

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพกับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำ
 - 1.1 ความหมายของภาวะผู้นำ
 - 1.2 ทฤษฎีภาวะผู้นำ
 - 1.3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง
2. การปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล
 - 2.1 วิวัฒนาการของการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล
 - 2.2 ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล
 - 2.3 องค์ประกอบของการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล
 - 2.4 ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล
3. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำ

1.1 ความหมายของภาวะผู้นำ

ความเป็นผู้นำ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการบริหาร เพราะความเป็นผู้นำเป็นรูปแบบหนึ่งของการโน้มน้าวจิตใจให้บุคคลอื่นปฏิบัติตามในสิ่งที่ผู้นำต้องการ เพื่อให้งานบรรลุวัตถุประสงค์และส่งผลถึงความสำเร็จของหน่วยงาน ดังนั้น ความเป็นผู้นำจึงเป็นสิ่งที่นักทฤษฎีหลายท่านให้ความสนใจศึกษามาเป็นเวลายาวนาน จนเกิดทฤษฎีความเป็นผู้นำขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งการมีความรู้และเข้าใจในทฤษฎีความเป็นผู้นำ จะทำให้เราสามารถนำทฤษฎีเหล่านี้ไปปรับใช้ให้เข้ากับการปฏิบัติงานได้ เพราะทฤษฎีจะเป็นกรอบแนวคิดและให้ข้อสังเกตต่าง ๆ ในสิ่งที่ปรากฏขึ้น นอกจากนี้ทฤษฎียังให้มุมมองต่าง ๆ อย่างมีความหมายและแปลความหมายในสิ่งที่มองเห็นรวมทั้งพยากรณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต เพราะฉะนั้น ทฤษฎีความเป็นผู้นำจึงเปรียบเสมือนเข็มทิศที่จะนำทางแก่ผู้นำ เพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

จุฬาลักษณ์ ธีรัตนพันธุ์ (2540) ให้ความหมายภาวะผู้นำ คือ กระบวนการที่บุคคลมีอิทธิพลเหนือคนและกลุ่ม สามารถกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือปฏิบัติงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยความเชื่อถือ ศรัทธา และเต็มใจ

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540) ให้ความหมายว่า กระบวนการของการมีอิทธิพลต่อกิจกรรมของบุคคลหรือของกลุ่มเพื่อให้บรรลุถึงจุดหมายที่ได้กำหนดไว้ในสถานการณ์หนึ่งๆ

นิตย์ สัมมาพันธ์ (2546 อ้างถึงในมาริสา ไกรฤกษ์, 2548) ให้ความหมายในเชิงที่เกี่ยวข้อกับเกณฑ์การให้รางวัลคุณภาพแห่งชาติไว้ว่า ภาวะผู้นำ หมายถึง พลังชนิดหนึ่งที่สามารถส่งแรงกระทำอันก่อให้เกิดการขับเคลื่อนกลุ่มคน และระบบองค์กรไปสู่การบรรลุเป้าหมาย

มาริสา ไกรฤกษ์ (2548) ให้ความหมายว่า ความสามารถหรือพลังของบุคคลที่กระตุ้นให้บุคคลอื่นกระทำการใดๆ เพื่อให้กลุ่มหรือองค์กรบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

บุญใจ ศรีสถิตนรากร (2550) ภาวะผู้นำเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่เป็นผู้นำที่ดี (Good Leader) หรือผู้นำที่มีประสิทธิภาพ (Effective Leader) สามารถโน้มน้าวผู้ตาม หรือผู้ใต้บังคับบัญชาหรือสมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือกับผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

Katz and Kahn (1978 cite in Marriner-Tomey, 1993) การใช้อิทธิพลที่เพิ่มมากขึ้นในการทำงานปกติที่กำกับงานเป็นประจำขององค์กร

House et al. (1999 อ้างถึงใน Yukl, 2006) หมายถึง ความสามารถในการใช้อิทธิพล แรงจูงใจ และอื่นๆกระตุ้นให้แต่ละคนกระทำงานในองค์กรให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า ภาวะผู้นำ หมายถึง การมีอิทธิพลหรือความสามารถที่จะกระตุ้นให้บุคคลหรือกลุ่มคนร่วมมือปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการด้วยความเชื่อถือนและเต็มใจในการปฏิบัติงาน

1.2 ทฤษฎีภาวะผู้นำ

วิวัฒนาการเกี่ยวกับการศึกษาทฤษฎีความเป็นผู้นำ

สำหรับทฤษฎีภาวะผู้นำตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 จนถึงศตวรรษที่ 21 ได้มีนักวิชาการศึกษาในแนวทางต่าง ๆ เพื่อที่จะอธิบายหรือทำนายว่า คุณลักษณะ รูปแบบ และบทบาทอย่างไรจึงจะเหมาะสมต่อการแสดงความเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทฤษฎีที่นิยมใช้เป็นแนวทางในการศึกษา มี 4 แนวทาง คือ

- 1) ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำ (Leadership Trait Theory)
- 2) ทฤษฎีพฤติกรรมภาวะผู้นำ (Leadership Behavior Theory)
- 3) ทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ (Situation Leadership Theory) และ
- 4) ทฤษฎีภาวะผู้นำร่วมสมัย (Contemporary Leadership Theory)

โดยมีวิวัฒนาการการศึกษาขึ้นมาเป็นลำดับ ดังต่อไปนี้

1) ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำ (Leadership Trait Theory)

ทฤษฎีภาวะผู้นำที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ ทฤษฎีมหาบุรุษ (Great man theory) ของ Stogdill (1948 cited in Stogdill, 1974 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากหลักปรัชญาของอริสโตเติล เชื่อว่าภาวะผู้นำเป็นคุณลักษณะที่ติดตัวมาจากกำเนิดไม่สามารถจะเรียนรู้ พัฒนาหรือเสริมสร้างได้ ทฤษฎีนี้มีความเป็นมาระหว่าง ค.ศ.1940-1950 ซึ่งเป็นช่วงนักวิชาการสนใจศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (Personal traits) ที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเป็นผู้นำ ซึ่งนักวิชาการแต่ละท่านจะมีแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จที่แตกต่างกันไป เนื่องจากแต่ละองค์การมีความแตกต่างกัน โดยยังหาข้อสรุปที่แท้จริงไม่ได้ ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้หลายประการ มีประการหนึ่งกล่าวว่า ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำไม่สามารถนำไปปรับใช้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Gary Johns อ้างถึงใน นิติยา ศรีญาณลักษณ์, 2545) สอดคล้องกับผลการสังเคราะห์งานวิจัยของ Stogdill (1974 cite in Yukl, G., 2006) ก่อนข้างจะชัดเจนที่ไม่มีหลักฐานยืนยันเกี่ยวกับคุณลักษณะของภาวะผู้นำ มีคุณลักษณะและทักษะบางอย่างที่เป็นไปได้ที่

ในสถานการณ์หนึ่งแต่อาจไม่มีประสิทธิผลในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ยิ่งกว่านั้นผู้นำสองคนที่มีคุณลักษณะของคนที่แตกต่างกัน แต่สามารถทำให้งานมีประสิทธิผลได้ในสถานการณ์เดียวกัน

2) ทฤษฎีพฤติกรรมภาวะผู้นำ (Leadership Behavior Theory)

การศึกษาพฤติกรรมของผู้นำในเวลาต่อมา ช่วงปี ค.ศ. 1940 เริ่มให้ความสำคัญกับการศึกษาหน้าที่ของความเป็นผู้นำและแบบของผู้นำ (Leadership Functions And Styles) โดยงานที่มีผู้นำมีอ้างอิงถึงกันมาก มีดังนี้

การศึกษาแบบของความเป็นผู้นำ ของ Kurt Lewin. (1930 cited in Roussel, L. et al., 2006) ทดสอบแบบความเป็นผู้นำ 3 แบบ สัมพันธ์กับพลังภายในผู้นำ กลุ่มสมาชิก และสถานการณ์ จากการศึกษาของ Kurt Lewin ได้แบ่งพฤติกรรมความเป็นผู้นำเป็น 3 แบบ คือ แบบเผด็จการ (Autocratic Leader behavior) แบบประชาธิปไตย (Democratic Leader behavior) และแบบปล่อยตามสบาย (Laissez-fair Leader behavior) โดยเชื่อว่า แบบประชาธิปไตยเป็นแบบที่ดีที่สุด ในขณะที่การศึกษาของกลุ่มมหาวิทยาลัยมิชิแกน แบ่งแบบของผู้นำเป็น 2 แบบ คือ แบบให้ความสำคัญกับผู้ใต้บังคับบัญชา (Employee-Centered behavior) และแบบให้ความสำคัญกับงาน (Job-Centered behavior) มีงานวิจัยอีกหลายเรื่องที่ทำโดย Likert ผลการศึกษาพบว่า ผู้บังคับบัญชาที่เน้นความสำคัญของพนักงานจะเป็นผู้ที่ทำงานได้มีประสิทธิภาพที่สุด แต่บางสถานการณ์จะพบว่าภาวะผู้นำที่เน้นผู้ปฏิบัติจะมีความสัมพันธ์กับผลผลิตที่ต่ำ และยังมีองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อประสิทธิภาพของงาน (Likert, 1961 อ้างถึงในเทพพนม เมืองแมน, 2540)

Blake & Mouton (1964 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ได้เริ่มการศึกษาทฤษฎีความเป็นผู้นำในปี ค.ศ. 1964 โดยเสนอตาข่ายความเป็นผู้นำ (Leadership Grid) ซึ่งเป็นการผสมผสานแบบของผู้นำ 2 ลักษณะเข้าด้วยกัน คือ ผู้นำแบบเน้นผลงาน (Concern for Production) และเน้นคน (Concern for People) ในตาข่ายความเป็นผู้นำ จะแสดงให้เห็นว่าคะแนนของผู้นำแต่ละคนได้มาจากคะแนนของการให้ความสำคัญกับคนและงาน แล้วแบ่งผู้นำออกเป็น 5 แบบ ดังนี้

แบบที่ 1.1 แบบไม่ใส่ใจ (Impoverished) หมายถึง ผู้บังคับบัญชาไม่ใส่ใจกับงานที่รับผิดชอบ ทำงานให้แล้วเสร็จโดยไม่คำนึงถึงคุณภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมผู้นำที่ไม่ให้ความสำคัญกับงานและไม่ให้ความสำคัญกับคน

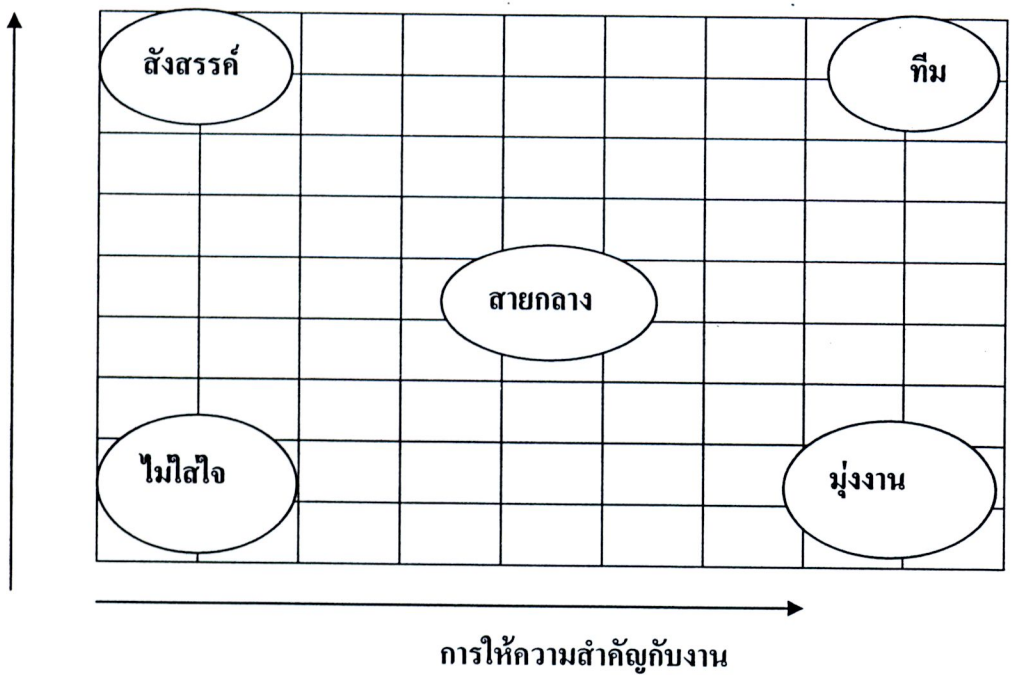
แบบที่ 1.9 แบบชอบสังสรรค์ (Country club) หมายถึง ผู้บังคับบัญชากำหนดถึงความพึงพอใจของผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นพฤติกรรมผู้นำที่ให้ความสำคัญกับคนโดยไม่ให้ความสำคัญกับงาน

แบบที่ 9.1 แบบมุงงาน (Task) หมายถึง ผู้บังคับบัญชาคำนึงถึงคุณภาพงานมากกว่าคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นพฤติกรรมผู้นำให้ความสำคัญกับงานโดยไม่ให้ความสำคัญกับคน

แบบที่ 5.5 แบบสายกลาง (Middle of the road) ผู้บังคับบัญชาคำนึงถึงคุณภาพงานควบคู่กับคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นพฤติกรรมผู้นำที่ให้ความสำคัญกับคนและให้ความสำคัญกับงานในลักษณะสมดุล

แบบที่ 9.9 แบบ ทีม (Team) หมายถึง ผู้บังคับบัญชาส่งเสริมผู้ใต้บังคับบัญชาให้มีความสามัคคี มีความไว้วางใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมมือกันทำงานให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1

การให้ความสำคัญกับคน



ภาพที่ 2 พฤติกรรมผู้นำตามทฤษฎีตาข่ายภาวะผู้นำ ของ Blake & Mouton (1964 อ้างถึงใน บุญใจ ศรี สถิตนรากร, 2550)

Blake & Mouton (1978) สรุปได้ว่าผู้นำที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เป็นแบบ 9.9 (แบบทีม) เนื่องจากมีข้อตกลงว่าไม่มีข้อขัดแย้งระหว่างความต้องการของหน่วยงานที่ทำให้บรรลุผลสำเร็จ และความต้องการของคนสำหรับความพึงพอใจในงาน (Roussel, L. et al, 2006) โดยพวกเขาให้ความเห็นว่า รูปแบบ 9.9 การให้ความสำคัญทั้งกับคน และงานของผู้นำในเกือบทุกสถานการณ์ทำให้ผลการปฏิบัติงานดีขึ้น และมีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อผลผลิตและกำไรความสำเร็จของวิชาชีพ ความพึงพอใจของวิชาชีพและสุขภาพทางร่างกายและสุขภาพจิต (Blake & Mouton, 1978 อ้างใน เทพพนม เมืองแมน, 2540)

3) ทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ (Situation Leadership Theory)

หลักการของทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ คือ ไม่มีพฤติกรรมผู้นำใดที่เหมาะสมกับทุกๆสถานการณ์ ผู้นำที่ดีต้องสามารถปรับพฤติกรรมผู้นำให้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์

3.1) Fred E. Fiedler (1967 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) รวบรวมผลงานวิจัยที่ตนเองศึกษามาวิเคราะห์สรุปเป็นหลักการทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ คือ ผู้นำที่ดีต้องปรับพฤติกรรมการนำกลุ่มให้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ดังต่อไปนี้

(1) สัมพันธภาพระหว่างผู้นำและสมาชิก (Leader – member relations) ซึ่งหมายถึง ในสถานการณ์ผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชายังไม่คุ้นเคยกัน ผู้บังคับบัญชาควรใช้หลักการบริหารที่ให้ความสำคัญกับคน โดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชาไว้วางใจ เพราะหากผู้บังคับบัญชาได้รับความไว้วางใจได้รับการยอมรับนับถือจากผู้ใต้บังคับบัญชา จะทำให้ผู้บังคับบัญชาสามารถโน้มน้าวผู้ใต้บังคับบัญชาให้ยินดีปฏิบัติตาม รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากผู้ใต้บังคับบัญชา

(2) โครงสร้างงานหรือลักษณะงาน (Task structure) หากงานที่มอบหมายให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นงานที่มีความสำคัญต่อองค์กร รวมทั้งเป็นงานที่ยากและซับซ้อน เมื่อปฏิบัติผิดพลาดจะก่อให้เกิดความเสียหายหรือเกิดอันตรายในสถานการณ์เช่นนี้ หากผู้ใต้บังคับบัญชามีประสบการณ์การทำงานไม่เพียงพอ ผู้บังคับบัญชาควรใช้หลักการบริหารที่ให้ความสำคัญกับงาน โดยควบคุมการทำงานอย่างใกล้ชิด สอนงาน ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา

(3) อำนาจจากตำแหน่งงาน (Position power) ผู้บังคับบัญชาได้รับอำนาจจากตำแหน่งงานอย่างเป็นทางการ มีอำนาจสั่งการ ประเมินผลปฏิบัติงาน ให้รางวัลและ

ลงโทษผู้ใต้บังคับบัญชาที่ประพฤติผิดวินัย ดังนั้น ถ้าผู้ใต้บังคับบัญชาประพฤติผิดวินัย และก่อปัญหา ผู้บังคับบัญชาควรใช้อำนาจจากตำแหน่งงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใต้บังคับบัญชาตามความเหมาะสม

