุด

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 การทำงานเป็นทีมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.691$) ผลที่ได้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2

ตารางที่ 4.13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการทำงานเป็นทีม กับการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามราย
ด้าน (n =130)

Pearson Correlation	การจัดการ คุณภาพ	การทำงาน เป็นทีม	การติดต่อ สื่อสาร	การร่วมมือ	การประสานงาน	การมีความคิด สร้างสรรค์	การปรับปรุงงาน อย่างต่อเนื่อง
การจัดการคุณภาพ	1	.691	.585	.616	.628	.517	.602
การทำงานเป็นทีม		1	.849	.853	.902	.787	.879
- การติดต่อสื่อสาร			1	.719	.675	.526	.673
- การร่วมมือ				1	.751	.534	.658
- การประสานงาน					1	.642	.731
- การมีความคิดสร้างสรรค์						1	.725
- การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง							1

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปผลในบทที่ 4 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพ ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต และการทดสอบสมมติฐานงานวิจัย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด 130 คน แบ่งเป็นพยาบาลหัวหน้าทีม (In charge) 67 คน (ร้อยละ 51.5) และพยาบาลปฏิบัติการ 63 คน (ร้อยละ 48.5) มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพทุกด้านอยู่ในระดับมาก พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการทำงานเป็นทีมภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีการทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือสูงที่สุด ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการประสานงาน ด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ และด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง และจากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่า ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 และยอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ดังนั้นการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกัน และการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งผู้วิจัยจะนำไปอภิปรายในบทที่ 5 ต่อไป

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 130 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับการรับรู้เรื่องการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต และหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีม และการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.96) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพทุกด้านอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Prathibha Varkey (2010) พบว่า โครงสร้าง กระบวนการมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ ดังนั้น ถ้าโครงสร้าง กระบวนการ มีความน่าเชื่อถือจะส่งผลให้ผลลัพธ์ดีตามมา โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการในหอผู้ป่วยวิกฤตมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.11) ข้อคำถามของการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ยาจำเป็นและรถฉุกเฉินมีพร้อมใช้ทุกครั้ง มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และมีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ แสดงให้เห็นว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องยาจำเป็นและรถฉุกเฉินให้พร้อมใช้ทุกครั้ง เพราะผู้ป่วยในสถานะวิกฤตมีสัญญาณชีพไม่คงที่ อวัยวะบางส่วนหรือหลายส่วนของร่างกายสูญเสียระบบการทำงาน ทำให้มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และมีแนวทางเพื่อสร้างความปลอดภัย และป้องกันอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วย เนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานที่ให้

การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต จึงต้องมีมาตรฐานเพื่อสร้างความปลอดภัยอย่างชัดเจน อีกทั้งในการสร้างความปลอดภัย และป้องกันอันตรายที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งพยาบาลแต่ละคนสามารถทำได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ และแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนในด้านต่าง ๆ พยาบาลก็สามารถประเมินและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ แต่อย่างไรก็ตามระดับการรับรู้การมีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ R2R และการจัดการคุณภาพตามมาตรฐาน JCI มีเพียงระดับปานกลาง โดยมีการรับรู้การจัดการคุณภาพตามมาตรฐาน JCI น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.17) เนื่องจากพยาบาลยังไม่มีความรู้ในงานวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย จึงไม่ได้สนใจในการนำงานประจักษ์มาทำงานวิจัย และการจัดการคุณภาพตามมาตรฐาน JCI ยังมีการนำไปใช้แค่บางหอผู้ป่วยเท่านั้น

จากการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีแบบแผนหรือแนวทางการป้องกันการเกิดอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน เมื่อการรับรู้การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการสูงจึงทำให้การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์สูงตามไปด้วย เพราะผลลัพธ์เป็นผลจากกระบวนการ ดังจะเห็นได้จาก การรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต ข้อคำถามของการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุดได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีการผลัดตกหกล้ม คำตอบสอดคล้องกับข้อคำถามของการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการ แต่ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก็อาจไม่ได้มาจากผลการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด อาจได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พันธุกรรม เศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม Prathibha Varkey (2010) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต แต่ยังอาจพบผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ และหลังจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (ค่าเฉลี่ย 3.65)

ส่วนการรับรู้ว่ามี การปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างในหอผู้ป่วยวิกฤตน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.74) อาจเนื่องจากพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความรู้ความสามารถ มีทักษะพื้นฐานตามวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และมีการอบรมเพื่อทบทวนเพิ่มพูนความรู้สม่ำเสมอ แต่มีอัตรากำลังในการขึ้นปฏิบัติงานไม่เพียงพอจากความจำกัดในเรื่องอัตรากำลังในการขึ้นปฏิบัติงานเพียงพอและเหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 3.25)

ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการทำงานเป็นทีมภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.07) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีการทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 4.23) รองลงมาคือด้านการติดต่อสื่อสาร (ค่าเฉลี่ย 4.12) ด้านการประสานงาน (ค่าเฉลี่ย 4.09) ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 3.98) และด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ต่ำที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.94) ตามลำดับ ข้อคำถามของการทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอาการไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาอย่างรวดเร็ว พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องมีความร่วมมือกันในการให้การดูแลเพื่อให้ทันกับอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ทีมพยาบาลมีการช่วยเหลือในการปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด และมีการร่วมกันเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน แต่ยังไม่ค่อยวางแผนร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เนื่องจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลแบบ 1:1 คือพยาบาล 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีการวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยรายนั้น ๆ ได้ทันที เพื่อให้การพยาบาลมีความรวดเร็ว ทันต่ออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป จึงไม่ได้วางแผนร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

การทำงานเป็นทีมด้านการติดต่อสื่อสารมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าทีมพยาบาลมีการซักถามข้อสงสัยและข้อข้องใจ เมื่อไม่เข้าใจงานที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีม มีการประชุมเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างชัดเจน โดยรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สิ่งที่เห็นได้ชัดด้านการติดต่อสื่อสารของทีมพยาบาลคือการส่งเวร แต่ทีมพยาบาลยังไม่ค่อยรับทราบเป้าหมายในการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจากหัวหน้าทีม อาจเนื่องจากรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยแบบ 1:1 ที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ทำให้พยาบาลปฏิบัติการมีการส่งเวรต่อกับพยาบาลปฏิบัติการ อาจทำให้ไม่รับทราบเป้าหมายในการทำงานจากหัวหน้าทีมได้

การทำงานเป็นทีมด้านการประสานงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าทีมพยาบาลมีการประสานงานกันในทีมพยาบาลเพื่อเป็นการช่วยให้งานสำเร็จอย่างรวดเร็ว และมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติหรือระบบการทำงานในหอผู้ป่วยหนักอย่างชัดเจน มีการกำหนดขอบเขตหน้าที่การทำงานของแต่ละบุคคล แต่เมื่อเกิดความขัดแย้งไม่ค่อยปรับความเข้าใจซึ่งกันละกัน

การทำงานเป็นทีมด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าทีมพยาบาลนำความรู้จากการอบรมมาพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา มีการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ค่อยมีการค้นหาข้อบกพร่องเพื่อนำมาปรับปรุงงาน

การทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.94) แสดงให้เห็นว่าทีมการพยาบาลมีการปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยมีการคิดค้นวิธีการแก้ไขปัญหาที่ต่างไปจากการปฏิบัติงานแบบเดิม และมีการนำวิธีการใหม่ ๆ มาใช้เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลดเวลาในการทำงาน แต่ไม่ค่อยนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ เนื่องจากความจำกัดในเรื่องอัตราค่าจ้างในการขึ้นปฏิบัติงานเพียงพอและเหมาะสม พยาบาลขึ้นปฏิบัติงานต้องมีการควรวอร์ มีภาระงานเพิ่มขึ้น ไม่มีเวลาพักผ่อนทำให้เกิดความเครียดและเหนื่อยล้ากับการทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาไปศึกษางานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้

การรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ค่าสถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t – test) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกันในทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เพ็ญสุภา สุขประเสริฐ (2550) พบว่า ตำแหน่งงานที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อความสำเร็จของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากทั้งพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการต่างก็เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ยังต้องให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้กระบวนการพยาบาลและให้การพยาบาลตามมาตรฐานตามที่โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยได้กำหนดไว้ พยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการจึงต้องมีทักษะพื้นฐานตามวิชาชีพและมีทักษะเฉพาะกับงานบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต และได้รับการอบรมเพื่อทบทวนและเพิ่มพูนความรู้อย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ต่างก็มีการรับรู้การจัดการคุณภาพด้านโครงสร้าง

จากการทำงานเป็นทีมการพยาบาลด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทราบว่าทีมการพยาบาลนำความรู้จากการอบรมมาพัฒนาคุณภาพ และมีการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพียงแต่กิจกรรมการจัดการคุณภาพตามมาตรฐานอาจจะแตกต่างกันตามมาตรฐานแต่ละหอผู้ป่วยที่ได้ยึดถือปฏิบัติ การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงเพื่อประเมินสถานะและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นตลอดเวลา

ทำให้พยาบาลหัวหน้าทีมต้องมีการเรียนรู้การใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างถูกต้อง เหมาะสม เพื่อสอนพยาบาลปฏิบัติการ และจากการที่หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต จึงต้องมีมาตรฐานเพื่อสร้างความปลอดภัยอย่างชัดเจน จึงทำให้ทั้งพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการมีการรับรู้การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการ

ผลลัพธ์เป็นผลจากระบวนการ พยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการต่างก็มีการรับรู้การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการ จึงทำให้มีการรับรู้การจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ด้วย จากการที่ทั้งพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการต่างก็มีการรับรู้การจัดการคุณภาพทั้ง 3 ด้าน จึงทำให้ค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีม และการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีมและการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.691$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการประสานงานทั้งบุคลากรภายในคือพยาบาลด้วยกัน และบุคลากรภายนอกคือ สหวิชาชีพต่างๆ เพื่อให้การดูแลเป็นไปในทางเดียวกัน มีความร่วมมือกันในการให้การดูแล มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีการสื่อสารที่ทำให้ทีมเข้าใจตรงกันเพื่อบรรลุเป้าหมายของทีมการพยาบาล และมีความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ เช่น หากอุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างขาดคราว หรือชำรุด ก็สามารถปรับเปลี่ยนอุปกรณ์อื่นมาใช้แทนเพื่อให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

การทำงานเป็นทีมการพยาบาล 5 ด้าน มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพ โดยเรียงลำดับความสัมพันธ์ได้ดังนี้ ด้านการประสานงาน ($r = 0.628$) ด้านการร่วมมือ ($r = 0.616$) ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ($r = 0.602$) ด้านการติดต่อสื่อสาร ($r = 0.585$) และด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ ($r = 0.517$) มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการคุณภาพน้อยที่สุด

ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของมณีนันท์ พากเพียร (2546) ที่พบว่าการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการคุณภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.74$) วัลภา อิศระธำนันท์ (2545) พบว่าการทำงานเป็นทีมโดยรวมกับคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกำแพงเพชรโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเพ็ญสุภา สุขประเสริฐ (2550) พบว่าการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน

สรุปการอภิปรายผลการศึกษา พบว่าผลการวิจัยนี้ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยข้อ1 และยอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อ2 ดังนั้นการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกัน และการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต” เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Study) เพื่อวัดระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพและการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการ และหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีม และการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 150 ฉบับ ซึ่งได้รับแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์ครบถ้วน สามารถนำมาวิเคราะห์ได้กลับคืนมาทั้งหมด 130 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 86.67 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 1 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาอบรมเฉพาะทาง ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัย ซึ่งแบ่งการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต ออกเป็น 3 ด้าน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม ดัดแปลงแบบสอบถามจากการศึกษาของ กาญจนา แสันทวี (2547) มีทั้งหมด 5 ด้าน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสำนวนภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผลการค่าหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.94

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 19 มีนาคม 2555 – 27 เมษายน 2555 ประมวลข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์วิเคราะห์ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยในตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระจากกัน (Independent t – test) และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Product – Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 130 คน เป็นพยาบาลหัวหน้าทีม (In charge) 67 คน มีอายุเฉลี่ย 34 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทาง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 10 ปี และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 11 ปี ส่วนพยาบาลปฏิบัติการ 63 คน มีอายุเฉลี่ย 25 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด ไม่เคยได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทาง ทั้งหมดจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 2 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 3 ปี

1. ระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.96) โดยการรับรู้การจัดการคุณภาพด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุดคือ การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านกระบวนการ (ค่าเฉลี่ย 4.11) รองลงมาคือ การรับรู้การจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ (ค่าเฉลี่ย 4.03) และการรับรู้การจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.74) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.11) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ยาจำเป็นและรถฉุกเฉินมีพร้อมใช้ทุกครั้ง (ค่าเฉลี่ย = 4.53) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ JCI (ค่าเฉลี่ย = 3.17)

การรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.03) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ป่วยไม่มีการผลัดตกหกล้ม (ค่าเฉลี่ย = 4.59) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ และหลังจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงลดลง (ค่าเฉลี่ย = 3.65)

การรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.74) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ บุคลากรมีทักษะพื้นฐานตามวิชาชีพและมีทักษะเฉพาะกับงานบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต (ค่าเฉลี่ย = 3.92) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ อัตรากำลังในการขึ้นปฏิบัติงานเพียงพอและเหมาะสม (ค่าเฉลี่ย = 3.25)

2. ระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการทำงานเป็นทีมภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.07) โดยการทำงานเป็นทีมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุดคือ ด้านการร่วมมือ

(ค่าเฉลี่ย 4.23) รองลงมาคือด้านการติดต่อสื่อสาร (ค่าเฉลี่ย 4.12) ด้านการประสานงาน (ค่าเฉลี่ย 4.09) ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 3.98) และด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ (ค่าเฉลี่ย 3.94) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือโดยรวมอยู่ในระดับสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.23) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ทีมการพยาบาลมีการช่วยเหลือกันเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด (ค่าเฉลี่ย = 4.32) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ทีมการพยาบาลมีการวางแผนร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 4.15)

การทำงานเป็นทีมด้านการติดต่อสื่อสารโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.12) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ทีมการพยาบาลมีการซักถามข้อสงสัยและข้อข้องใจ เมื่อไม่เข้าใจงานที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีม (ค่าเฉลี่ย = 4.23) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ทีมการพยาบาลได้รับทราบเป้าหมายในการทำงานในหอผู้ป่วยหนักจากหัวหน้าทีม (ค่าเฉลี่ย = 4.06)

การทำงานเป็นทีมด้านการประสานงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.09) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การประสานงานกันในทีมการพยาบาลเป็นการช่วยให้งานสำเร็จอย่างรวดเร็ว (ค่าเฉลี่ย = 4.28) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ทีมการพยาบาลมีการปรับความเข้าใจซึ่งกันละกันเมื่อเกิดความขัดแย้ง (ค่าเฉลี่ย = 3.89)

การทำงานเป็นทีมด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.98) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ทีมการพยาบาลนำความรู้จากการอบรมมาพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย = 4.02) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ทีมการพยาบาลมีการค้นหาข้อบกพร่อง เพื่อนำมาปรับปรุงงาน (ค่าเฉลี่ย = 3.94)

การทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิดสร้างสรรค์โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.94) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ทีมการพยาบาลมีการปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น (ค่าเฉลี่ย = 4.07) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ทีมการพยาบาลมีการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ (ค่าเฉลี่ย = 3.72)

3. การรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลหัวหน้าทีมในหอผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับ 178.76 และค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตเท่ากับ 181.95 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพของ

พยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยกำหนดค่า α ที่เท่ากับ .05 พบว่าได้ค่า $t = 1.10$ ค่า $p > 0.05$

สรุปผลว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกันในทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีม และการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.691$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เป็นรายด้าน พบว่าการทำงานเป็นทีมในทุกๆ ด้านมีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเรียงลำดับค่าความสัมพันธ์จากมากไปน้อย ดังนี้ การทำงานเป็นทีมในด้านการประสานงาน ($r = 0.628$) ด้านการร่วมมือ ($r = 0.616$) ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ($r = 0.602$) ด้านติดต่อสื่อสาร ($r = 0.585$) และด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ ($r = 0.517$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรคำนึงถึงการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยสำรวจระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต ทั้ง 3 ด้าน ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ เป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข เพื่อช่วยเพิ่มระดับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรรับสมัครพยาบาลวิชาชีพเพื่อปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่ม หรือจัดอัตรากำลังในการขึ้นปฏิบัติงานอย่างเพียงพอและเหมาะสม

1.3 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการแนะนำการจัดกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามมาตรฐาน JCI ในบางหอผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ใช้ เพื่อให้หอผู้ป่วยนั้นได้ทราบรายละเอียดประโยชน์ และเป็นทางเลือกในการจัดการคุณภาพ

1.4 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้าง พัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม เพื่อช่วยให้พยาบาลวิชาชีพได้มีกระบวนการการทำงานเป็นทีม และทำงานโดยใช้กระบวนการการทำงานเป็นทีมได้อย่างราบรื่น

1.5 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดสิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยีต่างๆ เช่นคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลได้ศึกษา ค้นคว้างานวิจัยต่าง ๆ เพื่อนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

2.1 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดให้มีการอบรมหรือสัมมนาเรื่องการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต และการทำงานเป็นทีมทุก ๆ ปี

2.2 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนการศึกษาอบรมเฉพาะทาง โดยให้บุคลากรได้การศึกษาอบรมเฉพาะทางที่ตรงกับงานที่ได้ปฏิบัติงานอยู่ และมีเกณฑ์การคัดเลือกพยาบาลที่ศึกษาอบรมเฉพาะทาง และเปิดโอกาสให้พยาบาลที่ศึกษาอบรมเฉพาะทางได้เลือกอบรมเฉพาะทางในเรื่องที่ตรงกับสายงานหรือตรงกับที่สนใจ เพื่อเพิ่มความสนใจหรือกระตุ้นให้พยาบาลมีการศึกษาอบรมเฉพาะทาง

2.3 ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการจัดตั้งโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research)

3. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

3.1 พยาบาลควรมีการสำรวจตัวเองในเรื่องการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

3.2 พยาบาลควรมีการสำรวจตัวเองในเรื่องการทำงานเป็นทีม เพื่อหาข้อดีที่ช่วยส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และหาข้อบกพร่องที่จะทำให้การทำงานเป็นทีมบกพร่อง อันเป็นผลเสียกระทบต่อการทำงาน

3.3 ในหอผู้ป่วยควรจัดให้มีกิจกรรมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เพื่อเสริมสร้างการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยอาจเริ่มจากการสร้างทีมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

3.4 ในหอผู้ป่วยควรจัดให้มีกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เช่น จัดอบรมต่างจังหวัด จัดแข่งกีฬา เป็นต้น

3.5 มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการสื่อสาร โดยให้หัวหน้าทีมชี้แจงเป้าหมายในการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน

3.6 มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือ โดยให้พยาบาลหัวหน้าทีม และพยาบาลปฏิบัติการวางแผนร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

3.7 มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการประสานงาน โดยเปิดโอกาสให้ทีมการพยาบาลมีการปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันเมื่อเกิดความขัดแย้ง

3.8 มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ โดยให้ทีมการพยาบาลนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้

3.9 มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง โดยกระตุ้นให้ทีมการพยาบาลมีการค้นหาข้อบกพร่อง เพื่อนำมาปรับปรุงงาน

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

4.1 การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมและการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งอาจจะมีการค้นหาตัวแปรอื่นที่มีผลต่อการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต

4.2 การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีกลุ่มตัวอย่างเฉพาะพยาบาล จึงควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ และงานวิจัยนี้มีการศึกษาเฉพาะหอผู้ป่วยวิกฤต จึงอาจมีการเพิ่มการศึกษาให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล

4.3 การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต ของพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย จึงควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ เช่น สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ฯ เพิ่มเติม

การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

NURSES' PERCEPTION OF QUALITY MANAGEMENT IN INTENSIVE CARE UNIT

รุ่งทิwa สิริอุดมสุข 5037068 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหาร โรงพยาบาล

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ภิกษิ ภาวนันท์, Ph.D.(DEVELOPMENT ADMINISTRATION),
วิริณธิ กิตติพิชัย, Ph.D.(APPLIED BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH), จารุวรรณ ธาตาคะ,
Ph.D.(DEVELOPMENT ADMINISTRATION)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของสังคมไทยที่พึงประสงค์ เป็นสังคมที่เข้มแข็งและมีคุณภาพ เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสองในเจ็ดยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาสุขภาพฉบับนี้ได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ (สำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548) ต่อมาแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) มีการขยายบริการสุขภาพให้กว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้น แต่การเข้ารับบริการทางการแพทย์ก็ยังเป็นเรื่องยาก ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีราคาแพง ขาดคุณภาพของบริการพยาบาล การดูแลและรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการทำหัตถการต่าง ๆ จำเป็นต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูงเพื่อประเมินสภาวะและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการงานสูง (Murabito, Rubulotta et al., 2008) และผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากข้อผิดพลาดทางการแพทย์ได้ (Scrivens, 2005) ทำให้มีการพิจารณาถึงการจัดการคุณภาพหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างยั่งยืน ซึ่งการทำงานเป็นทีมนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพบริการของหอผู้ป่วยวิกฤต (Shortell, Zimmerman et al., 1994) เนื่องจากการทำงานเป็นทีมช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงาน และเป็นการตรวจสอบลดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจากการที่ต้องทำงานอย่างรีบเร่ง โรงพยาบาลในสังกัด

มหาวิทยาลัย เป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง มีอัตราผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี พยาบาลจึงมุ่งปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ทันกับเวลา เป็นการทำงานที่มุ่งปริมาณและปฏิบัติเพียงงานประจำให้เสร็จเท่านั้น (ปาริชาติ ต้นสุวรรณ, 2545) ดังนั้นความใกล้ชิดและสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับพยาบาลจึงมีข้อจำกัด การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอาจทำไม่ได้เต็มที่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการจึงมีเพียงร้อยละ 76.8 ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นอย่างไร
2. การรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตแตกต่างกันหรือไม่
3. การทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นอย่างไร
4. การทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวัดระดับการรับรู้เรื่องการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต
3. เพื่อวัดระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต
4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีม และการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต

สมมุติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตแตกต่างกัน

2. การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต

ทบทวนวรรณกรรม

การจัดการคุณภาพ หมายถึง การบริหารจัดการพัฒนาสินค้าหรือบริการตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อประเมิณประสิทธิผลของหน่วยงานหรือบริการ และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) เป็นกรอบแนวคิดในการวัดระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย เนื่องจากองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ สามารถบ่งบอกได้ว่าคุณภาพนั้นดีหรือไม่ และรูปแบบนี้ถูกพัฒนาเพื่อประเมินการปฏิบัติทางคลินิก จึงสามารถนำมาประเมินการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต

การทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาร่วมกันทำงาน โดยมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เดียวกัน มีการพึ่งพาอาศัยกัน มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยทุกคนที่เป็นสมาชิกต้องมีส่วนรับผิดชอบงาน และมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกัน

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดของโรมมิ่ง (Roming, 1996) ในการวัดระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย เนื่องจากเห็นว่ามีความครอบคลุมในรายละเอียดของการทำงานเป็นทีม และสอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory Research) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Study) ประชากรที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีระยะเวลาปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม ใช้วิธีส่งแบบสอบถามด้วยตัวเอง จำนวน 150 ชุด ได้แบบสอบถามกลับคืนและมีความสมบูรณ์ของข้อมูล จำนวน 130 ชุด คิดเป็นร้อยละ 86.67 แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน

คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต การทำงานเป็นทีมการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่อิสระจากกัน (Independent t-test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.96) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า รับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านกระบวนการในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.11) รองลงมารับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านผลลัพธ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต (ค่าเฉลี่ย 4.03) และรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพด้านโครงสร้างในหอผู้ป่วยวิกฤต (ค่าเฉลี่ย 3.74) ตามลำดับ

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการรับรู้การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.07) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีการทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมืออยู่ในระดับสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.23) รองลงมาคือด้านการติดต่อสื่อสาร (ค่าเฉลี่ย 4.12) ด้านการประสานงาน (ค่าเฉลี่ย 4.09) ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 3.98) และด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ (ค่าเฉลี่ย 3.94) ตามลำดับ

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีม และพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตแตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีม และพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกันในทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยที่ 1

สมมติฐานที่ 2 การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการวิจัยพบว่า การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.691$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ 2

อภิปรายผล

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติการจัดการคุณภาพทุกด้านอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Prathibha Varkey (2010) พบว่า โครงสร้าง กระบวนการมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ ดังนั้น ถ้าโครงสร้าง กระบวนการ มีความน่าเชื่อถือก็จะส่งผลให้ผลลัพธ์ดีตามมา

การรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการไม่แตกต่างกัน เนื่องจากต่างก็เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ยังต้องให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้กระบวนการพยาบาลและให้การพยาบาลตามมาตรฐานตามที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้กำหนดไว้ เพียงแต่ตำแหน่งพยาบาลประจำการ ไม่มีบทบาทหน้าที่ทางด้านการบริหารเหมือนตำแหน่งพยาบาลหัวหน้าทีม ซึ่งตำแหน่งไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการคุณภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของกฤตศร มังกรกาญจน์ (2548) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ อายุงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และเพ็ญสุภา สุขประเสริฐ (2550) พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงานที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อความสำเร็จของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) ไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอาการไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาอย่างรวดเร็ว พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงต้องมีความร่วมมือกันในการให้การดูแล มีการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้การดูแลเป็นไปในทางเดียวกัน หากมีปัญหาในการทำงานก็ต้องมีการระดมสมองในการแก้ไขปัญหา ปรับปรุงกระบวนการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการทำงานเป็นทีมของโรมมิ่ง (Romming, 1996) พบว่าการทำงานเป็นทีมมีองค์ประกอบได้แก่ การสร้างสรรค์ของทีม การติดต่อสื่อสารภายในทีม การประชุมทีม การแก้ไขปัญหาของทีม การปรับปรุงกระบวนการทำงาน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงมีการทำงานในลักษณะทีมการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

การทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากการทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพบริการทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยวิกฤต (Shortell, Zimmerman et al., 1994) การทำงานเป็นทีม เป็นพื้นฐานสำคัญของความสำเร็จในการบริหารจัดการองค์กร การรวมกลุ่มทำให้เกิดพลังความสามารถในการทำงานมากขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของมณีรัตน์ พากเพียร (2546) ที่พบว่าการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการคุณภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.74$) วัลภา อิศระธำนันท์ (2545) พบว่าการทำงานเป็นทีมโดยรวมกับคุณภาพบริการโรงพยาบาล

ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = 0.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเพ็ญสุภา สุขประเสริฐ (2550) พบว่าการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรคำนึงถึงการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยสำรวจระดับการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มระดับการจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรรับสมัครพยาบาลวิชาชีพเพื่อปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่ม หรือจัดอัตรากำลังในการขึ้นปฏิบัติงานอย่างเพียงพอและเหมาะสม
3. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการแนะนำการจัดการกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามมาตรฐาน JCI ในบางหอผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ใช้ เพื่อให้หอผู้ป่วยนั้นได้ทราบรายละเอียด ประโยชน์ และเป็นทางเลือกในการจัดการคุณภาพ
4. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้าง พัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม เพื่อช่วยให้พยาบาลวิชาชีพได้มีกระบวนการการทำงานเป็นทีม และทำงานโดยใช้กระบวนการการทำงานเป็นทีมได้อย่างราบรื่น
5. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดสิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลได้ศึกษา ค้นคว้างานวิจัยต่าง ๆ เพื่อนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้
6. ผู้บริหารทางการแพทย์มีการจัดตั้งโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) โดยอาจเริ่มจากการสร้างทีมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยในหอผู้ป่วย
7. มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการสื่อสาร โดยให้หัวหน้าทีมชี้แจงเป้าหมายในการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน
8. มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการร่วมมือ โดยให้พยาบาลหัวหน้าทีม และพยาบาลปฏิบัติการวางแผนร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล
9. มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการประสานงาน โดยเปิดโอกาสให้ทีมการพยาบาลมีการปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันเมื่อเกิดความขัดแย้ง

10. มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการมีความคิดสร้างสรรค์ โดยให้ทีมพยาบาลนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้

11. มีการพัฒนาการทำงานเป็นทีมด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง โดยกระตุ้นให้ทีมพยาบาลมีการค้นหาข้อบกพร่อง เพื่อนำมาปรับปรุงงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมและการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาล ซึ่งอาจจะมีการค้นหาตัวแปรอื่นที่มีผลต่อการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีกลุ่มตัวอย่างเฉพาะพยาบาล ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ และมีการศึกษาเฉพาะหอผู้ป่วยวิกฤต อาจมีการเพิ่มการศึกษาให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล

3. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาลในสังกัดบวมหาวิทยาลัย ควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ เช่น สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ฯ เพิ่มเติม

NURSES' PERCEPTION OF QUALITY MANAGEMENT IN INTENSIVE CARE UNIT**RUNGTIWA SITTIUDOMSUK 5037068 PHPH/M****M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HOSPITAL ADMINISTRATION****THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIRUDEE PAVANANUNT, Ph.D. (DEVELOPMENT ADMINISTRATION), WIRIN KITTIPICHAI, Ph.D.(APPLIED BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH), CHARUWAN TADADEJ, Ph.D. (DEVELOPMENT ADMINISTRATION)****EXTENDED SUMMARY****Background and Rationale**

The Ninth National Health Development Plan (2545 B.E. - 2549 B.E.) had set up the vision for desirable Thai society as “The strong and well-balanced society”. Among seven strategies to attain the goal of health development, two of them had been focused upon the improvement of health service. (Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health, 2548) Later, during the Tenth National Health Development Plan (2550 B.E.-2554 B.E.) there were extensive growth of health services all over the country. However, the accessibility to medical care is still difficult for many people, health care cost is still expensive, quality nursing service is lacking. Medical care service in the intensive care unit need high technology medical equipment to assess and monitor the ever-changing physical condition of the patients, thus the management cost is very high. (Murabito, Rubulotta et al., 2008) The patients in the intensive care unit also have high risk of undesirable medical error as well. (Scrivens, 2005) Thus there have been many discussions about sustainable management of intensive care unit and good team work is one of the most essential factors which will affect quality of medical care in the intensive care unit. (Shortell,

Zimmerman et al., 1994) Team working can increase the competency of the work and acts as check and balance. It can also help reduce the error in critical care service which is always rushing by nature as well. University Hospital is considered as the tertiary health services institute and the number of patients seeking for service is increasing every year, thus the nursing service do not have enough time to do quality service, they have to keep up with the times and focuses with quantity only. (Parichart Tunsuwan, 2545) Such situation limits the closeness and intimate relationship between the nurses and the clients, and the holistic nursing care could not be fully accomplished. The clients' satisfaction had been only 76.8 %, thus the researcher had interest in studying about quality management in the intensive care unit of university hospital.

The Research Questions

1. To what the nurses perceive quality management in the intensive care unit?
2. Is there a difference of perception about quality management among nurse team leaders and non-leaders in the intensive care unit?
3. What is the level of team work nurses perform in the intensive care unit?
4. Is there a relationship between nurses' team working and quality management in the intensive care unit?

Research Objectives

1. To measure the level of perception about quality management among the nurses in the intensive care units.
2. To compare the level of perception about quality management among nurse team leaders and non-leaders in the intensive care units.
3. To measure the level of the team working among the nurses in the intensive care units.

4. To examine the relationship between team working and quality management of nurses in the intensive care units.

Research Hypothesis

1. The perception of quality management among nurse team leaders and non-leaders in the intensive care unit are different.
2. The nurses' team working has a relationship with quality management in the intensive care units.

Literature Review

Quality management means the management for improving the quality of products or services to reach the set standard. It also includes the evaluation of the effectiveness of the institutes or the services rendered by the institute in order to be able to appropriately respond to the need of the clients.

This research had applied the concept of the measurement of the perception developed by Donabedian (1988) as the conceptual framework in measuring the level of perception of quality management among the nurses in the intensive care unit of a university hospital. The measurement had been focused upon three major components; structure, process and outcome. The measurement framework could be indicator for measuring the quality of services. Since the format had been developed to evaluate the quality of clinical service thus it could be applied as the tool for the evaluation of quality management in the intensive care unit as well.

Team working means the process which a group of more than two persons come to work together with common target or objective; they have to be inter-dependent to each other and have inter-action among the members in order to carry on the mission to attain the common objective. Each member has to share the responsibility and share the power of making decision.

Roming (1996) conceptual framework had been applied in measurement of the level of team working among the nurses in the intensive care units of university hospital. The conceptual framework could be applied appropriately with the concept of

team working and the context of work in the intensive care unit of a university hospital.

Research Methodology

This research was an exploratory research with cross-sectional study. The studied population was the nurses in the intensive care unit of a university hospital in Bangkok Metropolis who had at least one year of working experience in the intensive care units. The sampled population had been selected by simple random sampling; the total sample population was 130 nurses. Questionnaires were employed as the tool for collecting data. The total number of 150 sets of questionnaires had been sent by hand to the studied population. There were 130 sets of questionnaires which had been sent back to the researcher (86.67%). The questionnaires were divided into three parts which were personal characteristics, perception of quality management in the intensive care unit and team working of the nursing personnel. Descriptive statistics was used for data analysis; the statistics used were percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics was employed to test the difference between the mean of two independent sample groups. (Independent t-test), Pearson's product-moment correlation efficient was employed to test the relationship of the variables.

Results

From the study we found that the overall perception of quality management among the nurses working in the intensive care unit was in the high level (mean = 3.96). When considering quality management per aspects, it was found that the aspect of management process had been perceived with the highest score (mean = 4.11), followed by the aspect of outcome (mean = 4.03) and the least score (mean = 3.74) was the perception about the organization structure in the intensive care unit.

The overall perception of team working among the nurses was also in the high level (mean = 4.07). Upon considering per aspects it was found that the aspect of cooperation received the highest score (mean = 4.23) followed by communication,

coordination, continuous improvement of the work and having creativity with the score 4.12, 4.09, 3.98 and 3.94 consecutively.

Testing of hypothesis had revealed the result as follows:

1st Hypothesis: The perception of quality management among nurse team leaders and non-leader in the intensive care units are different.

The study found that the perception of quality management among nurse team leaders and non-leader in the intensive care units are not different thus 1st Hypothesis was rejected.

2nd Hypothesis: Team working has relationship with quality management of nurses in the intensive care unit.

The study found that team working had medially positive relationship with quality management in the intensive care unit with statistical significance at $p = 0.001$ ($r = 0.691$) thus 2nd Hypothesis was accepted.

Discussion

The perception of quality management in the intensive care unit among the nurses was in high level. When considering per aspects it was found that the perception of quality management in all aspects were also high, the finding was in accord with the study by Prathibha Varkey (2010) which found that the organization structure and process were related with the organization outcome. Thus if the structure and process in the organization were acceptable and trustworthy by the member the desirable outcome usually followed.

The perception of quality management in the intensive care unit among nurse team leaders and non-leader were not different. The explanation could be that both the nurse team leaders and non-leader were nurses who provided the nursing service in the intensive care units using nursing process and procedures in accordance with the standard set by the university hospital. The only difference was that the nurse non-leaders did not have to play the administrative role, and the position of the job was not causal factor affecting quality management. The finding was in accord with the study by Kritsorn Mangkornkarnjana (2548) which found that personal characteristics

(sex, age, duration of service in the organization) did not relate with total quality management of the organization. The study by Pensupa Sukprasert (2550) found that persons with different age, education level, work experience and job position did not have different opinions about the success of total quality management of the organization.

Naturally, most of the patients in the intensive care unit often had unstable condition; their symptoms were subjected to ever changing all the time thus there were the need for the responsible nursing personnel to cooperate with each other in the provision of nursing care. They needed to keep up with communication network among their team members so that the nursing care would be in accord with each other. In case any undesirable event occurs, there would be the brainstorming among the concerned personnel to tackle the problem. There was the need to have continuous improvement or innovative techniques to improve the nursing care continually. These were in accord with team working concept suggested by Roming (1996) that there were five majors in team working which were: innovativeness or creativity of team, inter-communication among team members, team meeting, problems solving and work process improvement. Thus the nurse who worked in the intensive care unit often had high level of team working.

Team working is closely related with quality management among nurses in the intensive care unit because team working is an essential factor which affects the quality of nursing service in the intensive care unit. (Shortell, Zimmerman et al., 1994) Team working is essential foundation for organization success, getting organized as working group helps increase the working capability of the organization which is in accord with the study by Maneeratna Pakpien (2546), which found that team working had positive relationship with total quality management with statistical significance at $p = 0.01$ ($r = 0.74$). Wallapha Isarathanant (2545) had found that total quality management and overall quality of hospital service according to the perception of nurses in Kumpaengpetchra hospital had medially positive relationship with each other ($r = 0.52$). Pensupa sukprasert (2550) had also found that team working had relationship with the success of total quality management of the organization and the directions were in the accordance with each others.