จากหลักการดังกล่าว Fred E. Fiedler แบ่งแบบภาวะผู้นำออกเป็นสองแบบ คือ

- (1) แบบภาวะผู้นำที่มุ่งเน้นงาน (Task – oriented) ซึ่งจะได้รับความสำเร็จในสถานการณ์ที่มีการควบคุมสูงหรือต่ำ
- (2) แบบภาวะผู้นำที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ (Relationship - oriented) ซึ่งจะได้รับความสำเร็จในสถานการณ์ที่มีการควบคุมปานกลาง

การให้การศึกษาของ Fiedler ได้สรุปว่า การเปลี่ยนแปลงแบบของความ เป็นผู้นำ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ งานต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ความเหมาะสมกับแนวทางของความเป็นผู้นำ แต่ในกรณีสถานการณ์ยากต่อการเปลี่ยนแปลงแล้ว ผู้นำต้องเปลี่ยนแปลงแบบของความ เป็นผู้นำของเขาเอง

3.2) ใน ค.ศ. 1977 Hersey & Blandchard (อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ให้หลักการทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ คือ ผู้นำต้องสามารถปรับพฤติกรรมภาวะผู้นำให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเหมาะสมกับบุคลิกภาวะหรือระดับความพร้อมของผู้ใต้บังคับบัญชา โดยจำแนกพฤติกรรมของผู้นำเป็น 4 แบบ ได้แก่

(1) แบบบอกงาน (Telling style) ผู้นำแบบมุ่งงานสูง/ มุ่งความสัมพันธ์ต่ำ (High task/Low relationship) หมายถึง ผู้นำที่ให้ความสำคัญกับงานมากกว่าให้ความสำคัญกับผู้ใต้บังคับบัญชา

(2) แบบขายความคิด (Selling style) ผู้นำแบบมุ่งงานสูง/ มุ่งความสัมพันธ์สูง (High task/ High relationship) หมายถึง ผู้นำที่ให้ความสำคัญกับงานและให้ความสำคัญกับผู้ใต้บังคับบัญชา

(3) แบบมีส่วนร่วม (Participating style) ผู้นำแบบมุ่งงานต่ำ/ มุ่งความสัมพันธ์สูง (Low task/ High relationship) หมายถึง ผู้นำที่ให้ความสำคัญกับงานน้อยกว่าให้ความสำคัญกับผู้ใต้บังคับบัญชา

(4) แบบมอบหมายงาน (Delegating style) ผู้นำแบบมุ่งงานต่ำ/ มุ่งความสัมพันธ์ต่ำ (Low task/ Low relationship) หมายถึง ผู้นำที่ไม่ให้ความสำคัญกับงานและไม่ให้ความสำคัญกับผู้ใต้บังคับบัญชา

และจำแนกระดับความพร้อมของผู้ได้บังคับบัญชาเป็น 4 ระดับ ดังนี้

R1 ผู้ได้บังคับบัญชาไม่มีความสามารถและไม่เต็มใจที่จะทำงาน

R2 ผู้ได้บังคับบัญชาไม่มีความสามารถในการทำงาน แต่เต็มใจที่จะทำงาน

R3 ผู้ได้บังคับบัญชามีความสามารถในการทำงาน แต่ไม่เต็มใจที่จะให้ผู้บังคับบัญชาบอกว่าต้องทำอะไร

R4 ผู้ได้บังคับบัญชามีทั้งความสามารถในการทำงานและเต็มใจที่จะทำงาน

3.3) ทฤษฎีภาวะผู้นำวิถีทางสู่เป้าหมาย (Path – Goal Theory)

เป็นทฤษฎีที่พัฒนาโดย House (1971 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) หลักการของทฤษฎีนี้พัฒนามาจาก ทฤษฎีความคาดหวัง กล่าวคือ หากผู้นำมีคุณลักษณะและมีพฤติกรรมผู้นำที่ตรงกับความต้องการของผู้ได้บังคับบัญชา รวมทั้งผู้ได้บังคับบัญชาได้รับมอบหมายงานที่ท้าทายความสามารถ และมีความก้าวหน้า ตลอดจนบรรยากาศการทำงานมีความอบอุ่น จะทำให้ผลการปฏิบัติงานมีคุณภาพและผู้ได้บังคับบัญชามีความพึงพอใจในงาน โดยจำแนกประเภทของพฤติกรรมผู้นำออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

(1) ภาวะผู้นำแบบชี้แนะ (Directive Leadership) ผู้นำกระทำบทบาทวางแผน กำหนดเป้าหมายและมาตรฐานการปฏิบัติ ชี้แนะให้ผู้ได้บังคับบัญชาทราบว่างานที่รับผิดชอบมีอะไรบ้างและปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชาใช้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติตามที่ผู้นำกำหนด

(2) ภาวะผู้นำแบบสนับสนุน (Supportive Leadership) ผู้นำกระทำบทบาทสนับสนุนให้ผู้ได้บังคับบัญชามีความก้าวหน้า อธิบายและชี้แจงเพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชาเข้าใจบทบาทของตนเอง กำเนึงถึงความต้องการของผู้ได้บังคับบัญชา ให้รางวัลเมื่อทำงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย มีความเป็นมิตรกับผู้ได้บังคับบัญชา และปฏิบัติกับทุกคนอย่างเสมอภาค

(3) ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม (Participative Leadership) ผู้นำกระทำบทบาทเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ได้บังคับบัญชา ใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม ให้เอกสิทธิ์ในการทำงาน หมายถึง ให้อิสระ ให้อำนาจและกระจายความรับผิดชอบที่เหมาะสมกับขอบเขตหน้าที่

(4) ภาวะผู้นำแบบมุ่งความสำเร็จ (Achievement-oriented Leadership) ผู้นำตั้งเป้าหมายที่ท้าทายความสามารถของผู้ได้บังคับบัญชา สนับสนุนให้มีโอกาสเรียนรู้และ

พัฒนาความรู้ ความสามารถ เสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ให้มีความสำคัญกับคุณภาพงาน ปรับปรุงงานและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารจำเป็นต้องมีพฤติกรรมทั้ง 4 แบบ ส่วนผู้ใต้บังคับบัญชาควรพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความสามารถ ความรับผิดชอบและมีความเชื่ออำนาจแห่งตน นอกจากนี้องค์กรต้องมีสภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศการทำงานที่ดี โดยกำหนดนโยบายการบริหารอย่างเป็นระบบ กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มอบหมายงานที่ท้าทายความสามารถ มีการทำงานเป็นทีม จะทำให้ผลปฏิบัติงานมีคุณภาพและผู้ให้บริการพึงพอใจ

4) ทฤษฎีภาวะผู้นำร่วมสมัย (Contemporary Leadership Theory)

4.1) ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำและสมาชิก (Leader-Member Exchange Theory) หรือ (LMX)

เป็นทฤษฎีที่บูรณาการจากทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม ทฤษฎี กระทำบทบาท และทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หลักการทฤษฎีนี้เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา โดยคำนึงถึงความแตกต่างและความต้องการของแต่ละบุคคล รวมทั้งปฏิบัติต่อผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างเท่าเทียมกัน ทฤษฎีนี้เป็น ทฤษฎีต้นแบบ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบได้แก่

- (1) การสร้างความสัมพันธ์และการสอนงานแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาซึ่งเป็น บทบาทของผู้บังคับบัญชา
- (2) การกระทำบทบาทช่วยเหลือผู้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นบทบาทของ ผู้ใต้บังคับบัญชา

4.2) ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership)

ริเริ่มโดย Bernard Burns (1987 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) หลักการคือ ผู้บังคับบัญชาควรประเมินความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อนำมาใช้เป็นกลวิธี โน้มน้าวผู้ใต้บังคับบัญชาให้ยินดีปฏิบัติตามที่ผู้นำต้องการ โดยการให้สิ่งของ รางวัล ตำแหน่งงาน และอื่นๆ เป็นการแลกเปลี่ยน สำหรับเงื่อนไขที่ใช้แลกเปลี่ยนผลประโยชน์ ได้แก่

- (1) การให้แรงเสริมตามสถานการณ์ (Contingency reinforcement) ผู้นำและผู้ใต้บังคับบัญชาจะกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการให้รางวัลตอบแทน เมื่อสามารถทำงาน ที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งช่วยเสริมแรงจูงใจในการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชา
- (2) การจัดการโดยเสริมแรงทางบวก (Management by active reinforcement) คือ การให้สิ่งจูงใจที่ผู้ใต้บังคับบัญชาต้องการหรือชื่นชอบ เช่น เงิน รางวัล ค่ายก

บ่งชี้ชัดชัด เป็นต้น โดยมีจุดประสงค์เพื่อคงพฤติกรรมที่ดีของผู้ใต้บังคับบัญชา รวมทั้งส่งเสริมการกระทำพฤติกรรมที่ดีให้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

(3) การจัดการโดยเสริมแรงทางลบ (Management by passive reinforcement) เป็นการกำหนดเงื่อนไขที่ผู้ใต้บังคับบัญชาไม่ต้องการ หรือไม่ชอบ เช่น ตักเตือน การวิจารณ์ ตำหนิ ลงโทษ ลดเงินเดือน พักงานและให้ออกจากงาน มีจุดประสงค์เพื่อกระตุ้นให้มีความพยายามปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น

4.3) ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่าง (Exemplary Leadership)

ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างการพัฒนา Kouzes & Posner (1987 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ได้ศึกษาคุณลักษณะของผู้บริหารที่ผู้ใต้บังคับบัญชาพึงประสงค์ รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในทวีปอเมริกา ทวีปยุโรป ทวีปเอเชียและทวีปออสเตรเลีย ขนาดตัวอย่างที่ศึกษามากกว่า 20,000 คน จากการศึกษาพบว่า คุณลักษณะผู้นำที่ผู้ใต้บังคับบัญชาพึงประสงค์ 4 อันดับแรก ได้แก่

- (1) มีความซื่อสัตย์ต่อคำพูดและการกระทำของตนเอง (Honest)
- (2) มองการณ์ไกลและเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ (Forward looking)
- (3) สร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา (Inspire)
- (4) มีสมรรถนะในงานที่รับผิดชอบ (Competency)

Kouzes & Posner (1990) วิจัยเรื่องคุณลักษณะผู้บริหารที่ผู้ใต้บังคับบัญชาพึงประสงค์ซึ่งเป็นการวิจัยซ้ำ รวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในทวีปอเมริกาเหนือ ทวีปยุโรป ตะวันตก ทวีปออสเตรเลียและทวีปเอเชีย ขนาดตัวอย่างมากกว่า 40 คน รวบรวมข้อมูลโดยเทคนิคสนทนากลุ่ม (Focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) รวมทั้งวิเคราะห์เนื้อหาจากเอกสารและรายงานวิจัยและนำผลการศึกษามาสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมผู้นำ โดยกลุ่มผู้บริหารประเมินคุณลักษณะของผู้บริหารที่ดีตามการรับรู้ของผู้บริหารและให้ผู้ใต้บังคับบัญชาประเมินคุณลักษณะของผู้บริหารที่พึงประสงค์ตามการรับรู้ของผู้ใต้บังคับบัญชา ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะผู้นำที่เป็นแบบอย่างประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ 1) คิดค้นกระบวนการทำงานที่ท้าทาย 2) เสริมสร้างแรงบันดาลใจในการร่วมสร้างวิสัยทัศน์ 3) เสริมสร้างความสามารถ 4) เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติงาน 5) เสริมสร้างกำลังใจในการทำงาน

4.3.1 คิดค้นกระบวนการทำงานที่ท้าทาย (Challenging the process)

ผู้นำที่เป็นแบบอย่างต้องเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงาน คิดค้นกระบวนการทำงานที่เป็นนวัตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร

กล้าเสี่ยงและเรียนรู้จากความผิดพลาด (Learning by mistaking) โดยนำประสบการณ์ที่ผิดพลาดมาเรียนรู้ร่วมกันกับผู้ได้บังคับบัญชา ไม่สืบหาผู้กระทำผิดเพื่อตำหนิหรือลงโทษ

4.3.2 เสริมสร้างแรงบันดาลใจในการร่วมสร้างวิสัยทัศน์ (Inspiring a shared vision)

ผู้นำที่เป็นแบบอย่างต้องเปิดโอกาสให้ผู้ได้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการสร้างวิสัยทัศน์ เพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชามีจินตภาพหรือภาพวาดขององค์กรในอนาคต และเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ได้บังคับบัญชา เพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชามีกำลังใจในการร่วมกันคิดค้นแนวทางการปฏิบัติที่ทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กรตามที่ปรารถนา

4.3.3 เสริมสร้างความสามารถ (Enabling others act)

ผู้ที่เป็นแบบอย่างต้องเสริมสร้างและพัฒนาความสามารถแก่ผู้ได้บังคับบัญชา เพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชามีความสามารถเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเสริมสร้างพลังอำนาจ กระจายอำนาจให้ผู้ได้บังคับบัญชา มอบหมายงานที่ทำทลายความสามารถ ให้อิสระในการทำงานและสนับสนุนให้มีความก้าวหน้า ซึ่งจะทำให้ผู้ได้บังคับบัญชา รู้สึกว่าได้รับความไว้วางใจในความสามารถจากผู้บังคับบัญชา ทำให้ผู้ได้บังคับบัญชามีความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพยายามทำงานอย่างสุดความสามารถ นอกจากนี้ผู้นำที่เป็นแบบอย่างต้องเสริมสร้างบรรยากาศความไว้วางใจในองค์กรและบรรยากาศความร่วมมือ การส่งเสริมให้ผู้ได้บังคับบัญชาร่วมมือกันทำงานจะก่อให้เกิดความสำเร็จในงานได้มากกว่าการส่งเสริมให้ผู้ได้บังคับบัญชาแข่งขันกัน

4.3.4 ชี้นำแนวทางการทำงาน (Modeling the way)

ผู้นำที่เป็นแบบอย่างต้องเป็นที่ปรึกษา ชี้นำ ให้คำแนะนำแนวทางการทำงานและสร้างค่านิยมที่เป็นบรรทัดฐานสำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติแก่ผู้ได้บังคับบัญชา

4.3.5 เสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน (Encouraging the heart)

ผู้นำที่เป็นแบบอย่างต้องให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานยอมรับความมีคุณค่าและชื่นชมผลงานของผู้ได้บังคับบัญชาเมื่อผู้ได้บังคับบัญชาสามารถผลิตผลงานให้บรรลุผลตามเป้าหมาย ให้รางวัลและค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับคุณภาพผลงาน รวมทั้งฉลองความสำเร็จแก่ผู้ได้บังคับบัญชา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ร่วมงานทุกคนรับรู้ความสำเร็จในผลงานสร้างความประทับใจและความภาคภูมิใจแก่ผู้ได้บังคับบัญชา รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ได้บังคับบัญชามีความมุ่งมั่นและมุ่งมั่นทำงานที่รับผิดชอบให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นตลอดจนมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร

4.4) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership)

หลักการของทฤษฎีนี้ คือการโน้มน้าวให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติตามที่ผู้บังคับบัญชาต้องการ โดยไม่ใช่กลวิธีแลกเปลี่ยน แต่ใช้กลวิธีพัฒนาศักยภาพการทำงาน โดยพัฒนาความรู้ความสามารถ เสริมสร้างแรงบันดาลใจ และกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ รวมทั้งกระตือรือร้นและแสดงพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ได้บังคับบัญชาให้ความไว้วางใจและยอมรับในความสามารถ ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

1.3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership)

ก่อนจะมาเป็นแนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทฤษฎีภาวะผู้นำที่เริ่มต้นมาก่อน คือ ทฤษฎีภาวะผู้นำแบบมีบารมี (Charismatic Leadership) ซึ่งเป็นลักษณะที่ผู้ตามคิดว่าผู้นำเป็นผู้ที่มีพรสวรรค์ มีความเป็นพิเศษเหนือคนทั่วไป ผู้ตามจะมีความเชื่อมั่น เคารพและบูชาในตัวผู้นำว่าเป็นวีรบุรุษเหนือมนุษย์ทั่วไป หลังจากเกิดทฤษฎีภาวะผู้นำแบบมีบารมีแล้ว ได้มีการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำแนวใหม่ขึ้น คือทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดย Burn (1978 อ้างถึงในสุเทพ พงศ์ศรีวัฒน์, 2545) เป็นบุคคลแรกที่นำเสนอโน้ตส์เกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในผลงานวิจัยเชิงบรรยาย เรื่องผู้นำทางการเมือง โดยอธิบายว่าเป็นกระบวนการที่ผู้นำและผู้ตามต่างช่วยกันยกระดับของคุณธรรมและแรงจูงใจของกันและกันให้สูงขึ้น ผู้นำพยายามยกระดับของการตระหนักรู้ของผู้ตาม โดยการยกระดับแนวความคิดและค่านิยมทางศีลธรรมให้สูงขึ้น เช่น ในเรื่องเสรีภาพ ความยุติธรรม ความเท่าเทียมกัน สันติภาพ และมนุษยธรรม โดยไม่ยึดตามอารมณ์ เช่น ความกลัว ความเห็นแก่ตัว ความอิจฉาริษยา ผู้นำจะทำให้ผู้ตามถูกยกระดับความคิดจาก “ตัวตนในทุก ๆ วัน “ (Everyday Selves) ไปสู่ “ตัวตนที่ดีกว่า” (Better Selves) เบอร์นมีแนวคิดที่ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอาจจะมีการแสดงออกโดยผู้ใดก็ได้ ในองค์กรในทุก ๆ ตำแหน่ง ซึ่งอาจจะเป็นผู้นำหรือเป็นผู้ตาม และอาจจะเกี่ยวกับคนที่มียุทธพลเท่าเทียมกัน สูงกว่า หรือต่ำกว่าก็ได้ Burn เห็นว่าภาวะผู้นำเป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านอำนาจ ระดับแรงจูงใจ และทักษะเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายร่วมกัน ซึ่งเกิดได้ใน 3 ลักษณะ คือ

1. ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership)
2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership)
3. ภาวะผู้นำจริยธรรม (Moral Leadership)

ในเวลาต่อมา Bernard Bass (1985) ได้ขยายแนวคิดโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจมาอธิบายภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนและ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของ Burns ให้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่ง Bass กล่าวว่า ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนใช้การให้รางวัลเพื่อแลกเปลี่ยนกับการปฏิบัติ

ส่วนภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มุ่งเน้นผลกระทบของผู้นำต่อผู้ตาม ซึ่งพบว่าผู้ตามมีความรู้สึกไว้วางใจ เลื่อมใส จงรักภักดีและนับถือผู้นำและผู้นำสามารถจูงใจให้ผู้ตามปฏิบัติงานได้มากกว่าที่คาดหวังไว้ Bass ได้นำแนวคิดเหล่านี้มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อศึกษาคุณภาพผลงานระหว่างการบริหาร โดยผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนและผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผลการวิจัยพบว่า ผู้นำที่สามารถบริหารงานให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มากกว่าผู้ที่มีภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน สอดคล้องกับผลวิจัยของ Stordeur et al. (2000 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ซึ่งพบว่า คุณภาพในหน่วยงานโดยผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ดีกว่าคุณภาพงานในหน่วยงานโดยผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน นอกจากนี้ จากผลวิจัยของ Dixon (1999 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) พบว่าผู้บริหารการพยาบาลที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ และผลวิจัยของ Jeff Snodgrass (2008) พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ของภาวะผู้นำของผู้อำนวยการของโปรแกรมรักษาโรคที่เกิดจากการทำงาน ส่วนภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนมีความสัมพันธ์ทางลบ รวมทั้งผลวิจัยของ Thomas M. Bennett (2009) พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำนายความพยายามในการทำงานของผู้ได้บังคับบัญชาให้เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนไม่สามารถทำนายได้ ซึ่งองค์ประกอบของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของ Bass (1985) ประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการ คือ

1. การมีบารมี (Charisma) บางที่เรียกว่า Idealized influence คือพฤติกรรมที่สามารถกระตุ้นความรู้สึกด้านอารมณ์ของผู้ตามให้สูงขึ้น ก่อให้เกิดการเลียนแบบและผูกพันต่อผู้นำ
2. คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล (Individualized consideration) เป็นพฤติกรรมของผู้นำที่เกี่ยวกับการสนับสนุน การกระตุ้นให้กำลังใจ และการเป็นพี่เลี้ยงสอนแนะแก่ผู้ตาม
3. กระตุ้นปัญญา (Intellectual stimulation) คือ พฤติกรรมของผู้นำในการทำความเข้าใจต่อปัญหาได้ดี จนสามารถทำให้ผู้ตามเห็นปัญหาดังกล่าวจากมุมมองใหม่ของตนเอง

ต่อมาได้มีการพัฒนาทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นโมเดลภาวะผู้นำแบบเต็มรูปแบบ (Model of the full range of leadership) โมเดลนี้จะประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ พฤติกรรม (4I's) ของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมของภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน และภาวะผู้นำแบบปล่อยสบายหรือพฤติกรรมความไม่มีภาวะผู้นำ (Bass & Avolio, 1994 อ้างในคารณี

จามจุรี, 2546) ซึ่งองค์ประกอบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบพฤติกรรม (4I's) มีดังนี้

1. การโน้มน้าวความร่วมมือทำฝันให้เป็นจริง(Idealized influence or Charisma Leadership: II or CL)

2. การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspirational motivation: IM)

3. การคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล (Individualized consideration: IC)

4. การกระตุ้นปัญญา (Intellectual stimulation: IS)

และในปี ค.ศ. 1998 Bass (อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง อีกครั้งพบว่า ผู้นำที่สามารถโน้มน้าวจิตใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้กระทำตามที่ผู้นำปรารถนาหรือให้ความร่วมมือกระทำการกิจกรรมให้บรรลุผลตามต้องการต้องประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ

1. ภาวะผู้นำที่มีบารมี (Charismatic Leadership)

คุณลักษณะของผู้นำที่มีบารมี คือ การที่ผู้นำประพฤติตัวเป็นแบบอย่าง หรือเป็นรูปแบบสำหรับผู้ตาม ผู้นำจะเป็นที่ยกย่อง เคารพนับถือ ศรัทธา ไว้วางใจ ทำให้ผู้ตามเกิดความรู้สึกภูมิใจเมื่อได้ร่วมงานด้วย ผู้ตามจะพยายามประพฤติปฏิบัติเหมือนกับผู้นำและต้องการลอกเลียนแบบตามผู้นำ สิ่งที่คุณำต้องปฏิบัติเพื่อบรรลุถึงคุณลักษณะนี้ คือ ผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์ และสามารถถ่ายทอดไปยังผู้ตาม ผู้นำเป็นผู้ที่มีความสม่ำเสมอมากกว่าการเอาแต่อารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ในสถานการณ์วิกฤต ผู้นำเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ว่าจะทำในสิ่งที่ถูกต้อง เป็นผู้ที่มีศีลธรรมและจริยธรรมที่สูง จะหลีกเลี่ยงในการใช้อำนาจเพื่อประโยชน์ส่วนตัว แต่จะทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อื่นและแก่กลุ่มผู้ได้ ด้วยเหตุนี้ผู้นำที่มีบารมีจึงสามารถโน้มน้าวจิตใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้กระทำตามที่ผู้นำปรารถนาหรือให้ความร่วมมือเพื่อกระทำการกิจกรรมให้บรรลุผลตามเป้าหมาย ความมีบารมีเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของผู้นำ จากผลการวิจัยพบว่า ผู้นำที่มีบารมีจะโน้มน้าวผู้ใต้บังคับบัญชาให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมให้บรรลุวิสัยทัศน์ขององค์การ (Bass, 1985; Conger & Kanungo, 1998; Nadler & Tushman, 1990 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550)

นอกจากนี้ House (1977 cited in Bass, 1985) ได้เสนอคุณลักษณะของผู้นำที่มีบารมีในองค์กรที่ซับซ้อน ควรมีคุณลักษณะ 7 ประการ ดังนี้

1) มีลักษณะเด่น มีความมั่นใจในตนเอง และต้องการมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น

2) เป็นแบบอย่างแก่ลูกน้องในเรื่องค่านิยม ความคาดหวังที่จะทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้นำต่องานและทัศนคติของผู้นำต่องานและองค์การ

3) สร้างความประทับใจจากความสามารถและความสำเร็จ

4) มีเป้าหมายที่เป็นอุดมการณ์อย่างชัดเจน
 5) มีความคาดหวังสูงและมีความมั่นใจว่าผู้ตามสามารถทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

6) สร้างแรงจูงใจในการทำให้พันธกิจบรรลุเป้าหมายได้

7) มีบทบาทที่ดึงดูดใจชนะใจผู้ตาม

2. การคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล (Individualized consideration)

ผู้นำให้เกิดริ คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความต้องการของผู้ตาม ตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ตามแต่ละบุคคล ซึ่งจะทำให้ผู้ตามเกิดความพึงพอใจในตัวผู้นำและทำให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น โดยผู้นำจะใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วม ให้ความสนใจในความต้องการ ความเจริญก้าวหน้าของผู้ตามแต่ละคน และให้ผู้ตามมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับงานของเขามอบหมายงานที่เหมาะสม

สมกับระดับความรู้และความสามารถของแต่ละบุคคล ผู้นำจะเป็นเหมือนเพื่อนและปฏิบัติต่อผู้ตามเสมือนอยู่ในสถานะเดียวกันแม้ว่าผู้นำจะมีความรู้ความชำนาญมากกว่าและจะเป็นที่ปรึกษา คอยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อให้ผู้ตามมีการพัฒนาตนเองสู่ระดับที่สูงขึ้น

Miller (1973 cited in Bass, 1985) ได้แบ่งการคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลออกเป็น 2 องค์ประกอบคือ

1) การคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลในระดับกลุ่มโดยผู้นำจะมีการปรึกษาหารือกับผู้ตามเป็นกลุ่ม ปฏิบัติต่อผู้ตามทุกคนเหมือนกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ตามมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

2) การคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลเป็นรายบุคคลโดยผู้นำจะปฏิบัติต่อผู้ตามแตกต่างกันตามความต้องการและความสามารถของแต่ละบุคคล

พฤติกรรมการคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล (Bass, 1985)

เป็นความสามารถของผู้นำที่ทราบความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ตามทราบจุดเด่น จุดด้อย และให้ความสนใจในความต้องการและความก้าวหน้าของผู้ตาม ซึ่งพฤติกรรมของผู้นำที่คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล สรุปได้ 3 ลักษณะ คือ

1) การคำนึงถึงการพัฒนา (Developmental orientation) โดยการประเมินการปฏิบัติปัจจุบัน และตำแหน่งในอนาคตที่ต้องรับผิดชอบมากกว่า มอบหมายงานตามความสามารถ และให้โอกาสทำงานที่ท้าทาย เพื่อเป็นการพัฒนาและยกระดับความสามารถของผู้ตาม ให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมความสามารถ การปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง และการสนับสนุนให้ผู้ตามได้รับ

การอบรม พัฒนาความรู้ความสามารถ โดยการให้คำปรึกษา การสังเกตอย่างใกล้ชิด และการบันทึกความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน

2) การคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล (Individualized orientation)

โดยการ

- พบปะอย่างเป็นกันเอง มีการนิเทศแบบเดินดูรอบๆ มีการติดต่อสื่อสารแบบสองทางทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้ผู้ตามได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง รวมทั้งยอมรับในความแตกต่างของผู้ตามแต่ละคน
- การที่ผู้ตามได้รับข้อมูลข่าวสารตามที่ต้องการ การให้ผู้ตามให้ข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองหรือให้ทางโทรศัพท์ เป็นการแสดงถึงความสนใจของผู้นำต่อผู้ตาม
- การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล

3) การเป็นพี่เลี้ยง (Mentoring) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้นำ โดยการใช้ความรู้และประสบการณ์ของตนเองพัฒนาผู้ตามให้สามารถดูแลตัวเอง และสามารถจัดการกับงานที่ได้รับมอบหมายได้

3. การกระตุ้นปัญญา (Intellectual stimulation)

เป็นวิธีการที่ผู้นำกระตุ้นให้ผู้ตามตระหนักถึงปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในองค์กร เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะปัญหาที่ท้าทายความสามารถ และพัฒนาวิธีคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์แก่ผู้ตาม โดยใช้วิธีการฝึกคิดทวนกระแสความเชื่อและค่านิยมเดิมของตน หรือของผู้นำ หรือขององค์กร ทำให้ผู้ตามมีความต้องการหาแนวทางใหม่ๆ มาแก้ปัญหาในหน่วยงานเพื่อหาข้อสรุปใหม่ที่ดีกว่าเดิม เพื่อทำให้เกิดสิ่งใหม่และสร้างสรรค์ โดยผู้นำมีการคิดและแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีการตั้งสมมติฐาน การเปลี่ยนกรอบ (Reframing) การมองปัญหา และการเผชิญกับสถานการณ์เก่า ๆ ด้วยวิถีทางแบบใหม่ ๆ มีการจูงใจและสนับสนุนความคิดริเริ่ม ใหม่ ๆ ในการพิจารณาปัญหาและการหาคำตอบของปัญหา มีการให้กำลังใจผู้ตามให้พยายามหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีใหม่ ๆ ผู้นำมีการกระตุ้นให้ผู้ตามแสดงความคิดและเหตุผล และไม่วิจารณ์ความคิดของผู้ตาม แม้ว่ามันจะแตกต่างไปจากความคิดของผู้นำ ผู้นำทำให้ผู้ตามรู้สึกว่ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย และเป็นโอกาสที่ดีที่จะแก้ปัญหาาร่วมกันโดยผู้นำจะสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ตามว่าปัญหาทุกอย่างต้องมีวิธีแก้ไข แม้บางปัญหาจะมีอุปสรรคมากมาย ผู้นำจะพิสูจน์ให้เห็นว่าสามารถเอาชนะอุปสรรคทุกอย่างได้ จากความร่วมมือร่วมใจในการแก้ปัญหาของผู้ร่วมงานทุกคน ผู้ตามจะได้รับการกระตุ้นให้ตั้งคำถามต่อค่านิยมของตนเอง ความเชื่อ และประเพณี การกระตุ้นทางปัญญาเป็น

ส่วนที่สำคัญของการพัฒนาความสามารถของผู้ตามในการที่จะตระหนัก เข้าใจ และแก้ไขปัญหาคว่ตนเอง

Quinn & Hall (1983 cited in Bass, 1985) ได้เสนอแนวทางในการกระตุ้นปัญญาไว้ 4 วิธี คือ

1) การกระตุ้นปัญญาโดยใช้หลักเหตุและผล (Rationally) ผู้นำจะเชื่อโครงสร้างงานที่เป็นทางการ มีระบบการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน เน้นความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ใช้ข้อมูลเพียงเล็กน้อยในการตัดสินใจ

2) การเน้นที่การอยู่รอด (Existentially) ผู้นำจะคำนึงถึงความมั่นคง ปลอดภัย ความไว้วางใจ และการสร้างทีมในองค์กร มีการแก้ปัญหาที่ใช้ข้อมูลจำนวนมาก และหลายวิธีการเชื่อในกระบวนการที่ไม่เป็นทางการ และคิดว่าความรู้เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม

3) การใช้ประสบการณ์และการสังเกต (Empirically) ผู้นำจะเน้นการแก้ปัญหา โดยอาศัยข้อมูลจากประสบการณ์เป็นการแก้ปัญหาแบบหลายขั้นตอน เพื่อให้ได้คำตอบที่ดีที่สุดในการปรับปรุงความมั่นคง ปลอดภัย และการดำรงอยู่ขององค์กร

4) การมุ่งเน้นความเป็นเลิศ (Idealistically) ผู้นำจะให้ความสำคัญของการปรับตัว การเรียนรู้การเปลี่ยนแปลง ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่จะเกิดกับองค์กร มีความยืดหยุ่นในการตัดสินใจ

4. การเสริมสร้างแรงบันดาลใจ (Inspirational motivation)

ผู้นำใช้คำพูดและการกระทำที่ปลุกปลอบใจ ให้กำลังใจ เร้าอารมณ์ โดยการสร้างแรงจูงใจภายใน การให้ความหมายและท้าทายในเรื่งงานของผู้ตาม ผู้นำจะกระตุ้นจิตวิญญาณของทีม (Team Spirit) ให้มีชีวิตชีวา มีการแสดงออกซึ่งความกระตือรือร้น โดยการสร้างเจตคติที่ดีและการคิดในแง่บวก ทำให้ผู้ตามสัมผัสกับภาพที่งดงามของอนาคตสร้างและสื่อความหวังที่ผู้นำต้องการอย่างชัดเจน ผู้นำจะแสดงความเชื่อมั่นและแสดงให้เห็นความตั้งใจอย่างแน่วแน่ว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้ ช่วยให้ผู้ตามมองข้ามผลประโยชน์ของตนเพื่อวิสัยทัศน์และภารกิจขององค์กรและพัฒนาความผูกพันของตนต่อเป้าหมายระยะยาวขององค์กร

Yukl and Van Fleet ((1982 cited in Bass, 1985) ได้เสนอถึงพฤติกรรมการเสริมสร้างแรงบันดาลใจของผู้นำไว้ ดังต่อไปนี้

1) เน้นการปฏิบัติ (Action orientation) ประกอบด้วย

1.1) กระตุ้นให้ผู้ตามได้ทดลองปฏิบัติโครงการใหม่ๆ หรือทำงานที่ท้าทายความสามารถ

1.2) ให้โอกาสผู้ตาม อาสาสมัครทำงาน เพื่อได้แสดงความสามารถ ความรับผิดชอบ และเมื่อปฏิบัติงานสำเร็จจะเกิดความภาคภูมิใจ และเชื่อมั่นในตนเอง

1.3) การมีนโยบายส่งเสริมการทดลองเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพื่อหาวิธีการ แก้ปัญหาของหน่วยงาน

1.4) สร้างบรรยากาศการติดต่อสื่อสารแบบเปิด เชื่อถือและไว้วางใจ ชิงกันและกัน

2) การสร้างความเชื่อมั่น (Confidence building) ความเชื่อมั่นเป็นแหล่ง ความเข้มแข็งทางอารมณ์ เมื่อผู้ตามเกิดความเครียด ความยุ่งยากหรือเสี่ยงต่ออันตรายในการ ปฏิบัติงาน ผู้นำต้องสร้างความเชื่อมั่นผู้ตาม ทำให้ผู้ตามเกิดขวัญและกำลังใจ พร้อมทั้งจะทุ่มเทความ พยายามอย่างมากในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