Research Recommendations

Recommendations from the study

1. The nursing administration should realize the importance of quality management in the intensive care unit by surveying the perception of nurses in the hospital about quality management in the wards in order to get information for planning to increase the level of quality management in the intensive care unit.
2. There should be the increase in number of nurse personnel in order to balance with the increased workload in the intensive care unit.
3. The nursing administration should suggest or advise the application of quality management of JCI standard in some medical wards as their alternative to be applied for quality improvement of the ward administration.
4. There should be some activities to strengthen the skill of team working so that nurse could improve their team working process.
5. There should be the provision of facilitating accessories for the nursing personnel to study and explore the researches for application in their work such as computers, internet etc.
6. There should be the support in doing research from routine work to be applied for work improvement in the ward (Routine to Research Program).
7. There should be the improvement in the aspect of communication in team working so that the work in the intensive care unit is in accord with each other.
8. Improve team working in the aspect of cooperation by organizing participative planning which team leaders and nursing team members set up participative planning for nursing activities.
9. Improve team working in the aspect of coordination by facilitating opportunity for members to create better understanding to prevent and resolve conflict.
10. Improve team working in the aspect of creativity by encouraging the application of research finding to improve the services.
11. Improve team working in the aspect of continuous improvement of work by encouraging nursing team members to diagnose the loopholes of work and correct them.

Recommendations for Further Research

1. This study had focused only on team working and perception of the nurses about quality management in the intensive care unit, thus there should be further research to identify other variables which might relate to the perception of the nurses about quality management.

2. This study had focused only upon the perception about quality management in the intensive care unit where the studied population was the nursing personnel only. Thus there should be the study about the perception of the population of other multidisciplinary personnel as well and extend the studied area to cover the whole hospital.

3. This study had focused only upon the perception about quality management in the intensive care unit where the studied population was the nursing personnel in university hospital only. Thus there should be the similar study in the hospitals belong to other organizations as well e.g. Ministry of Public Health etc.

บรรณานุกรม

- กฤตสร มังกรกาญจน์. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสนับสนุนการทำกิจกรรม การบริหารคุณภาพแบบเบ็ดเสร็จ (TQM)/Selected Factors Relation to Supporting Behavior in Total Quality Management (TQM) Implementation. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.).
- กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2548). "แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ." เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน, 2548, เข้าถึงได้จาก: <http://kromchol.rid.go.th/reform/gov3.pdf>.
- กิตติชัย รัตนะ. (2552). "วิธานนโยบายและการจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม." เข้าถึงได้จาก: <http://www.krirk.ac.th/Download/kiti/kiti01.htm>.
- เกษราวัลย์ นิลวางกุล, จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย, et al. (2542). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการให้ความรู้อย่างมีระบบต่อความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคเอดส์ของกรมกรรับจ้างในเขต จังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 50.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2550). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง.
- ชำนาญ ภู่อี่ยม. (2540). "เจาะไอดี้นักบริหาร: การสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลรัฐ." จุลสารพัฒนาข้าราชการ 9(6): 9-16.
- ชูพงศ์ ปัญจะวัต, Ed. (2545). จิตวิทยาเพื่อคุณ: บทความสารคดีทางวิทยุ เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และดุสิต สถาวร, Ed. (2547). Critical Care: Guideline and Standards. ICU Quality Indicators: ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.
- ณัฐพันธุ์ เจริญนันท์. (2547). "Six Sigma: การจัดการคุณภาพตามแบบฉบับอเมริกัน." วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต 1(2): 55-63.
- ณัฐพันธุ์ เจริญนันท์ และคณะ, Eds. (2546). การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.

- ทรงพร โพธิสมพร. (2548). ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลชุมชน ตามการรับรู้ของผู้มาใช้บริการ กรณีศึกษาโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย. สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต.
- ทิสนา แคมณี, Ed. (2537). สัมพันธ์เพื่อการทำงานเป็นทีมและการจัดการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาประถมศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล กิจไพศาลรัตน. (2551). "การบริหารจัดการห้องสมุดคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ด้วยเทคนิคการวัดผลเชิงคุณภาพ." วารสารวิจัยสมาคมห้องสมุดแห่งประเทศไทย.
- ปราณี ปานแม่น. (2547). ความคิดเห็นของพนักงานองค์การเภสัชกรรมที่มีต่อระบบการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM). การศึกษาเพื่อพัฒนารัพยากรมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต.
- ปาริชาติ ต้นสุวรรณ. (2545). การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของใช้ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: 3.
- พนิดา รัตนไพโรจน์. (2542). ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ผลที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และเจตคติต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.
- พัชรี ทองแผ่. (2540). คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน เขต 2. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.
- พิรุณ รัตนวิช, Ed. (2545). คุณภาพบริการด้านสาธารณสุขสำหรับพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัท มายด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- เพ็ญศรี ชำนาญวิทย์. (2547). การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพบริการพยาบาลที่มีความเป็นเลิศในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: 4.
- เพ็ญสุภา สุขประเสริฐ. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM)/The factors that Influence for Success of Total Quality Management (TQM), มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

มณีนันท์ พากเพียร. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์และการทำงานเป็นทีม ต่อการจัดการคุณภาพโดยรวมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพ. วิชาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยบูรพา. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2552). "การทำงานเป็นทีม." เข้าถึงได้จาก: www.prlabschools.com/PR/teamwork.htm.

รัตนา เจริญวรรณ. (2551). "ความหมายของการจัดการคุณภาพ." เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2551, เข้าถึงได้จาก: <http://gotoknow.org/blog/prachuabk/192674?page=3>.

รัตนา เนืองแก้ว. (2554). "TQM: Total Quality Management การประกันคุณภาพทั้งทั้งองค์กร." เข้าถึงได้จาก: <http://med.tu.ac.th/uploads/article/8.pdf>.

เรมวอล นันท์สุภวัฒน์ และ คณะ, Eds. (2542). การบริหารการพยาบาล. เชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วนิดา สิงห์โต. (2548). การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชัยนาท. การบริหารการศึกษา, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. ครุศาสตรมหาบัณฑิต.

วัชรวิทย์ เทพพุทธานกูร. (2551). "การจัดการคุณภาพ." เข้าถึงเมื่อ 21 ก.พ. 2551, เข้าถึงได้จาก: <http://www.itie.org/eqi/modules.php?name=Forums&file=viewtopic&t=8614>.

วัลภา อิศระธำนันท์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการทำงานเป็นทีม กับคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิชาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยบูรพา. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.

วาริ พูลทรัพย์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของทีมงาน กับประสิทธิผลของทีมการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

วาริ วณิชปัญญพล. (2539). ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลต่อความคาดหวังของผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

วิฑูรย์ สิมะโชคดี, Ed. (2542). วิธีสู่องค์กรคุณภาพยุค 2000. กรุงเทพมหานคร: TPA Publishing.

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2553). "บทบาทหน้าที่." เข้าถึงได้จาก: <http://www.ha.or.th/ha2010/th/about/role.php>.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2553). "แบบประเมินตนเอง." เข้าถึงได้จาก: http://www.ha.or.th/m_06_02.asp.
- สนั่น เกชาวารี. (2554). "MBNQA." เข้าถึงเมื่อ 21 มีนาคม, 2554, เข้าถึงได้จาก: <http://mbnqa.blogspot.com/>.
- สำนักความปลอดภัยแรงงาน. (2552). "5ส คืออะไร?", เข้าถึงได้จาก: http://www.oshthai.org/index.php?option=com_linkcontent&Itemid=68§ionid=22&pid=64.483&task=detail&detail_id=959&lang=th.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2548, 12 กรกฎาคม 2548). "แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-พ.ศ.2549)." เข้าถึงได้จาก: http://www.moph.go.th/ops/health_48/03.PDF.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2550). "แนวทางการบริหารจัดการเพื่อสร้างประสิทธิผลองค์กรพยาบาล." เข้าถึงได้จาก: www.ccne.or.th/file.../27Dec200758-AttachFile1198717738.doc
- สุนันทา เลาหันทน์, Ed. (2544). การสร้างทีมงาน. กรุงเทพมหานคร: ดี.ดี. บุ๊คส์โตร์.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, Ed. (2544). เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, Eds. (2543). คุณภาพของระบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อมรรักษ์ จินนาวงศ์. (2543). ผลของการพยาบาลเป็นทีมต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.
- อารีรัตน์ ขวาลา. (2551). คุณภาพชีวิตการทำงานที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.
- เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, Eds. (2550). Critical care in everyday practices กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.
- Block, D. J., Ed. (2006). Healthcare outcomes management: strategies for planning and evaluation. Sudbury, Mass, Jones and Bartlett.