3) การสร้างความเชื่อในอุดมการณ์ที่เป็นอุดมการณ์ (Inspiring belief in cause) เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง การที่บุคคลจะเสียสละประ โยชน์ส่วนตัว หรือทำงานที่เสี่ยงอันตรายได้นั้น บุคคลต้องเชื่อว่าอุดมการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้อง และมีคุณค่าแก่การเสียสละ

4) การใช้ Pygmalion effect (Making use of the Pygmalion effect or self-fulfilling prophecy) คือ การที่ผู้นำคาดหวังผู้ตามในด้านที่ดี บุคคลที่ถูกคาดหวังว่าจะทำได้ดีจะทำได้ ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ถูกคาดหวัง บุคคลที่ถูกคาดหวังว่าทำได้ดีจะพยายามทำอย่างดีเพื่อให้ผู้นำมั่นใจว่า ความเชื่อของผู้นำมีความถูกต้อง

5. การโน้มน้าวความร่วมมือทำฝันให้เป็นจริง (Idealized influence)

ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ได้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการวาดภาพอนาคตของ องค์กร และสร้างแรงบันดาลใจแก่ผู้ได้บังคับบัญชาให้ร่วมกันคิดแนวทางการปฏิบัติให้บรรลุผล สำเร็จตามวิสัยทัศน์ขององค์กร

จากผลการวิจัย พบว่าภายใต้การนำของผู้ในการเปลี่ยนแปลง จะทำให้ผู้ตาม เกิดแรงจูงใจที่จะใช้ความพยายามในการทำงานเพิ่มขึ้นจากปกติ ด้วยเหตุนี้ผลงานจึงมากกว่า ที่คาดหวังไว้ ในขณะที่ผู้นำแบบแลกเปลี่ยน ผู้ตามจะสร้างผลงานได้เพียงตามที่คาดหวังเท่านั้น (สุเทพ พงศ์ศรีวัฒน์, 2545) ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเหตุผลสำคัญคือ การเปลี่ยนแปลง (Change) (Sullivan, 1998 cite in Finkelstein, W.A., 2006) จนมีคำกล่าวว่า “ภาวะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงถูกเสนอในวรรณกรรมว่า เป็นรูปแบบภาวะผู้นำที่ดีที่สุดที่เหมาะสม กับการเปลี่ยนแปลงในสภาวะแวดล้อมของการดูแลสุขภาพ” (Finkelstein, W.A., 2006)

จากการศึกษาทฤษฎีทั้ง 4 ทฤษฎีพบว่า ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำ (Leadership Trait Theory) เชื่อว่า ผู้นำคือ บุคคลที่มีคุณลักษณะพิเศษสำหรับทำหน้าที่ผู้นำ โดยที่

คนอื่นๆ ไม่มีคุณลักษณะเช่นนั้น แต่ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำมีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้หลายประการ มีประการหนึ่งกล่าวว่า ทฤษฎีคุณลักษณะภาวะผู้นำไม่สามารถนำไปปรับใช้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ สำหรับทฤษฎีพฤติกรรมภาวะผู้นำ (Leadership Behavior Theory) เริ่มศึกษาว่า พฤติกรรมใดที่ทำให้ผู้นำประสบความสำเร็จแตกต่างจากผู้นำที่ไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จะบรรลุผลสำเร็จเช่นกัน ต่อมามีความเชื่อว่า พฤติกรรมมีองค์ประกอบเดียวที่มีผลต่อประสิทธิภาพของงาน แต่ขึ้นอยู่กับอีกปัจจัยที่สำคัญ คือ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ที่จะทำให้นำนำเลือกใช้พฤติกรรมดังกล่าวอีกด้วย ดังนั้นในราวปีทศวรรษ 1970 จึงเริ่มมีการศึกษาทฤษฎีภาวะผู้นำตามสถานการณ์ (Situation Leadership Theory) ซึ่งแนวคิดหลักคือ ผู้นำที่ดีต้องสามารถปรับพฤติกรรมผู้นำให้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ เพื่อให้งานบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่เมื่อมาถึงยุคปัจจุบัน ภาวะแวดล้อม การเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชาชนมีความคาดหวังและความต้องการการพยาบาลที่มากขึ้น รวมทั้งสภาพทางสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะผู้นำที่เหมาะสมในยุคปัจจุบัน คือ ทฤษฎีภาวะผู้นำร่วมสมัย (Contemporary Leadership Theory) ซึ่งเป็นยุคที่ผู้นำเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชาในแง่มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน สร้างความเป็นผู้นำให้แก่บุคคลอื่น ด้วยการส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพอย่างเต็มที่ ซึ่งในยุคนี้ประกอบด้วยภาวะผู้นำ 4 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำและสมาชิก (Leader-Member Exchange Theory) ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) และภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่าง (Exemplary Leadership) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในแต่ละทฤษฎีมีจุดเด่นจุดด้อยดังนี้

ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้นำและสมาชิก (Leader-Member Exchange Theory) หรือ (LMX) มองภาวะผู้นำว่าเป็นกระบวนการที่มีศูนย์กลางอยู่ที่การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้นำกับสมาชิกแบบสองต่อสอง มีจุดเด่น จากการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์ดังกล่าวทำให้สมาชิกในหน่วยงานถูกแบ่งเป็นคนวงใน และคนวงนอก คนวงในคือกลุ่มผู้ใต้บังคับบัญชาที่มีสัมพันธภาพกับผู้นำอย่างสม่ำเสมอจนได้รับความไว้วางใจ ความรักชอบพอ และนับถือซึ่งกันและกัน ผู้ใต้บังคับบัญชาจะมีความพึงพอใจสูง ได้รับโอกาสและการมอบหมายงานที่สำคัญ มีความผูกพันต่อเป้าหมายของหน่วยงานสูง แต่ในขณะเดียวกันคนวงนอก ผู้นำจะมองว่าเป็นคนที่ขาดแรงจูงใจ ขาดความสามารถ จึงไม่ยอมมีสัมพันธภาพหรือให้โอกาสแสดงฝีมือ ซึ่งถ้านำมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพพยาบาล ตามแนวคิดนี้ อาจทำให้เกิดความรู้สึกแตกแยกขึ้นในหน่วยงาน ก่อให้เกิดอุปสรรคในการทำงานร่วมกันแบบทีมงาน โดยเฉพาะกลุ่มคนวงนอกจะเกิดการไม่ร่วมมือหรือปฏิบัติตามผู้นำ จากการที่เห็นว่าผู้นำขาดความยุติธรรม ดูแลแต่คนวงใน

สำหรับทฤษฎีภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership) มีหลักการคือ ผู้บังคับบัญชาประเมินความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อนำมาใช้เป็นกลวิธีโน้มน้าวผู้ใต้บังคับบัญชาขึ้นปฏิบัติตามที่ผู้นำต้องการ โดยการให้สิ่งของ รางวัล ตำแหน่งงานและอื่นๆ ที่ผู้ใต้บังคับบัญชาต้องการ ด้วยการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน ทำให้โน้มน้าวและชักจูงผู้ใต้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติตามผู้นำได้ ซึ่งแตกต่างจากภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) ที่จะไม่ใช้แรงจูงใจทางวัตถุให้มีอิทธิพลเหนือผู้ตาม แต่เน้นคุณลักษณะที่เป็นนามธรรม เช่น การใช้วิสัยทัศน์ ค่านิยมร่วมและความคิดในการสร้างสัมพันธ์ต่อกัน รวมทั้งผลวิจัยของ Jeff Snodgrass (2008) พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ของภาวะผู้นำของผู้บริหารของโปรแกรมรักษาโรคที่เกิดจากการทำงาน ส่วนภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนมีความสัมพันธ์ทางลบ ผลวิจัยของ Thomas M. Bennett (2009) พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำนายความพยายามในการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชาให้เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนไม่สามารถทำนายได้ การศึกษาของ Taylor, D.J. (2000) พบว่าความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และผลสำเร็จของงานกลุ่มจะลดลงเมื่อใช้ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนมากกว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง รวมทั้ง Laohavichien, T., et al. (2009) ศึกษาพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้จัดการคุณภาพของบริษัทใน United States มีอิทธิพลต่อโครงสร้างพื้นฐานและการบริหารคุณภาพซึ่งเป็นปัจจัยในการปรับปรุงคุณภาพของบริษัท ส่วนภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนไม่มีอิทธิพลต่อการปรับปรุงคุณภาพของบริษัท

ในด้านทฤษฎีภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่าง (Exemplary Leadership) ซึ่งมีคุณลักษณะที่เป็นแบบอย่าง 5 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1. คิดค้นกระบวนการทำงานที่ท้าทาย 2. เสริมสร้างแรงบันดาลใจในการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม 3. เสริมสร้างความสามารถ 4. ชี้แนะแนวทางการทำงาน และ 5. เสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ทฤษฎีนี้มีองค์ประกอบคล้ายๆ ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) จะมีความแตกต่างที่บางองค์ประกอบจะไม่มี เช่น ภาวะผู้นำที่มีบารมี ซึ่งความมีบารมีเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของผู้นำ จากผลการวิจัยพบว่าผู้นำที่มีบารมีจะโน้มน้าวผู้ใต้บังคับบัญชาให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมให้บรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร (Bass, 1985; Conger & Kanungo, 1998; Nadler & Tushman, 1990 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ดังนั้นภาวะผู้นำที่มีบารมีจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะโน้มน้าวผู้ใต้บังคับบัญชาให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงานได้ อีกหนึ่งองค์ประกอบที่ภาวะผู้นำที่เป็นแบบอย่างไม่มี คือ การกระตุ้นปัญญา ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องจาก เป็นการกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชาตระหนักถึงปัญหาในหน่วยงาน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์แก้

ผู้ได้บังคับบัญชา ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติใหม่ๆ ในการปฏิบัติงานซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลเช่นเดียวกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากการประกันคุณภาพการพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จ หัวหน้างานต้องมีภาวะผู้นำ เนื่องจากเป็นผู้นำสูงสุดในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในระบบประกันคุณภาพ (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2545) สิ่งสำคัญ คือ หัวหน้างานจะต้องมีลักษณะผู้นำเชิงการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leader) (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2545) ซึ่งตามแนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ Bass (1998 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) กล่าวว่าผู้นำที่สามารถโน้มน้าวจิตใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้กระทำตามที่ผู้นำปรารถนาหรือให้ความร่วมมือกระทำกิจกรรมให้บรรลุผลตามความต้องการได้ต้องมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำที่มีบารมี 2) คำมั่นถึงความแตกต่างแต่ละบุคคล 3) การกระตุ้นปัญญา 4) การเสริมสร้างแรงบันดาลใจ และ 5) การโน้มน้าวความร่วมมือทำฝันให้เป็นจริง

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหาร มีความสำคัญต่อการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลโดยหัวหน้างานในยุคปัจจุบันต้องมีเป้าหมายและวิสัยทัศน์ในการทำงานที่ชัดเจน เน้นคุณค่าของพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ร่วมงาน เสริมสร้างแรงจูงใจโดยการให้อำนาจและเปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวาดภาพอนาคตโดยการสร้างเป้าหมายและวิสัยทัศน์ในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลร่วมกัน เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นผู้มีจริยธรรม สร้างบารมีให้บุคลากรเกิดศรัทธา ทำให้พยาบาลวิชาชีพภาคภูมิใจที่ได้มีโอกาสร่วมงานด้วยเพื่อที่จะสามารถโน้มน้าวจิตใจพยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลด้วยความเต็มใจ การปฏิบัติกิจกรรมการคุณภาพการพยาบาลเป็นการกระทำเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากิจกรรมพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ดังนั้นหัวหน้างานจึงมีบทบาทสำคัญในการสามารถดึงศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพมาใช้อย่างเต็มที่ ด้วยความเข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล มีการมอบหมายงานให้ตรงความสามารถและความถนัดของแต่ละบุคคล ในการที่จะให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ใช้ภาวะผู้นำในการริเริ่ม กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามมาตรฐานที่วางไว้กระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพมีการวัดและประเมินคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์คุณภาพการพยาบาลว่าด้านใดต้องวางแผนแก้ไข และด้านใดต้องวางแผนปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้สูงยิ่งขึ้นไป ด้วยการกระตุ้นพยาบาลวิชาชีพให้รู้สึกว่ายปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย ใช้สติปัญญาแก้ไขปัญหาด้วยการคิดทวน

กระตุ้นพยาบาลวิชาชีพให้รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย ใช้สติปัญญาแก้ไขปัญหาคิดทวน กระแสความเชื่อเดิมๆ หาวิธีการที่สร้างสรรค์และท้าทายในการแก้ไขปัญหามีการกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานเกิดความตระหนักคำนึงถึงความสำคัญและคุณค่าของจุดหมายและวิธีการที่จะบรรลุจุดหมายของการปฏิบัติงาน โดยการใช้คำพูดและการกระทำที่เป็นแบบอย่างที่ดีที่ปลูกเร้าและให้กำลังใจเพื่อนร่วมงานให้มีความพยายามมากกว่าที่คิด คิดถึงประโยชน์และอุทิศตนเพื่อส่วนรวมของหน่วยงาน และเมื่อเกิดความท้อแท้หัวหน้างานสร้างเสริมกำลังใจให้สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายจนบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นทฤษฎีแนวใหม่ ที่ผู้นำจะต้องมีวิสัยทัศน์เชิงรุก มุ่งการเปลี่ยนแปลงในแนวคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายแห่งการมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน โดยเน้นคุณค่าผู้ร่วมงาน เข้าใจความแตกต่างในปัจเจกบุคคล เสริมสร้างแรงจูงใจโดยการให้อำนาจและการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน เน้นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตน ภายใต้การสร้างทีมงานที่มีจิตวิญญาณแห่งการมีคุณภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานก้าวมาสู่ความเป็นผู้นำ ขอมรับข้อผิดพลาดจะเป็นโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ (ธัญมณีนันท์ พานิช, 2547) หัวหน้างานที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั่วทั้งโรงพยาบาล โดยครอบคลุมในทุกๆ ประเด็นสำคัญ จะเป็นพื้นฐานของคุณภาพการพยาบาล กล่าวคือเป็นการก่อให้เกิดความมั่นใจว่าพยาบาลจะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนดตลอดเวลาและมีผลลัพธ์ของบริการตามเป้าหมายหรือเกณฑ์ที่กำหนด และใช้เป็นหลักประกันว่าจะมีการปรับปรุงเพื่อยกระดับคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องอีกด้วย และเมื่อมีการติดตามตรวจประเมินคุณภาพภายในองค์กร จะสามารถประกันคุณภาพการพยาบาลตามเป้าหมายที่ต้องการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์เชิงสหสัมพันธ์และเชิงพยากรณ์ของปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานกับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

2. การปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

ปัจจุบันกระแสสังคมได้ให้ความสำคัญในเรื่องการประกันคุณภาพกันอย่างมากมา โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ต้องให้บริการด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและการฟื้นฟูสภาพ พยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์โดยตรงด้านการพยาบาล ซึ่งการให้บริการด้านการพยาบาลจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรฐานงานให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลหรือเป็นการประกันคุณภาพ

การพยาบาลของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลให้มีความตระหนักต่อหน้าที่และความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้งานมีคุณภาพตามมาตรฐานที่วางไว้และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มี คุณภาพและมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ การประกันคุณภาพการพยาบาลมีการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลได้พัฒนาบทบาทหน้าที่ให้ทันต่อความเจริญก้าวหน้า และความเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่จะต้องได้รับการประเมิน เพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าการ ให้บริการสุขภาพมีคุณภาพและมีความปลอดภัย

2.1 วิวัฒนาการของการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

การประกันคุณภาพการพยาบาลได้เริ่มมานานตั้งแต่ยุคแรกของวิชาชีพพยาบาล โดยในปี ค.ศ.1854 ฟลอเรนซ์ นิติงเกล ได้เริ่มเก็บข้อมูลสถิติการตายของผู้ป่วยซึ่งเป็นทหาร อังกฤษในระหว่างสงครามไครเมีย (Crimean War) และหาวิธีปรับปรุงการพยาบาลให้ดีขึ้น นำไป ปฏิบัติและได้เปรียบเทียบผลการให้การพยาบาลว่า อัตราตายของพลเรือนและทหารอังกฤษลดลง จากร้อยละ 42 เหลือร้อยละ 2.2 ภายใน 6 เดือน เมื่อพยาบาลได้ให้การดูแลในเรื่อง ความสะอาดของ สิ่งแวดล้อม การทำแผล และการเช็ดตัว (Bull, 1997 อ้างถึงในอภิญา จำปามูล, 2551)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1915 ได้มีองค์กรเพื่อดูแลมาตรฐานของโรงพยาบาลใน สหรัฐอเมริกา โดยสมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (The American College of Surgeons) ซึ่งสมาชิกองค์การได้ร่วมกันจัดตั้งคณะกรรมการร่วมในการรับรองโรงพยาบาล มีชื่อว่า JCAH (The Joint Commission on the Accreditation of Hospital) ซึ่งได้กำหนดความหมายของคำว่า คุณภาพว่า การไร้ซึ่งข้อผิดพลาด แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็นคณะกรรมการร่วมในการรับรอง หน่วยงานด้านสุขภาพมีชื่อว่า JCAHO (The Joint Commission on the Accreditation of Health care Organizations) หน่วยงานนี้มีหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพการให้บริการทางด้านสุขภาพโดยเน้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการที่เกิดจากการให้บริการพยาบาล มีการตรวจย้อนหลังถึงคุณภาพ ในการให้บริการพยาบาลของหน่วยงานและองค์กร มีการปรับปรุงเกณฑ์และกระบวนการต่างๆ เพื่อการวัดคุณภาพของบริการด้านคุณภาพ ผลจากการที่มีหน่วยงานนี้ ทำให้แต่ละหน่วยงานของ ทุกโรงพยาบาลจำเป็นต้องสร้างมาตรฐานการพยาบาลขึ้นเพื่อพร้อมที่จะรับการตรวจสอบคุณภาพ การบริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการได้รับการรับรองจาก JCAHO นั้น หมายถึง การได้รับการประกันคุณภาพในระดับที่เป็นเลิศและให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ

ในปี ค.ศ. 1950 การจัดระบบงาน การวางแผนและการประเมินหน่วยงานที่ได้ ให้บริการด้านสุขภาพกลายเป็นเรื่องที่ต้องกระทำทางด้านสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญอย่างมาก ต่อมาในปี ค.ศ. 1959 สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Nurse Association: ANA)

และสภาการพยาบาลแห่งชาติ (The National League for Nursing: NLN) ได้ให้ความช่วยเหลือในการกำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลด้วย ในประเทศอื่นๆเช่น อังกฤษ และออสเตรเลีย ก็ได้มีวิวัฒนาการในเรื่องการควบคุมการบริการสุขภาพไปในทำนองเดียวกัน (อภิญญา จำปามูล, 2551)

ประเทศไทยได้ริเริ่มดำเนินการวางระบบการตรวจสอบและการประกันคุณภาพการพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2521 โดยเริ่มจากการกำหนดและเผยแพร่มาตรฐานการจัดบริการพยาบาลในโรงพยาบาลในรูปแบบคู่มือการบริหารการพยาบาลและคู่มือการจัดบริการพยาบาล รวมทั้งแบบวิเคราะห์งานเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินการดำเนินงานตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

2.2 ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

องค์กรตรวจรับรองการดูแลสุขภาพ (The Joint Commission on the Accreditation of Health care Organizations: JCAHO, 1892 อ้างถึงในกองการพยาบาล, 2544) ให้ความหมายของการประกันคุณภาพว่า หมายถึงกระบวนการเฝ้าระวังและประเมินคุณภาพหรือความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการค้นหาโอกาสการพัฒนาและปรับปรุงการดูแลให้มีคุณภาพสูงขึ้น รวมทั้งการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่จะมีผลทำให้คุณภาพการดูแลรักษาลดลง

ภาคอุตสาหกรรมได้ให้ความหมายของการประกันคุณภาพว่า หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆที่ถ้าหากได้ดำเนินการตามระบบที่วางไว้ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าจะได้ผลงานที่มีคุณภาพตรงตามลักษณะที่พึงประสงค์ (บรรจง จันทมาศ, 2541 อ้างถึงในกองการพยาบาล, 2544)

กองการพยาบาล (2544) ให้ความหมายของการประกันคุณภาพการพยาบาลว่า หมายถึง การดำเนินงานอย่างมีแบบแผนและมีกิจกรรมที่เป็นขั้นตอนต่อเนื่องเป็นระบบในการวัดและประเมินคุณภาพบริการพยาบาลทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เพื่อใช้เป็นหลักประกันว่าหน่วยงานบริการพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะมีการปฏิบัติหรือบริการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ มีการแก้ไขข้อบกพร่องและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพื่อรักษาไว้ซึ่งระดับคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพตามที่องค์กรหรือหน่วยงานคาดหวัง

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) ให้ความหมายของการประกันคุณภาพการพยาบาลว่า ลักษณะต่างๆของวิชาชีพพยาบาลที่ถูกสร้างขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นคงและเกิดการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างดีที่สุด

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2548) ให้ความหมายของการประกันคุณภาพการพยาบาลว่า เป็นกระบวนการตรวจสอบควบคุมคุณภาพกระบวนการหนึ่ง ซึ่งกล่าวถึงกิจกรรมการประเมินผล การตรวจตรา การจัดการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการบริการที่มีคุณภาพ

อภิญญา จำปามูล (2551) ให้ความหมายของการประกันคุณภาพการพยาบาลว่า หมายถึงการรับรองว่าบริการที่ให้แก่งานบริการมีระดับคุณภาพในระดับมาตรฐานที่ตั้งไว้ เพื่อให้ผู้ให้บริการ เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ พยาบาลมีความมั่นใจในบริการที่ให้เพื่อตอบสนองความจำเป็นของผู้ใช้บริการ เป็นกระบวนการต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยมีการกำหนดมาตรฐานขององค์การ การวางแผนงานที่เป็นขั้นตอน การตรวจสอบประเมินผลว่าการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ และการปรับปรุงแก้ไขบริการพยาบาล

โดยสรุปการประกันคุณภาพการพยาบาล หมายถึง กระบวนการในการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นระบบตั้งแต่การกำหนดมาตรฐานการพยาบาล การปฏิบัติตามมาตรฐาน การวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาล ตลอดจนมีการแก้ไขข้อบกพร่องและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีมาตรฐานและปลอดภัย

2.3 องค์ประกอบของการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

การบริการพยาบาลเป็นหนึ่งในระบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญ จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ในโรงพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ในฐานะที่การพยาบาลเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่ต้องมีมาตรฐาน จรรยาบรรณ และจริยธรรมแห่งวิชาชีพเป็นเครื่องกำกับทิศทางและแนวทางปฏิบัติในการบริการ สำนักการพยาบาลจึงได้นำแนวคิดการควบคุมคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและในปี พ.ศ. 2542 จึงได้ขยายกรอบแนวคิดจากการควบคุมคุณภาพเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (กองการพยาบาล, 2547) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญคือ

1. การกำหนดมาตรฐาน
2. การปฏิบัติตามมาตรฐาน
3. การวัดและประเมินคุณภาพ
4. การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement)

การกำหนดมาตรฐาน

การกำหนดมาตรฐานเกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1966 โดยสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (กองการพยาบาล, 2542) ได้ริเริ่มขึ้นด้วยความตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพที่จะต้องให้บริการที่ดีที่สุดแก่สังคม มาตรฐานที่กำหนดมีจุดเน้นที่การปฏิบัติการพยาบาล

ตามกระบวนการพยาบาล โดยกำหนดข้อความที่กว้างเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลายสถานการณ์ ต่อมามีการพัฒนาให้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนดแนวทางประเมินผู้ป่วยผ่าตัด เป็นต้น

สำหรับประเทศไทยการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยจัดให้มีการประชุมวิชาการครั้งที่ 6 เรื่องคุณภาพการพยาบาล และระบุว่ามาตรฐานการพยาบาลเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพที่จะร่วมกันกำหนดขึ้นมา กองการพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ได้เริ่มจัดทำมาตรฐานในโรงพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลในสังกัดสาธารณสุขได้นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติตั้งแต่ปี 2525 เป็นต้นมา (หทัยรัตน์ โชคชัยชนากุล, 2543 อ้างถึงในภิญญา จำปามูล, 2551) โดยมาตรฐานการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบแนวคิด หรือแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลและการตัดสินใจของพยาบาลตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งเป็นแนวทางในการประเมินผลการปฏิบัติงานอีกด้วย

มาตรฐานการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่อธิบายแนวทางการปฏิบัติหรือวิธีดำเนินการที่ครอบคลุมขอบเขตของการพยาบาลเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องเป็นข้อกำหนดให้มีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีต่อการดูแล หรือให้บริการแก่ผู้ใช้บริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (กองการพยาบาล, 2542) โดย Mason (1984 อ้างถึงในกองการพยาบาล, 2542) เพิ่มเติมว่ามาตรฐานการพยาบาลต้องมีข้อความที่เที่ยงตรง ชัดแจ้ง เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และต้องแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการให้การพยาบาลและด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ

การแบ่งระดับของมาตรฐานการพยาบาล

1. มาตรฐานระดับชาติ เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยองค์กรวิชาชีพ ออกมาในรูปแบบกฎหมายการประกอบวิชาชีพ ซึ่งเป็นการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานและเป็นหลักการพื้นฐานที่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องยึดถือเป็นหลักการในการทำงาน

2. มาตรฐานระดับสถาบัน เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยองค์กรหรือหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบในด้านการควบคุมคุณภาพการบริการเพื่อใช้เป็นแนวทางในการนำไปกำหนดมาตรฐานในระดับหน่วยงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบ เช่น มาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดโดยกองการพยาบาล โดยได้กำหนดขอบเขตของมาตรฐานครอบคลุมงานบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งจำแนกตามลักษณะของงานบริการพยาบาล 9 งาน ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การบริการผู้ป่วยในการบริการผู้ป่วยหนัก งานบริการผู้ป่วยผ่าตัด งานบริการพยาบาลสูติกรรม งานป้องกันและควบคุมการติด

เชื้อในโรงพยาบาล งานบริการปรึกษาด้านสุขภาพอนามัย และการบริหารการพยาบาล ในแต่ละงาน ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 3 ส่วน คือ

- มาตรฐานการบริการพยาบาล
- มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล
- เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล

3. มาตรฐานระดับโรงพยาบาล/หน่วยงาน เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะผู้บริหารและคณะทำงานด้านการควบคุมและพัฒนาคุณภาพของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งต้องสอดคล้องกับมาตรฐานระดับชาติและระดับสถาบัน โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ในการคัดเลือกเรื่องที่จะกำหนดมาตรฐาน(อภิญญา จำปามูล, 2551)

- เรื่องที่มีมักจะเป็นปัญหาอยู่เสมอ (problem prone)
- เรื่องที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหา (high risk)
- เรื่องที่มีผู้ใช้บริการมากๆ (high volume)
- เรื่องที่มีวิธีปฏิบัติหลากหลาย (high variation)
- เรื่องที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high cost)

อาจใช้เรื่องหรือหัวข้อที่กำหนดไว้ในมาตรฐานระดับสถาบันเป็นแนวทางในการพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้กล่าวถึงการกำหนดมาตรฐานระดับโรงพยาบาล/หน่วยงาน ดังนี้

การกำหนดมาตรฐาน หมายถึง การที่หัวหน้างานได้วิเคราะห์ระบบงาน และความสามารถของระบบที่มีอยู่ว่าสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดในมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ต้องปรับปรุงหรือออกแบบการทำงานใหม่อย่างไร ซึ่งในที่สุดจะมีมาตรฐานระดับหน่วยงานเป็นแนวทางปฏิบัติเกิดขึ้น ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ คู่มือการปฏิบัติงานแนวทางปฏิบัติงาน รวมทั้งมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท เพื่อเป็นกรอบทิศทางในการจัดบริการพยาบาลในแต่หน่วยงาน

การปฏิบัติตามมาตรฐาน

กลุ่มการพยาบาลจะต้องดำเนินการสนับสนุนให้มีการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลการนำไปใช้เพื่อการทบทวนและปรับปรุงให้มีความทันสมัยและถูกต้อง วิชาการอยู่ตลอดเวลา การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถดำเนินการได้หลายวิธี เช่น การเพิ่มช่องทางการสื่อสาร การฝึกอบรม การประชุมชี้แจง หรือการติดตามนิเทศงาน การดำเนินการดังกล่าวมักมีอุปสรรค ซึ่งส่วนมากจะเกิดจากการขาดการกำหนดเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน และ

ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ขาดความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรฐาน (สำนักการพยาบาล, 2547)

การวัดและประเมินคุณภาพ

ในการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลนั้นกิจกรรมที่สำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่งคือ การติดตามตรวจประเมินคุณภาพขององค์กร ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกระบวนการสนับสนุนให้วงจรการประกันคุณภาพดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นกระบวนการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์กรว่ามีความสอดคล้องตรงตามมาตรฐานและเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดไว้ ช่วยสะท้อนให้องค์กรได้เห็นความก้าวหน้าของการพัฒนาและประกันคุณภาพ รวมทั้งเห็นจุดอ่อนที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงให้ดีขึ้น ซึ่งการวัดและการประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลนั้นแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1. การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล

หน่วยงานแต่ละหน่วยงานสามารถประเมินตนเองและเชื่อมตรวจเพื่อประเมินโดยทีมผู้นิเทศหรือทีมประเมินคุณภาพภายใน ซึ่งกิจกรรมทั้ง 2 ส่วนนี้จะเป็นโอกาสที่ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารจะได้สำรวจความพร้อมในการดำเนินงานและที่สำคัญคือกิจกรรมการประเมินตนเองในลักษณะนี้จะทำให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารภายในองค์กร โดยเฉพาะการสื่อสารนโยบายและมาตรฐานของหน่วยงานไปสู่การปฏิบัติ ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์แนวคิด เจตคติในการทำงาน รวมทั้งเป็นช่องทางของการที่จะได้รับบทบาทการปฏิบัติและผลงานต่างๆ ในฐานะเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peer review) ที่จะช่วยกันค้นหาจุดอ่อนในระบบและช่วยกันค้นหาวิธีการหรือแนวทางที่จะแก้ไขปัญหหรือปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

การประเมินคุณภาพภายในนั้นสามารถทำได้ 2 รูปแบบ (อภิญา จำปามูล, 2551)

(1) การตรวจสอบย้อนหลังเมื่อผู้ใช้บริการกลับบ้านไปแล้ว (Retrospective audit) โดยการตรวจสอบรายงานการบันทึก การสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการหลังจำหน่าย การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การสอบถามความพึงพอใจจากผู้ใช้บริการหรือตรวจสอบจากเอกสารต่างๆ ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติงาน นโยบาย วิธีปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติต่างๆ รายงานการประชุม รายงานการวัดและประเมินคุณภาพตามตัวชี้วัดต่างๆตามแผนงานพัฒนาหน่วยงาน แผนการฝึกอบรม แผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ บันทึกเหตุการณ์ รายงานการแก้ไขต่างๆ รายงานการประเมินตนเอง รวมทั้งบันทึกรายงานต่างๆในเวชระเบียนและระบบบันทึกทางการพยาบาล

(2) การตรวจสอบขณะผู้ใช้บริการอยู่ในโรงพยาบาล (Concurrent audit) หรือการตรวจสอบขณะที่ทำการปฏิบัติการพยาบาล (performance and process of care audit)

เป็นการตรวจสอบกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขณะที่ให้การพยาบาลผู้ให้บริการ โดยเป็นการประเมินเป็นช่วงๆระหว่างปฏิบัติการพยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์บุคคลทางการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานระดับต่างๆ บุคลากรในทีมสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การประชุมปรึกษาหารือทางการพยาบาล การสังเกตการณ์ปฏิบัติการพยาบาล

องค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายในโรงพยาบาลคือ

(1) ผู้ประเมินคุณภาพการพยาบาลภายในโรงพยาบาล ผู้ประเมินที่ดีจะสามารถสร้างบรรยากาศของการประเมินให้เป็นไปตามความมุ่งหวังของการประเมินคือ ผู้ประเมินและผู้รับการประเมินร่วมกันค้นหาจุดอ่อนของระบบหรือกระบวนการทำงานเพื่อหาโอกาสพัฒนาให้ดีขึ้นหรือสมบูรณ์ขึ้น โดยที่ทุกคนในองค์กรเห็นคุณค่าของการประเมิน ดังนั้นองค์กรจึงจำเป็นต้องคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมเป็นผู้ประเมิน ซึ่งผู้ประเมินคุณภาพภายในโรงพยาบาลประกอบด้วย ผู้ประเมินคุณภาพในหน่วยงาน ผู้ประเมินคุณภาพของกลุ่มงานการพยาบาล บทบาทของผู้ประเมินคือการเป็นผู้สำรวจ การเป็นที่ปรึกษา และการเป็นเพื่อนร่วมวิชาชีพ

(2) เครื่องมือในการประเมินคุณภาพภายในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลรวม 10 งาน ประกอบด้วยงานบริหารการพยาบาล งานพยาบาลผู้ป่วยนอก งานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานพยาบาลผู้ป่วยหนัก งานพยาบาลผู้ป่วยใน งานพยาบาลผู้คลอด งานบริการฝากครรภ์ งานบริการศึกษาด้านสุขภาพอนามัย งานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญี งานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยมีมิติการประเมินระดับของการพัฒนาคุณภาพตามกรอบแนวคิดของการประกันคุณภาพการพยาบาล 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 หมายถึง การมีเอกสารหลักฐานที่แสดงถึงการวางระบบการกำหนดนโยบาย วิธีปฏิบัติ (Policy & Procedure) หรือมีการวางแผนดำเนินการในเรื่องต่างๆไว้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ (Approach) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินงานในขั้นต่อไป