- Buchanan, D. and A. Huczynski, Eds. (1997). *Organizational behavior*. Hertfordshir, Prentice-Hall.
- Chelluri, L. P. (2008). "Quality and performance improvement in critical care." *Indian J Crit Care Med* 12(2): 67-76.
- Chelluri, L. P. (2008). "Quality and performance improvement in critical care." *Indian J Crit Care Med* 12: 67-76.
- Crosby, P. B., Ed. (1984). *Quality without tear: The art of hassle-free management*. New York, McGraw-Hill Book Co.
- Donabedian, A., Ed. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Selecting Approaches to Assessing Performance*. New York, Oxford University Press, Inc.
- Elifson, K. W., R. P. Runyon, et al., Eds. (1990). *Fundamental of social statistics*. Singapore.
- Feigenbaum, A. V., Ed. (1991). *Total quality control*. Singapore, McGraw-Hill Book Co.
- G.Shojania, K., J. Showstack, et al. (2001). "Assessing Hospital Quality: A Review for Clinicians." *Effective Clinical Practice*.
- Hoskins E.J., Saygey S.A., et al. (2002). "Quality Improvement in Patient Distribution at a Major University Student Health Center." *J Am Coll Health* 50(6): 303-308.
- Joint Commission International. (2011). "About Joint Commission International." from <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/>.
- Juran, J. M. (1989). *Juran on leadership for quality: An executive handbook*. New York, The Free Press.
- Knowles, J. C., C. Leighton, et al., Eds. (1997). *Measuring Results of Health Sector Reform for System Perforce: A Handbook of Indicators*. Bethesda, Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.
- Lemeshow, S., D. W. H. Jr., et al. (1990). "Adequacy of sample size in health studies." *Statistics in Medicine* 9(11): 1382-1383.
- Lenckus, D. (2004). "Technology, education increase efficiency at USA." *Business Insurance* 38(16): 22-23.
- Meyer, J. A., S. Silow-Carroll, et al. (2004). "Hospital Quality: Ingredients for Success-Overview and Lessons Learned." *The Commonwealth Fund*.

- Murabito, P., F. Rubulotta, et al., Eds. (2008). *Quality Management in the ICU: Understanding the Process and Improving the Art*. Springer Milan.
- NovaBizz. (2554). "Perception." from <http://www.novabizz.com/NovaAce/Behavior/Perception.htm>.
- Øvretveit, J. (2003). "What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?" WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN): 1-25.
- Petra Gastmeier, H. Bräuer, et al. (2002). "A Quality Management Project in 8 Selected Hospitals to Reduce Nosocomial Infections: A Prospective, Controlled Study." *Infection Control and Hospital Epidemiology* 23(2): 91-97.
- Prasanta Kumar Dey and S. Hariharan (2006). "Integrated approach to healthcare quality management: a case study." *The TQM Magazine* 18(6): 583-605.
- Prasanta Kumar Dey, Seetharaman Hariharan, et al. (2006). "Measuring the operational performance of intensive care units the analytic hierarchy process approach." *International Journal of Operations & Production Management* 26(8): 849-865.
- Ray, B., D. P. Samaddar, et al. (2009). "Quality indicators for ICU: ISCCM guidelines for ICUs in India." *Indian J Crit Care Med* 13(4): 173-205.
- Robbins, S. P., Ed. (1998). *Organizational behavior*. Upper Saddle River, Prentice-Hall.
- Roming, D. A., Ed. (1996). *Breakthrough teamwork: Outstanding result using structured teamwork*. Chicago, IL.
- Saxena, S., L. Ramer, et al. (2004). "A Comprehensive Assessment Program to Improve Blood Administering Practices Using the PDCA Model." *Transfusion* 44(9): 1350-1356.
- Scrivens, E., Ed. (2005). *Quality, risk and control in health care*. New York, McGraw-Hill Education.
- Shortell, S. M., J. E. Zimmerman, et al. (1994). "The Performance of Intensive Care Unit: Does Good Management Make a Difference?" *Medical Care* 32(5).
- Thailand Quality Award. (2011). "ความเป็นมารางวัลคุณภาพแห่งชาติ." เข้าถึงได้จาก: <http://www.tqa.or.th/th/tqa-history>.
- Varkey, P., Ed. (2010). *Medical Quality Management Theory and Practice*. Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Wall, R. J., R. S. Dittus, et al. (2001). "Protocol-driven care in the intensive care unit: a tool for quality." *Critical Care* 5(6): 283-285.

Webster, Ed. (1998). Webster's New World Dictionary. New York, Simon & Schuster.

Woodcock, M., Ed. (1989). Team development manual. Worcester, Biling & Sons.

Woodcock, M. and D. Francis, Eds. (1994). Team building strategy. USA., Gower.

Zhao, S. H., T. Akkadechanunt, et al. (2008). "Quality nursing care as perceived by nurse and patients in a Chinese hospital." Journal of Clinical Nursing 18: 1722-1728.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ธีระยา สัมมาวาจ | หัวหน้างานการพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. นางสาวนุจรี สันติสำราญวิไล | หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |

ภาคผนวก ข

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามเรื่อง การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับการรับรู้เรื่องการจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต วัดระดับการทำงานเป็นทีมของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เปรียบเทียบการรับรู้การจัดการคุณภาพระหว่างพยาบาลหัวหน้าทีมและพยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต และหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานเป็นทีม และการจัดการคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต

ดิฉันใครขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ตามการรับรู้ที่เป็นจริงที่สุดเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพในด้านต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤตขณะที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดการความรู้เพื่อบริหารจัดการการทำงานเป็นทีม และการปรับปรุงคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต คำตอบของท่านจะเป็นความลับและจะถูกใช้เพื่อประโยชน์ในการวิจัยนี้เท่านั้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวรุ่งทิวา สิริอุดมสุข)

ผู้วิจัย

แบบสอบถามสำหรับพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยวิกฤต
เรื่อง การรับรู้การจัดการคุณภาพของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการทำงานเป็นทีมการพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต.....ปี
3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล.....ปี
4. ตำแหน่งปัจจุบัน
 - ☐ พยาบาลปฏิบัติการ
 - ☐ พยาบาลหัวหน้าเวร (In charge)
 - ☐ หัวหน้าหอผู้ป่วย
5. สถานภาพสมรส
 - ☐ โสด ☐ คู่
 - ☐ หม้าย ☐ หย่า
 - ☐ แยกกันอยู่
6. การศึกษาสูงสุดของท่าน
 - ☐ 1. อนุปริญญา ☐ 2. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
 - ☐ 3. ปริญญาโท ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....
7. ท่านเคยศึกษาอบรมเฉพาะทางหรือไม่
 - ☐ เคย สาขา.....
 - ☐ ไม่เคย

ส่วนที่ 2 การรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพในหน่วยงานของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมาย ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง มีการปฏิบัติจริงมากที่สุดตามการรับรู้ของท่าน