ระดับที่ 2 หมายถึง มีการปฏิบัติตามระบบ นโยบาย วิธีปฏิบัติหรือแผนที่วางไว้ (Deploy) อย่างครบถ้วนครอบคลุม ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนความพยายามของหน่วยงานที่รับการประเมินในการที่จะดำเนินการตามระบบ นโยบายหรือแผนที่ได้กำหนดไว้

ระดับที่ 3 หมายถึง มีการปฏิบัติตามระบบ นโยบาย วิธีปฏิบัติหรือแผนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ จนมีผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Result) ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความคงที่ของระบบงานที่วางไว้

ระดับที่ 4 หมายถึง การมีผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามเกณฑ์ระดับคุณภาพ ที่กำหนดหรือมีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้น หรือมีการติดตามวัดและประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการนำผลการวัดและประเมินคุณภาพมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนถึงความพยายามที่จะรักษาระดับคุณภาพและการยกระดับคุณภาพให้ดีขึ้น อย่างต่อเนื่อง

(3) การรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งการรวบรวมข้อมูลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินคุณภาพ เพราะข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงและถูกต้องจะนำมาสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องในการวางแผน ปรับปรุงคุณภาพและการแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว แหล่งข้อมูลที่สำคัญได้มาจาก เอกสาร การอ่านทบทวนและวิเคราะห์เนื้อหาในเอกสาร และสัมภาษณ์บุคคลต่างๆ ในหน่วยงาน รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 14 แห่ง ได้การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลโดยการประเมินตนเอง และคณะกรรมการการประกันคุณภาพการพยาบาลระดับจังหวัดได้แต่งตั้งทีมประเมินคุณภาพการพยาบาลเป็น 2 ทีม ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 14 แห่ง โดยประเมินหน่วยงานทั้ง 9 หน่วยงาน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพบริการพยาบาลภายในโรงพยาบาล จากหนังสือการประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: แนวทางการประเมินคุณภาพภายใน แล้วนำคะแนนการประเมินมากำหนดระดับคุณภาพการพยาบาลโดยยึดคะแนนมาตรฐานเป็นหลักในการจำแนกระดับคุณภาพของแต่ละงานตามค่าคะแนนของสำนักการพยาบาลที่กำหนด (สำนักการพยาบาล, 2551) ผลการประเมิน พบว่า มีโรงพยาบาลจำนวนเพียง 4 แห่งผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลระดับ 3 หมายถึงงานบริการพยาบาลในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 70 ส่วนโรงพยาบาลอีก 10 แห่งผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานการพยาบาลระดับ 2 หมายถึงงานบริการพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปน้อยกว่าร้อยละ 70 ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิจึงผ่านเกณฑ์ประเมินเพียง 28.57% (รายงานผลการประเมินคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยภูมิ, 2551)

2. การประเมินคุณภาพการพยาบาลภายนอก

การประกันคุณภาพการพยาบาล เป็นการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายใน โดยบุคลากรในหน่วยงาน ส่วนการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายนอก เป็นกระบวนการประเมินคุณภาพการจัดบริการพยาบาล การติดตาม ตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลของหน่วยงาน โดยผู้ประเมินจากภายนอกหน่วยงาน เพื่อส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้น เร่งรัด ให้มีการ

พัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งหลักสำคัญในการประเมินคุณภาพการพยาบาลจากภายนอก คือ (สำนักงานพยาบาล, 2547)

- (1) พัฒนามาตรฐานการพยาบาลสู่ระดับสากล
- (2) พัฒนาคุณภาพการพยาบาลของสถานบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน
- (3) ส่งเสริม สนับสนุนให้สถานบริการสุขภาพ ดำเนินการประกันคุณภาพภายใน โดยสอดคล้องกับระบบการประเมินการพยาบาลภายนอก
- (4) การประเมินคุณภาพของทุกภารกิจ อย่างครบถ้วนเพื่อสะท้อนความเป็นจริงที่สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลของสถานบริการสุขภาพทุกระดับได้อย่างชัดเจน
- (5) ดำเนินการประเมินคุณภาพ แบบกัลยาณมิตร เทียบตรง โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเน้นการมีส่วนร่วม

ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลจากภายนอกนั้น สำนักงานพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานที่ต้องประเมินไว้ 6 มาตรฐาน ซึ่งมาตรฐานดังกล่าวมีความสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพของสภาการพยาบาล และมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การบริหารการพยาบาล

ข้อความมาตรฐาน การบริหารการพยาบาลมีปรัชญา นโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินการและประเมินผลที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลและมีการจัดการอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ดัชนี / ตัวบ่งชี้ คือ ความสอดคล้องกันระหว่างปรัชญา นโยบาย วิสัยทัศน์และพันธกิจของกลุ่มการพยาบาลกับโรงพยาบาลและสถานการณ์ของระบบสุขภาพ มีระบบการวางแผน ระบบการบริหารแผน การจัดการพยาบาล ระบบบริหารบริการพยาบาล การรักษาจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ระบบสารสนเทศทางการพยาบาล ระบบการบริหารจัดการทรัพยากร

มาตรฐานที่ 2 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ข้อความมาตรฐาน การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีกระบวนการบริหารจัดการด้านทรัพยากรบุคคล เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพโดยส่งเสริมการพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานและความก้าวหน้าของบุคลากรพยาบาล

ดัชนี / ตัวบ่งชี้ มีการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล มีการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ข้อความมาตรฐาน การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสอดคล้องกับสถานการณ์ของการจัดระบบบริการพยาบาล

ดัชนี / ตัวบ่งชี้ มีการบริหารความเสี่ยง มีการประกันคุณภาพการพยาบาล

มาตรฐานที่ 4 คุณภาพการพยาบาล

ข้อความมาตรฐาน คุณภาพการพยาบาล เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล ที่ถูกต้องตามหลักการ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และปรากฏผลลัพธ์ที่ดีแก่ ผู้ใช้บริการ สามารถวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาลในภาพรวมได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ดัชนี / ตัวบ่งชี้ การชี้วัดหลักการพยาบาลองค์รวมและกระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การทบทวนกระบวนการดูแลผู้ใช้บริการ การดูแลต่อเนื่อง การบันทึกทางการพยาบาล ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ ได้รับการบรรเทาจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และมีความพึงพอใจ

มาตรฐานที่ 5 การพัฒนาวิชาการ

ข้อความมาตรฐาน มีการพัฒนาองค์ความรู้ การประจักษ์นวัตกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ การศึกษาวิจัย การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้จากภูมิปัญญาไทยสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและส่งเสริมการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

ดัชนี / ตัวบ่งชี้ มีการกำหนดนโยบายวัตถุประสงค์แผนงานการพัฒนาวิชาการ พยาบาลสอดคล้องกับนโยบายขององค์กร การศึกษาผลการวิจัยทางการพยาบาลที่มีผลต่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาวิชาการการเผยแพร่ผลงานวิชาการ การวิจัย นวัตกรรมสู่สังคม การส่งเสริมให้มีการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการพยาบาล การวิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยจากแหล่งต่าง ๆ นำมาประยุกต์ใช้ในงานการพยาบาล

มาตรฐานที่ 6 การเกื้อกูลองค์กรและสังคม

ข้อความมาตรฐาน มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการขยายตัวของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยประสานความร่วมมือ และสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรวิชาชีพ ภาควิชา และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ

ดัชนี / ตัวบ่งชี้ การส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระหว่าง
องค์การภายในและภายนอก การประสานความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานขององค์การ
วิชาการ/ภาคีและหน่วยงานต่าง ๆ

จากการศึกษามาตรฐานการประเมินคุณภาพการพยาบาลจากภายนอกนั้น
มาตรฐานที่พยาบาลวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติงานต้องมีบทบาทในการร่วมกำหนดมาตรฐานและปฏิบัติ
ตามมาตรฐานมากที่สุดคือ มาตรฐานคุณภาพการพยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลที่
ถูกต้องตามหลักวิชาการ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ปรากฏผลลัพธ์ที่ดี
แก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งมีดัชนี/ตัวบ่งชี้ที่จะต้องพัฒนา คือ การยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม การใช้
กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่อง การบันทึก
ทางการพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ การได้รับบรรเทาจาก
ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ใช้บริการ
สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ และมีความพึงพอใจ ซึ่งมีความสอดคล้องกันกับการกำหนด
มาตรฐานที่ควรต้องกำหนดให้มีขึ้นในโรงพยาบาลทุกแห่งตามที่กล่าวข้างต้น

เกณฑ์การตัดสินการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายนอก

โรงพยาบาลระดับ 1 หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการวิเคราะห์ส่วนขาดตามมาตรฐานการพยาบาล
มีรายละเอียดดังนี้

1. มีนโยบายการประกันสุขภาพชัดเจนในระดับ Organization wide
2. มีการแต่งตั้งทีมงานและมีเป้าหมายงานชัดเจน
3. มีการสื่อสารนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึง
4. มีกิจกรรมการวิเคราะห์งาน การค้นหาโอกาสในการพัฒนา วิเคราะห์ส่วนขาด
ตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการ
วิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน

โรงพยาบาลระดับ 2 หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการนำผลการวิเคราะห์มาพัฒนาคุณภาพงาน
มีรายละเอียดตามโรงพยาบาลที่ 1 และเพิ่มเติมดังนี้

1. มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยนำผลการวิเคราะห์งานมาใช้
อย่างครบถ้วน
2. แผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลประกอบด้วย
 - แผนพัฒนาบุคลากร
 - แผนพัฒนาคุณภาพบริการทางคลินิก
 - แผนพัฒนาระบบงานและการบริหารการพยาบาล

3. มีการวางระบบการประกันคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม

มีการกำหนดขอบเขตและประเด็นสำคัญที่ต้องปรับปรุงคุณภาพสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดในแผนพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดคู่มือ/วิธีปฏิบัติ หรือมาตรฐานการดูแลที่จำเป็นในประเด็นสำคัญ มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพและเกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ตามประเด็นสำคัญ มีการวางแผนและออกแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาลระดับ 3 หมายถึง โรงพยาบาลที่มีกระบวนการวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาล มีรายละเอียดตามโรงพยาบาลระดับ 2 และเพิ่มดังนี้

1. มีการดำเนินการปรับปรุงกระบวนการทำงานในประเด็นสำคัญของการดูแลที่กำหนดโดยเฉพาะ กระบวนการทำงานที่มีความเสี่ยงสูง กระบวนการทำงานที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ
2. มีการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด
3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
4. มีกิจกรรมการวิเคราะห์ แปลผลข้อมูลเพื่อใช้ในการปรับปรุงต่อเนื่อง

โรงพยาบาลระดับ 4 หมายถึง โรงพยาบาลที่มีกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดตามโรงพยาบาลระดับ 3 และเพิ่มเติมดังนี้

1. มีรายงานผลการวัดและประเมินคุณภาพตามตัวชี้วัดชัดเจน และต่อเนื่องตามเวลาที่กำหนด
2. มีกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
3. มีนวัตกรรมที่เกิดจากการปรับปรุงคุณภาพชัดเจน
4. มีการเผยแพร่นวัตกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

ในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานการพยาบาลได้มีนโยบายการประเมินคุณภาพการพยาบาลโดยองค์กรวิชาชีพตามมาตรฐานที่กำหนดทั้ง 6 มาตรฐาน โดยโรงพยาบาลที่จะขอรับการประเมินให้ส่งแบบประเมินตนเองให้สำนักงานการพยาบาล เพื่อให้ผู้ประเมินคุณภาพการพยาบาลศึกษาข้อมูลการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลก่อนเข้าเยี่ยมชมสำรวจเพื่อประเมิน

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Quality improvement)

การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องนั้นมีเป้าหมายสำคัญ คือ ยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น และมุ่งสู่ความเป็นเลิศ การประกันคุณภาพเป็นเรื่องของการปรับปรุงคุณภาพให้บรรลุเกณฑ์หรือมาตรฐานขั้นต่ำที่ควรให้ได้ ซึ่งทุกองค์กรต้องพัฒนาเพื่อให้ผลลัพธ์อยู่ในค่าเฉลี่ยของเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นการพัฒนาที่ต่อยอดจากการประกันคุณภาพเพื่อก้าวไปสู่องค์กรที่เป็นเลิศต่อไป

(สำนักการพยาบาล, 2547) ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในหน่วยงานที่ต้องนำปัญหาที่วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้แล้ว มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายการปรับปรุง และแนวทางในการแก้ปัญหาตามสาเหตุที่พบ จัดทำแผนการปรับปรุงแก้ไข เก็บข้อมูลเพื่อวัดและประเมินซ้ำ และเฝ้าระวังประเมินคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การต่อ ยอดการประกันคุณภาพมาเป็นการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สรุปได้ 5 ประเด็น (Joint Commission, 1990 cite in Schmele. J. A., 1996) ซึ่งเป็นการแสดงถึงภาวะผู้นำของผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพ

1. การประกันคุณภาพเป็นแรงขับเคลื่อน แต่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เน้นการประเมินตนเองและการปรับปรุงให้ดีขึ้น ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพจะต้องใช้ภาวะผู้นำ ออกแบบคุณภาพโดยยึดความต้องการในการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยทั้งหมดที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย

2. การประกันคุณภาพเน้นที่ปัญหาที่ถูกระบุ แต่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เน้นที่หน้าที่ที่สำคัญและปรับปรุงหน้าที่เหล่านั้นให้ดีขึ้น เมื่อมีปัญหาก็จะถูกขจัดออกไป ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพจะต้องใช้ภาวะผู้นำที่มีเป้าหมายในการสร้างวิสัยทัศน์ในการปรับปรุงการให้บริการ โดยยึดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าเน้นการแก้ไขปัญหา

3. การประกันคุณภาพเป็นการตรวจสอบส่วนหนึ่งขององค์การในส่วนที่ให้บริการผู้ป่วย แต่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นการตรวจสอบระบบของแผนกที่นอกเหนือในการดูแลผู้ป่วยและจากความคิดของผู้ป่วย ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพจะต้องใช้ภาวะผู้นำในการอธิบายหน้าที่ขององค์การที่สำคัญและให้หลักการที่จะสะท้อนความคิดของผู้ป่วยและครอบครัว

4. การประกันคุณภาพเป็นการตรวจสอบคุณภาพการดูแลที่ให้โดยผู้ดูแลแต่ละบุคคล แต่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เน้นที่การให้บริการที่มีคุณภาพและรวมถึงบทบาทหน้าที่และแผนกทั้งหมดของผู้ให้บริการที่จะทำให้วัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยบรรลุผลสำเร็จ ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพจะต้องใช้ภาวะผู้นำโดยดูแลบทบาทและหน้าที่ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

5. การประกันคุณภาพสามารถทำให้มีประสิทธิภาพโดยอาศัยภาวะผู้นำและความรับผิดชอบของแต่ละแผนก แต่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องต้องการภาวะผู้นำทั้งองค์กร ซึ่งเป็นวัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพจะต้องใช้ภาวะผู้นำเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมและกระตุ้นเจ้าหน้าที่ทุกระดับในองค์กรให้เข้าใจและรวมให้เป็นส่วนหนึ่งของความคิดรวบยอดของคุณภาพ

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (อภิญา จำปามูล, 2549)

1. นโยบายและคุณสมบัติของผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับสูงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย และการวางแผนในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล รวมทั้งทำหน้าที่กำกับควบคุมดูแลการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมาย แต่กลับพบปัญหาและอุปสรรค จากการเร่งรีบนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเร็วเกินไป ทำให้เกิดความไม่เข้าใจ และความไม่ชัดเจนในเชิงปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคอีกอย่างหนึ่ง คือ การขาดวิสัยทัศน์ในมุมมองการพัฒนาของผู้บริหารระดับสูง

2. การบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร พบว่ามีความล่าช้าและผิดพลาดบ่อย ไม่มีการประเมินและติดตามว่าได้มีการถ่ายทอดไปสู่ผู้ปฏิบัติครบถ้วนหรือไม่ การจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นระบบ การสะสมความรู้และแลกเปลี่ยนความรู้จนนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ มีน้อย

3. ความร่วมมือและบรรยากาศในการทำงานของบุคลากร ในองค์กรมักจะมี ความแตกแยกขาดความสามัคคี และขาดผู้นำที่จะสามารถทำให้เกิดการประสานความร่วมมือ แต่ละคนต้องดูแลตนเองไม่ให้ทำงานผิดพลาด ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ขาดขวัญกำลังใจ และแรงจูงใจในการทำงาน

4. ภาระงาน บุคลากรจะมีภาระงานประจำอยู่แล้ว เมื่อต้องทำงานพัฒนาคุณภาพไปพร้อมกันจึงรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ขาดความตั้งใจที่จะทำงานพัฒนาอย่างเต็มที่

5. ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพมีน้อย ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. งบประมาณและทรัพยากร ความไม่ชัดเจนในเรื่องของงบประมาณที่จะใช้ในโครงการพัฒนาคุณภาพ และการเลือกใช้นักวิชาการที่ไม่เหมาะสมกับงานขาดการมีภาวะผู้นำ ทำให้ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือของบุคลากรในองค์กรได้

การพัฒนาระบบการบริการทางการพยาบาลเพื่อการประกันคุณภาพจะต้องใช้แนวทางปฏิบัติของมุมมองทั้ง 4 ไปพร้อมๆ กัน (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2545)