มาก หมายถึง มีการปฏิบัติจริงมากตามการรับรู้ของท่าน

ปานกลาง หมายถึง มีการปฏิบัติจริงปานกลางตามการรับรู้ของท่าน

น้อย หมายถึง มีการปฏิบัติจริงน้อยตามการรับรู้ของท่าน

น้อยที่สุด หมายถึง มีการปฏิบัติจริงน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้นเลยตามการรับรู้ของท่าน

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านโครงสร้าง					
1. อุปกรณ์ทางการแพทย์มีเพียงพอต่อการใช้งาน					
2. อัตรากำลังในการขึ้นปฏิบัติงานเพียงพอและเหมาะสม					
3. มีการบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้พร้อมใช้ (Maintenance) เสมอ					
4. จำนวนเตียงผู้ป่วยเหมาะสมกับขนาดพื้นที่ของหอผู้ป่วย					
5. บุคลากรมีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต					
6. บุคลากรมีทักษะพื้นฐานตามวิชาชีพและมีทักษะเฉพาะกับงานบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต					
7. บุคลากรมีการอบรมเพื่อทบทวนและเพิ่มพูนความรู้ อย่างสม่ำเสมอ เช่น ACLS (Advanced Cardiac Life Support)					
8. หน่วยงานมีการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีการศึกษาเฉพาะทางในสาขาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต					

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านกระบวนการ					
1. มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ 5ส					
2. มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ CQI					
3. มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ TQM					
4. มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ R2R					
5. มีกิจกรรมการจัดการคุณภาพตามรูปแบบ JCI					
6. ผู้ป่วยได้รับการตรวจพบอาการผิดปกติ เช่น การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ การเต้นของหัวใจผิดปกติ หายใจ การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ถีบไหว					
7. ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงกับการวินิจฉัยและการรักษาตามแผนการรักษา					
8. ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้ป่วยเอง จากการทำหัตถการ และหลังจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง					
9. มีการใช้เครื่องมือ เทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างถูกต้องเหมาะสม					
10. ยาจำเป็นและรถฉุกเฉินมีพร้อมใช้ทุกครั้ง					
11. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ					
12. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต					
13. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ					
14. มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและป้องกันผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ					
15. มีการรณรงค์การล้างมือและแนวทางปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ					

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
16. มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน					
17. มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารจากความเครียด					
18. มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ					
19. มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันความผิดปกติของการให้ยา, สารน้ำ, สารอาหาร และการให้เลือด					
20. มีแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยรับการดูแลในหอผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม					
ด้านผลลัพธ์					
21. ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง					
22. ผู้ป่วยใช้เวลาในการพักฟื้นหรือรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตสั้น					
23. ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ และหลังจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงลดลง					
24. ผู้ป่วยหาย่าเครื่องหายใจได้เร็ว					
25. ผู้ป่วยดิ่งท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้คาดหวังลดลง					
26. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจช้าลดลง					
27. ผู้ป่วย Readmission ลดลง					
28. พยาบาลล้างมืออย่างถูกวิธี					

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
29. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต ระบบทางเดินปัสสาวะทางเดินหายใจในคนไข้ใส่ท่อช่วยหายใจลดลง					
30. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อฉวยลดลง					
31. ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ					
32. ไม่มีปัญหาการให้ยาผิดทาง ผิดเวลา บริหารยาผิด					
33. พยาบาลไม่มีการให้เลือดผิด					
34. ผู้ป่วยไม่มีการผลัดตกหักล้ม					
35. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน					
36. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ					
37. ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจเมื่อเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยวิกฤต					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการทำงานเป็นทีม

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการปฏิบัติ ที่ตรงกับ การปฏิบัติของทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติของทีมการพยาบาลมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติของทีมการพยาบาลมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติของทีมการพยาบาลปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติของทีมการพยาบาลน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติของทีมการพยาบาลน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การติดต่อสื่อสาร					
1. ทีมการพยาบาลมีการซักถามข้อสงสัยและข้อข้องใจเมื่อไม่เข้าใจงานที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าทีม					
2. ทีมการพยาบาลมีการประชุมเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ					
3. ทีมการพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างชัดเจน					
4. ทีมการพยาบาลได้รับทราบเป้าหมายในการทำงานในหอผู้ป่วยหนักจากหัวหน้าทีม					
5. ทีมการพยาบาลมีความใส่ใจและรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน					
การร่วมมือ					
6. ทีมการพยาบาลมีการวางแผนร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล					
7. ทีมการพยาบาลมีการช่วยเหลือกันเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด					
8. ทีมการพยาบาลมีการช่วยเหลือในการปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ					
9. ทีมการพยาบาลปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานเพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ					
การประสานงาน					
10. ทีมการพยาบาลมีการกำหนดขอบเขตหน้าที่การทำงานของแต่ละบุคคลอย่างชัดเจน					
11. การประสานงานกันในทีมการพยาบาลเป็นการช่วยให้งานสำเร็จอย่างรวดเร็ว					
12. ทีมการพยาบาลมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติหรือระบบการทำงานในหอผู้ป่วยหนักอย่างชัดเจน					

ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13. ทีมการพยาบาลมีการประสานงานกันด้วยการพูดจาที่ดีต่อกัน					
14. การประชุมทีมการพยาบาลดำเนินไปอย่างราบรื่นทุกครั้ง					
15. ทีมการพยาบาลมีการปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันเมื่อเกิดความขัดแย้ง					
การมีความคิดสร้างสรรค์					
16. ทีมการพยาบาลมีการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้					
17. ทีมการพยาบาลมีการปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพขึ้น					
18. ทีมการพยาบาลมีการคิดค้นวิธีการแก้ไขปัญหาคือต่างไปจากการปฏิบัติงานแบบเดิม เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ					
19. ทีมการพยาบาลมีการนำวิธีการใหม่ๆ มาใช้เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลดเวลาในการทำงาน					
การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง					
20. ทีมการพยาบาลนำความรู้จากการอบรมมาพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง					
21. ทีมการพยาบาลมีการค้นหาข้อบกพร่องเพื่อนำมาปรับปรุงงาน					
22. ทีมการพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง					
23. ทีมการพยาบาลกระตือรือร้นที่จะพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา					

ภาคผนวก ก
จริยธรรมการวิจัย



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. ๐-๒๓๕๔-๖๒๖๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๕๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๖๒๖๓
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อโครงการ	การรับรู้การจัดการคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตของพยาบาล	เลขที่ ๒๕๕๔/๕๒๕
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๑๐-๕๔-๔๘ ย	
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวรุ่งทิวา สิทธิอุดมสุข	
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิญญา เสดชิงก
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม	
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน	(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)
ลงนาม	
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)
วันที่รับรอง	๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๔



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๓๕๔-๗๒๗๕, ๐-๒๒๐๑-๑๒๕๖ โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๒๓๓

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (+66) 2354-7275, (+66) 2201-1296 Fax (+66) 2354-7233

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

MURA2011/529

Title of Project	Nurses' Perception of Quality Management in Intensive Care Unit
Protocol Number	ID 10-54-48
Principal Investigator	Miss. Rungtiwa Sittiudomsuk
Official Address	Department of Nursing Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

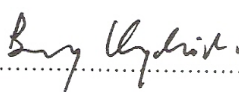
Signature of Secretary

Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects


.....
Prof. Duangrudee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to
Research Involving Human Subjects


.....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

November 29, 2011

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวรุ่งทิวา สิริอุดมสุข

วัน เดือน ปีเกิด

23 เมษายน พ.ศ. 2525

สถานที่เกิด

จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2547
พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2549
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

ที่อยู่ปัจจุบัน

69/138 ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่
จังหวัดนนทบุรี 11140
โทรศัพท์ 0-2191-8220
E-mail: buffy_noy@yahoo.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบดี
โทรศัพท์ 0-2201-1031