มุมมองที่ 1 มุมมองระดับกว้าง คือการมองที่รูปแบบงานการบริการพยาบาล ที่จะต้องตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

1. การบริการพยาบาลแนวส่งเสริมสุขภาพ
2. การบริการพยาบาลแนวป้องกันความเจ็บป่วยที่รุนแรง
3. การบริการพยาบาลแนวทางป้องกันความเสี่ยง
4. การบริการพยาบาลในระยะพักฟื้น

มุมมองที่ 2 มุมมองระดับเล็ก คือการมองได้หลายทิศทาง

1. การบริการพยาบาลที่มุ่งผลิตผล การพยาบาลองค์รวม
2. การปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ครอบครัวเป็นฐาน

มุมมองที่ 3 มุมมองแนวการจัดการ คือการมองที่ตัวระบบของการบริการพยาบาล
เชิงการจัดการที่จะนำไปสู่คุณภาพการพยาบาล

1. การใช้กระบวนการพยาบาล
2. การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล
3. การเยี่ยมชมตรวจทางการพยาบาล
4. รูปแบบการพยาบาล
5. เอกสารการพยาบาล

มุมมองที่ 4 มุมมองเชิงระบบ หมายถึง โครงสร้างการบริหารโดยรวมจะต้อง
เอื้ออำนวยให้การดำเนินงานที่มุ่งสู่คุณภาพเป็นไปได้อย่างคล่องตัว จึงเกี่ยวข้องกับระบบและ
โครงสร้างการบริหาร เช่น การจัดหน่วยงานที่ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ เช่น งานพัฒนา
ระบบการพยาบาล งานวิจัยการพยาบาล งานพัฒนานุเคราะห์พยาบาล

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งภายใต้มุมมองเชิงระบบ คือ ผู้บริหารระดับสูงจะต้องมี
ลักษณะผู้นำเชิงการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leader) (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2545) และ
ใช้วิสัยทัศน์เป็นต้นนำการบริหาร ใช้แนวทางการบริหารเชิงการดูแลและมุ่งดูแลคนเป็นสำคัญ ผู้นำ
องค์การพยาบาลมีโอกาที่จะยับยั้งการเจริญก้าวหน้าหรือทำให้องค์การถอยหลังได้โดยง่าย ผู้นำ
ทางการพยาบาลเชิงการเปลี่ยนแปลงมีไม่เพียงพต่อการพัฒนาวิชาชีพ เท่ากับเป็นการลดคุณภาพ
งานและคุณภาพคนในเวลาเดียวกัน ดังนั้นการประกันคุณภาพด้วยการสร้างระบบการบริการการ
พยาบาลนั้น ผู้นำองค์การมีส่วนสร้างเสริมโดยตรง ตัวผู้นำสูงสุดในองค์กรจึงเป็นตัวแปรสำคัญใน
ระบบประกันคุณภาพ

2.4 ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

การประกันการพยาบาลที่จัดขึ้นในองค์กรนั้น นอกจากจะมีจุดประสงค์เพื่อให้
บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการพยาบาลแล้ว ยังเกิดประโยชน์ในด้านอื่น ๆ ดังต่อไปนี้
(กุลยา ตันติผลลาชีวะ, 2536 อ้างถึงใน นางคัตดาว มาด้วง, 2550) คือ

1. สร้างความเชื่อถือในการบริการพยาบาลให้แก่สังคม
2. ยกระดับมาตรฐานการพยาบาลว่าเป็นบริการทางสุขภาพที่มีความสำคัญต่อ
การจัดบริการทางสุขภาพของโรงพยาบาล หรือหน่วยงานที่จัดบริการทางสุขภาพ

3. สร้างความเป็นวิชาชีพ โดยมุ่งให้บริการพยาบาลอย่างสมเหตุสมผล ใช้กระบวนการพยาบาลโดยยึดมาตรฐานของการปฏิบัติทางวิชาชีพอย่างชัดเจน

การประกันคุณภาพการพยาบาลนอกจากจะมีประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลในเชิงพัฒนาวิชาชีพแล้ว ยังเกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน และต่อการปฏิบัติงานดังนี้ คือ (บุปผา อธิธิมณฑล, 2537 อ้างถึงในนภางค์ดาว มาด้วง, 2550)

1. ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความตื่นตัว มีความรู้ความเข้าใจในงาน มีความพร้อม ที่จะรับการตรวจสอบและสามารถชี้แจงงานของตนได้
2. ผู้บริหารทราบระดับความรู้ความสามารถที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงาน
3. ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสนใจหน้าที่ มีความมั่นใจ และมีโอกาสได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถสูง มีขวัญและกำลังใจในการทำงานเกิดความรู้สึกผูกพันกับงานที่ตนเองมีส่วนร่วมในผลสำเร็จของงาน
4. ทำให้ทราบว่าผลที่ออกมาเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ และงานสำเร็จตามแผนงานโครงการหรือไม่
5. ช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแก้ไขให้มุ่งไปสู่เป้าหมาย คือ การจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ประชาชน

ประโยชน์ของการพยาบาลที่มีคุณภาพ

1. ผู้ใช้บริการได้รับบริการพยาบาลที่ปลอดภัย ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยง และอัตราการตาย ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล
2. ลดความวิตกกังวลของครอบครัวและญาติ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเฝ้าดูแลผู้ป่วย
3. ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และมีพลังปัญญาในการพัฒนาประเทศชาติให้ก้าวหน้า
4. โรงพยาบาลได้รับผลกำไรเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ใช้บริการและผู้ประกันตนมีจำนวนเพิ่มขึ้น
5. ผู้ให้บริการได้รับการแบ่งปันผลประโยชน์จากโรงพยาบาล จากการได้รับผลกำไรเพิ่มขึ้น เช่น การรับโบนัส และสวัสดิการ
6. วิชาชีพพยาบาลได้รับการยอมรับจากบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้ใช้บริการ
7. ลดงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศชาติ

3. บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพเป็นภารกิจสำคัญที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องกำหนดให้มีการวางระบบนี้ขึ้น และสำหรับทางการพยาบาลจัดเป็นหน้าที่รับผิดชอบของผู้บริหารทางการพยาบาลในการอำนวยความสะดวกให้ระบบนี้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นกิจกรรมคุณภาพที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะมีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานตลอดเวลา และมีกระบวนการที่ชัดเจนไว้ซึ่งระดับคุณภาพที่คาดหวัง

เนื่องจากการบริการพยาบาลมีขอบเขตที่กว้างขวาง ทั้งด้านการบริหารพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้น ในการดำเนินงานทั้ง 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การกำหนดมาตรฐาน การปฏิบัติตามมาตรฐาน การวัดและประเมินคุณภาพและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอนและมีแบบแผน โดยยึดมาตรฐานเป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลนั้น กองการพยาบาล (2544) เสนอให้ใช้รูปแบบ “โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลระดับหน่วยงาน” (Unit – Base Quality Assurance Program) ซึ่งนำเสนอโดย The Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH, 1986 อ้างถึงใน กองการพยาบาล, 2544) และในปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ เป็นที่ยอมรับว่าการดำเนินงานในลักษณะนี้ช่วยให้มีการขยายขอบเขตการประกันคุณภาพการพยาบาลให้บุคลากรในหน่วยงานได้ร่วมกันคิดค้นวิธีการแก้ไขปัญหาและป้องกันข้อผิดพลาดในหน่วยงาน หรือมีนวัตกรรมในการปรับปรุงคุณภาพในประเด็นสำคัญที่หน่วยงานให้บริการอย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งในการดำเนินงานอาจกำหนดในรูปของคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน

แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในระดับหน่วยงานมีทั้งหมด 10 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดและวิธีการปฏิบัติดังนี้

1. ระยะการกำหนดมาตรฐานและการปฏิบัติตามมาตรฐาน แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมอบหมายผู้รับผิดชอบ (Assign Responsibility)

ผู้นำขององค์กรมีบทบาทความรับผิดชอบในการดูแล สนับสนุนให้มีการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การกำหนดกลยุทธ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงคุณภาพ และการมอบหมายความรับผิดชอบตามรูปแบบการจัดองค์กรเพื่อการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาล ซึ่งกรณีหน่วยงานมีขอบเขตบริการที่กว้างขวาง แต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาลยังอาจจะมอบหมายหน้าที่แก่สมาชิกในคณะทำงาน โดยแบ่งทีมย่อยเพื่อเป็น

ผู้รับผิดชอบในการกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติ วัดประเมินและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในแต่ละเรื่อง หรือแต่ละประเด็นที่จะประกันคุณภาพเพิ่มเติมอีกก็ได้

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดขอบเขตของการบริการพยาบาล (Delineate Scope of care)

การกำหนดขอบเขตของการบริการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้แต่ละหน่วยงานสามารถเลือก หรือ ระบุได้ว่าควรมีการดำเนินการประกันคุณภาพ หรือ เฝ้าระวังคุณภาพในด้านใด ทั้งนี้เพราะภารกิจของแต่ละหน่วยงานในการจัดบริการพยาบาลมีความแตกต่างกัน ดังนั้นคำถามนำที่มักใช้เพื่อการกำหนดขอบเขตของการบริการพยาบาล ก็คือ “อะไรคืองานหรือ บริการพยาบาลที่สำคัญที่หน่วยงานของเราจัดให้แก่ ผู้ป่วย หรือ ผู้ใช้บริการ” ซึ่งพิจารณาจาก

1) ลักษณะผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการที่หน่วยงานให้บริการ (Patient Population) เช่น กลุ่มผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรค 5 อันดับแรกของหน่วยงาน หรือตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยระยะพักฟื้น

2) สถานที่ และเวลาที่ให้บริการ เช่น บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ตลอด 24 ชั่วโมง บริการพยาบาลผู้ป่วยนอกระยะภายหลังแพทย์ตรวจ หรือห้องผ่าตัด ห้องคลอด เป็นต้น

3) สำหรับด้านการบริหารการพยาบาล คณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลอาจกำหนดขอบเขตของเรื่องที่จะดำเนินการประกันคุณภาพตามลักษณะงาน เช่น การจัดการด้านกำลังคน การบริหารจัดการระบบการดูแล การพัฒนาคุณภาพการดูแล เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การระบุประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาลและกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติ (Identify Important Aspect of Care & Establish Standard) ประกอบด้วย

(1) การระบุประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาล คือ การกำหนดประเด็นสำคัญที่หน่วยงานต้องการปรับปรุงคุณภาพ หรือจำเป็นต้องปรับปรุงและประกันคุณภาพ ซึ่งอาจวิเคราะห์จากกระบวนการหลักของการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้โดยมีคำถามนำ ที่สำคัญคือ “อะไรคือสิ่งที่สำคัญที่สุดที่เราทำ เพื่อผู้ป่วย” และทีมงานจะต้องเลือกประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาลที่จะมีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาลมาจัดการก่อน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกประเด็นสำคัญจาก

ก. เรื่องที่มีความเสี่ยงสูง (High risk)

ข. เรื่องที่มีปริมาณในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเป็นจำนวนมาก (High Volume)

ค. เรื่องที่มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหา (Problem Prone)

ง. เรื่องที่มีค่าใช้จ่ายสูง (High Cost)

(2) การกำหนดมาตรฐาน/วิธีปฏิบัติงานและการวางระบบหรือแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน ในประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาล ซึ่งเมื่อคัดเลือกเรื่องที่เป็นประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาลได้แล้ว คณะกรรมการ/คณะทำงานประกันคุณภาพการพยาบาลต้องร่วมกันวางแผนและกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น โดยดำเนินการดังนี้

- วิเคราะห์กระบวนการหรือวิธีปฏิบัติที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลหรือไม่ เป็นไปตามหลักการทางวิชาการที่ทันสมัยหรือไม่ ผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่เป็นอยู่เป็นไปตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพในมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลหรือไม่

- กรณีที่พบว่า แนวทางที่ปฏิบัติอยู่มีข้อดีและมีความสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล มีความทันสมัย คณะกรรมการ/คณะทำงานอาจพิจารณาทบทวนบางส่วนเพื่อให้มั่นใจว่าจะนำไปสู่ระดับคุณภาพที่พึงประสงค์

- กรณีที่พบว่า แนวทางที่ปฏิบัติอยู่มีข้อบกพร่องไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน คณะกรรมการ/คณะทำงานฯ ควรดำเนินการศึกษาและร่วมกันทบทวนจัดทำแนวทางปฏิบัติใหม่ เพื่อให้มั่นใจว่าหากนำไปปฏิบัติจะนำไปสู่ระดับคุณภาพที่พึงประสงค์

หมายเหตุ แนวทางปฏิบัติหรือมาตรฐานการทำงานที่กำหนดนี้อาจอยู่ในรูปแบบของคู่มือปฏิบัติงาน ระเบียบปฏิบัติ หรือแนวทางปฏิบัติ หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วย เช่น Standard Nursing Care Plan, Clinical Practice Guideline หรือ Care Map เป็นต้น โดยอาจนำแนวทางปฏิบัติที่ระบุไว้ในมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลของกองการพยาบาลเป็นแนวทางในการกำหนด

- วางแผนการนำไปใช้ โดยการชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ กำหนดระยะเวลาการนำไปใช้และการประเมินผล จัดหาและสนับสนุนด้านทรัพยากรหรือจัดระบบสนับสนุนที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน

- ประกาศทดลองใช้มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล (Determine Indicator to Measure Standard)

เป็นขั้นที่กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล เพื่อการวัดและประเมินคุณภาพการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้น ในแต่ละประเด็นสำคัญของการบริการพยาบาลที่เลือกมาในขั้นตอนที่ 3 คณะกรรมการ / คณะทำงาน อาจเลือกเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพที่กำหนดไว้ในมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลมาใช้ในการวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาล โดยพิจารณาจากเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพของแต่ละหน่วยบริการหรืออาจพิจารณากำหนดเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็นของ

แต่ละหน่วยงาน ซึ่งในการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล (The Joint Commission, 1988 อ้างถึงในกองการพยาบาล, 2544) โดยทั่วไปอาจกำหนดจาก

(1) มาตรฐานการดูแล หรือ มาตรฐานการปฏิบัติการ ทั้งมาตรฐานเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

(2) การศึกษาวิจัย หรือ ข้อเสนอขององค์กรที่มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมคุณภาพ หรือจากการทบทวนและเลือกตัวชี้วัดจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

(3) สมาชิกในทีมพัฒนาคุณภาพหรือคณะทำงานประกันคุณภาพร่วมกันวิเคราะห์และ กำหนดตัวชี้วัดจากปัญหาและเป้าหมายของหน่วยงาน

การแบ่งประเภทตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลของ Donabedian (1982 อ้างถึงใน กองการพยาบาล, 2544) แบ่งไว้ ดังนี้

(1) ตัวชี้วัดคุณภาพด้านโครงสร้าง (Structure Indicators)

(2) ตัวชี้วัดคุณภาพด้านกระบวนการ (Process Indicators)

(3) ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

ส่วนThe Joint Commission (1988 อ้างถึงใน กองการพยาบาล, 2544) ได้แบ่งตัวชี้วัด เป็น 2 ประเภท คือ

(1) ตัวชี้วัดเฉพาะอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือ อันตรายร้ายแรง (Sentinel event Indicators)

(2) ตัวชี้วัดที่เป็นอัตราเปรียบเทียบ (Rate-based indicators)

ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดเกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ (Establish Threshold)

การกำหนดเกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้เป็นการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพในระดับที่สูงขึ้นตามตัวชี้วัดที่กำหนด ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

(1) เกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ ควรเป็นจริง/ เป็นไปได้ ตรวจสอบได้

(2) เกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ เป็นจุดที่ใช้ในการเริ่มต้นประเมินตรวจสอบ หรือ ทบทวน มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานและตัวชี้วัด (Indicator) เป็นขอบเขตของการยอมรับคุณภาพ และการเบี่ยงเบนตามมาตรฐานที่กำหนด

(3) เกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้นี้อาจสูงมาก หรือต่ำมากได้ หากเกณฑ์ชี้วัดนั้นใช้ สำหรับการวัดระดับการบริการพยาบาลที่บ่งชี้คุณภาพด้านที่สำคัญ

(4) เกณฑ์ระดับคุณภาพที่กำหนดอาจปรับเปลี่ยนได้ตามผลการปรับปรุงและพัฒนา ไม่ใช่การกำหนดตามสภาพปัจจุบัน แต่ควรกำหนดไว้ในระดับคุณภาพที่สูงกว่าเพื่อให้เป็นจุด

เปรียบเทียบในการปรับปรุง หรือเป็น Benchmarking ที่ควรพัฒนาไปให้ถึง ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ระยะการวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 6 การเก็บรวบรวมและการจัดการข้อมูล (Collecting & Organizing Data)

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพการพยาบาลและการวางแผน แก้ไขปรับปรุง ซึ่งการดำเนินงานตามรูปแบบการประกันคุณภาพระดับหน่วยงานนี้ ให้เก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางการวัดและประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพแต่ละตัว โดยคณะทำงานควรมีการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- (1) จำแนกข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวม
- (2) กำหนดแหล่งข้อมูลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- (3) กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- (4) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง
- (5) มอบหมายผู้ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 7 การวิเคราะห์และประเมินผลคุณภาพการพยาบาล (Analyzing & Evaluate care)

เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับปรุงคุณภาพ โดยอาศัยกระบวนการทางสถิติเข้ามาช่วยเพื่อให้มีการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลอย่างแท้จริง เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดแล้ว นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ว่าเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ ถ้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์นั้นมิสาเหตุจากอะไร ควรแก้ไขอย่างไร

3. ระยะการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แบ่งออกเป็นขั้นตอนที่ 8 ถึงขั้นตอนที่ 10 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 8 การแก้ไขข้อบกพร่องและการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล (Corrective Action & Improve Care)

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้แล้ว คณะกรรมการ/คณะทำงานฯ จะต้องร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายของการปรับปรุง และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหามาตามสาเหตุที่ค้นพบ วางแผนดำเนินการแก้ไข ปรับปรุง ทดลองดำเนินการแก้ไขปรับปรุงคุณภาพ ในขั้นตอนนี้จะต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะต้องทำอะไร อย่างไร เมื่อไร โดยใคร และ

จะเก็บข้อมูลเพื่อวัดและประเมินผลซ้ำอย่างไร ทั้งนี้โดยการนำเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพที่กำหนดไว้ในขั้นตอนที่ 4-5 มาใช้ รวมทั้งแนวทางในการรายงานผลด้วย

ขั้นตอนที่ 9 การเฝ้าระวังและการประเมินผลคุณภาพการพยาบาลต่อเนื่อง (Monitoring & Re-evaluation of care)

เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งนอกจากจะใช้สะท้อนและควบคุมระดับคุณภาพการพยาบาลไม่ให้ลดลงแล้ว ยังเป็นส่วนผลักดันให้เกิดการเพิ่มคุณภาพได้อีกด้วย การเฝ้าระวังและการประเมินผลคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอาศัยทั้งวิธีการวัดและประเมินแบบปัจจุบันและย้อนหลัง เมื่อพบว่าข้อมูลที่รวบรวมได้ขัดแย้งกัน / ไม่สอดคล้องจะต้องมีการทบทวนความถูกต้องของการเก็บรวบรวมข้อมูลทันทีเพื่อให้สามารถนำ ข้อมูลที่รวบรวมได้มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

การเฝ้าระวังและการประเมินผลคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพครบวงจร หมายถึง กระบวนการใช้ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวัง วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์หรือแนวโน้มของปัญหาและนำ มาใช้แก้ไขปรับปรุง / พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่ขั้นตอนของการรายงานผลอันเป็นการสรุปผลจากการเฝ้าระวังและการประเมินผลคุณภาพรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเป็นระยะ ๆ นั่นเอง

ขั้นตอนที่ 10 การรายงานผลการประกันคุณภาพการพยาบาล (Communicate results)

(1) เมื่อคณะทำงานประกันคุณภาพการพยาบาลระดับหน่วยงาน / หอผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผลคุณภาพการพยาบาล ผู้ประสานงานคณะทำงานฯ รวบรวมผลของการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวรายงานส่งให้ผู้ประสานงานคณะกรรมการฯ ระดับกลุ่มงาน นำเสนอต่อคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของการพยาบาลทุก 6 เดือน (เดือนมิถุนายนและธันวาคม)

(2) คณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลพิจารณาความถูกต้องของข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ / ปัญหา / แนวโน้มของปัญหา รวมทั้งวางแผนการดำเนินการแก้ไข/ปรับปรุงและการสนับสนุนแก่คณะทำงานระดับหน่วยงาน / หอผู้ป่วยในการปรับปรุง/พัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

(3) ผู้ประสานงานการประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล สรุปข้อมูลสถานการณ์รวมทั้งแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหา/การปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ ไปยังทีมองค์กรพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

(4) หัวหน้าพยาบาล (ประธานคณะกรรมการ) นำเสนอรายงานในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

(5) ผู้ประสานงานการประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพ และแผนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลไปยังกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเดือนมิถุนายนของทุกปี

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

จากการศึกษาของ เสาวภา สรานพกุล (2545) พบว่าประสพการณ์การทำงานของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ศรีรัชัญญา สอดคล้องกับการศึกษาของรัชดาภรณ์ กาญจนเสถียร (2548) พบว่าประสพการณ์การทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาล การศึกษาของอุษณีย์ ฝ้ายอุปปละ (2546) พบว่าระดับการศึกษา และจำนวนเรื่องของการได้รับการอบรมเกี่ยวกับพัฒนาคุณภาพบริการมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล สอดคล้องกับสราวุฒิ คณะไชย (2548) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ แต่ผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของนุสรา อาจณรงค์ (2542) พบว่า ระดับการศึกษา ประสพการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนเขต 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ดวงอุไร (2545) พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของพยาบาลประจำการ วันเพ็ญ แก้วปานและคณะ (2547) พบว่าวุฒิการศึกษาและประสพการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ สรวุฒิ คณะไชย (2548) พบว่าประสพการณ์การทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ และรัชดาภรณ์ กาญจนเสถียร (2548) พบว่า ระดับการศึกษาและการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาล จากการศึกษาจึงยังไม่พบข้อสรุปที่แน่ชัดในเรื่องของปัจจัยส่วนบุคคล

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆกับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

อุทัย น้อยพรหม (2545) ศึกษาโดยการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลหัวหน้างานและพยาบาลผู้ปฏิบัติกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษเกี่ยวกับการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาล พบว่า

(1) ความคิดเห็นของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษต่อภาพรวมการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าความคิดเห็นด้านการเตรียมการและการจัดการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับดี ด้านการดำเนินงานตามขั้นตอนอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการประเมินผลการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

(2) พยาบาลที่สังกัดโรงพยาบาลที่มีขนาดต่างกันมีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลแตกต่างกัน อย่างมีนัย สำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงขึ้นไปและโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีการดำเนินงานดีกว่าโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง

(3) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงาน ขาดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล ขาดการเตรียมบุคลากร บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจ ไม่ให้ความสำคัญ ขาดแคลนบุคลากร ภาระงานมากเกินไป และลักษณะงานเป็นเวร เช้า บ่าย ค่ำ

ส่วนข้อเสนอแนะในการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลนั้น ควรมีการอบรมเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาลมีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน มีโรงพยาบาลนำร่องพัฒนาเป็นเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างโรงพยาบาล ผู้บริหารเห็นความสำคัญ และปฏิบัติอย่างจริงจัง

จิตรศิริ ชันเงิน (2547) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่ประกอบด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ลงมือปฏิบัติและสะท้อนคิด เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และศึกษาเอกสารการพัฒนาคุณภาพ ใช้ content analysis ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมระยะเวลา พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ วัฒนธรรมองค์กรที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพในเรื่องการจัดการสื่อสาร ระบบอาวุโส และการขาดการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีจุดแข็ง ได้แก่ ศักยภาพของบุคลากร ความผูกพันเอื้ออาทร และความเชื่อมั่นในผู้บริหาร การจะพัฒนาคุณภาพบริการ ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าควรเริ่มจากการปรับกระบวนการทัศน์โดยการมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมแก้ปัญหา สร้างให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรเกิดความมั่นใจ ภาคภูมิใจและมีความสุขในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพมากขึ้น

สราวุฒิ ทณะไชย (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมี 5 ขั้นตอนของโคเฮนและ

อัพฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1984) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ โดยกลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรทุกระดับโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ และประสบการณ์ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ ระดับการศึกษา ตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการแบบ TQM พบว่า ด้านการบริหารจัดการ (ของเฮนรี ฟาโยล์ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การบังคับบัญชาสั่งการ การประสานงาน และการควบคุม) ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านการใช้เวลาและด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ

ตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ ของบุคลากร ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านการใช้เวลาทำนาร่วมกันได้ ร้อยละ 56.9

นภางค์ดาว มาด้วง (2550) ศึกษา พบว่าการดำเนินงานประกันคุณภาพ บรรยายภาพการสื่อสารในองค์กรและแรงจูงใจโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Frederic Hergberg (1957) ในการดำเนินงานประกันคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 13 พบว่าอยู่ในระดับมาก และพบว่าบรรยายภาพการสื่อสารในองค์กรและแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานประกันคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขต 13 ระดับปานกลาง $r = 0.66$ และระดับสูง $r = 0.70$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ ขวัญราตรี ไชยแสง (2544) ศึกษาพบว่าแรงจูงใจโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Frederic Hergberg (1957) มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของ พยาบาลวิชาชีพในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ $r = 0.651$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเป็นการดำเนินงานตามขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนทางปฏิบัติการปฏิบัติตามระบบ การวัดและตรวจสอบระบบและการแก้ไขปรับปรุงระบบ โดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนิก (2539) ซึ่งมีทั้งหมด 9 ข้อ

รัชดาภรณ์ กาญจนเสถียร (2548) ศึกษาแรงจูงใจของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของแม็คคลีแลนด์ ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการอำนาจ และความต้องการความผูกพัน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง $r = 0.46$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาล ซึ่งมีองค์ประกอบเหมือนกันการประกันคุณภาพการพยาบาล โดยมีการจัดระบบการควบคุมคุณภาพ

การบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์อยู่ในระดับปานกลาง แต่แรงจูงใจอยู่ในระดับสูง

ชัยศรี กล้าณรงค์ (2548) ศึกษาปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนโดยใช้ทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอรัชเบอร์ก ซินเดอร์แมนและมัวส์เนอร์ (Herzberg, Snyderman & Maunsner, 1959) กับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพตามกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณูจนาภิเษกและมาตรฐานโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง 11 องค์ประกอบของพยาบาล โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่า ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

แจ่มจิตต์ เทพนามวงศ์ (2540) ศึกษาพบว่าความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม 7 กิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.31, P < 0.001$ ทั้งสองตัวแปร) สอดคล้องกับ อารีญา นิศธร (2550) ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความรู้ และทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.41$ และ 0.43 ตามลำดับ) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การรับเวร การมอบหมายงาน การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งศึกษาพบว่าระบบสนับสนุนขององค์กรและการได้รับการนิเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.75$ และ 0.41 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาล เรียงตามลำดับ ได้แก่ ระบบสนับสนุนขององค์กร ทักษะ ความรู้ และการได้รับการนิเทศ โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 24.9

สุรีย์ ธาดทองเหลือง (2542) ศึกษาพบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาล แต่ทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.299$)

ศรันยา มรกตศรีวรรณ (2543) ศึกษาพบว่าความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยและระบบสนับสนุนขององค์กรมีความสัมพันธ์การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.21, 0.26, 0.38$ และ 0.44 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ ระบบ

สนับสนุนขององค์กร ความรู้ และพฤติกรรมกรณีเทศกาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถร่วมกัน ทำนายได้ร้อยละ 24.30

นุสรุ อาจนรงค์ (2542) ศึกษาการมีนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวกับคุณภาพ บริการพยาบาล เอกสาร การฝึกอบรม และการจัดระบบบริหารจัดการในหน่วยงานโดยการสุ่ม สอบถามพยาบาลวิชาชีพเวรเช้าในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 259 คนในโรงพยาบาลชุมชนเขต 1 พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการพยาบาล

จินตนา รัตนสินธ์ (2549) ศึกษาโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่คัดสรรแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกจำนวน 10 ราย พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาล ประกอบด้วย บุคลากรที่มีคุณภาพมีความรู้ มีคุณธรรม จริยธรรม การมีนโยบาย ที่ชัดเจน ผู้บริหารให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากร รวมทั้งการมีเครื่องมือที่เพียงพอ

4.3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

สุลัดดา พงศ์รัตนมาน (2542) ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลตามแนวคิดของเดมมิง 14 ประการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ประจำการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 301 คน ในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 12 แห่งที่เข้าร่วม โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลงและการแลกเปลี่ยนกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของ หัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมี ค่า $r = 0.773$ และ 0.749 ตามลำดับ และภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติ กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า $r = 0.785$

กัญญาไม้ ธิพรพรรณ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ กับการดำเนินงานของ พยาบาลประจำการในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวง สาธารณสุขทั้งหมดจำนวน 7 แห่ง โดยศึกษาในพยาบาลประจำการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 193 คน พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ศึกษาโดยใช้แนวคิดของ Burn (1978), Bass (1985), Bennis & Nanus (1985), Bass & Avolio (1994) ของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานใน 4 ขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพ คือ Plan Do Check และ Action ของพยาบาลประจำการในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน โรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก (2539) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.481$, $P\text{-Value} < 0.01$) โดยมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการอยู่ใน

ระดับสูง ส่วนการดำเนินงานของพยาบาลประจำการในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง

อัญชลี ดวงอุไร (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย การรับรู้ชัดเจนในนโยบายขององค์กร กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 20 แห่ง โดยศึกษาในพยาบาลประจำการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน พบว่าการรับรู้ชัดเจนในนโยบายซึ่งประกอบไปด้วยเป้าหมาย แนวทางในการดำเนินงาน และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.280$) ส่วนภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ศึกษาโดยใช้แนวคิดของ Bass 1985 โดยศึกษาตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.282$ และ 0.411 ตามลำดับ)

สัจจา อำพันพงษ์ (2546) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาล กับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ 161 แห่ง โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 359 คน พบว่าภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ศึกษาโดยใช้แนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยนของ Bass (1985) และ Bass & Avolio (1994) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดของเดมมิง 14 ประการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.23$ และ 0.30 ตามลำดับ) โดยมีการเสริมแรงทางลบอย่างเหมาะสม การสร้างบารมี และการคำนึงถึงความเป็นเอกบุคคล เป็นตัวแปรตามร่วมพยากรณ์การปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 12

เสาวภา สรานพกุล (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการสู่การรับรองคุณภาพในโรงพยาบาลของ บุคลากร โรงพยาบาลศรีธัญญาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 335 คน โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ภาวะผู้นำขององค์กร ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ความผูกพันองค์กร และการยอมรับและต้องการมีส่วนร่วม กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพ ในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ความผูกพันองค์กร และการยอมรับและต้องการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.141, 0.192$ และ 0.205 ตามลำดับ) ส่วนความรู้เกี่ยวกับ

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ภาวะผู้นำขององค์กร ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เพทาย นภานุเคราะห์ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำ การ ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 160 คน พบว่าภาวะผู้นำโดยใช้แนวคิดของ Kouzes & Posner (1995) ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพการบริการ พยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.46$) โดยมี ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการสนับสนุน ส่งเสริมให้หัวหน้า หอผู้ป่วยมีการพัฒนาภาวะผู้นำ ด้านการเสริมสร้างกำลังใจให้แก่พยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยในอย่างมีคุณภาพ และผู้ให้บริการ พึงพอใจในบริการที่ได้รับ

Laohavichien, T., et al. (2009) ศึกษาพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้จัดการ คุณภาพของบริษัทใน United States มีอิทธิพลต่อโครงสร้างพื้นฐานและการบริหารคุณภาพซึ่งเป็น ปัจจัยในการปรับปรุงคุณภาพของบริษัท ส่วนภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน ไม่มีอิทธิพลต่อการปรับปรุง คุณภาพของบริษัท

Zagorsek, H., et al. (2009) ศึกษาพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบต่อ องค์ประกอบทั้ง 4 ประการของการเรียนรู้ในองค์กรมากกว่าภาวะผู้นำการแลกเปลี่ยน โดยเฉพาะ การได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารและผลการเปลี่ยนแปลงกระบวนการรับรู้และพฤติกรรมจะกระทบอย่าง ชัดเจนมากกว่าองค์ประกอบการกระจายข้อมูลข่าวสารและการตีความข้อมูลข่าวสาร

Rowold, J. and Heinitz, K. (2007) ศึกษาพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและ ภาวะผู้นำแบบมีบารมีเพิ่มผลกระทบของภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยนต่อผลสำเร็จของงาน เช่น ความพึงพอใจ สิ่งที่เพิ่มขึ้นมาคือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและภาวะผู้นำแบบมีบารมีมีความพิเศษ ที่ช่วยให้ผลสำเร็จของงานมีมากกว่าและเหนือกว่าภาวะผู้นำแบบอื่นๆ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีผลกำไรหรือผลประโยชน์เหนือกว่าภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลไม่พบข้อสรุปที่แน่ชัดในเรื่องของความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาล

ในด้านปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพ การพยาบาลพบว่าควรเริ่มจากการปรับกระบวนการทัศน์โดยการมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมแก้ปัญหา

โดยตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ ของบุคลากร ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ เช่น ความไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงาน ขาดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล ขาดการเตรียมบุคลากรซึ่งเป็นด้านบุคลากร และด้านการใช้เวลา

ในด้านแรงจูงใจพบว่ามีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาล ส่วนในด้านความรู้และทัศนคติ และการรับรู้ นโยบายที่ชัดเจนมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่จะนำไปสู่การประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

ในด้านปัจจัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พบว่ามีผู้ศึกษาไว้แต่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ส่วนผู้ที่ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนเป็นการศึกษาภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาล ยังไม่พบการศึกษาภาวะผู้นำในหัวหน้างาน โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งเป็นเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ภาวะผู้นำกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลปีกาญจนาภิเษก การบริหารคุณภาพตามแนวคิดของ Deming หรือตามแนวคิดของ Total Quality Management ซึ่งยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติกิจกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