

Scan

**ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราค่าจ้างกับอัตราการเกิดผลกดทับ  
และความพึงพอใจในงานของพยาบาล**

**นางรณมณ พงศ์ภัทรพร**

**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

**พ.ศ.2550**

**The Relationship between Nurse Staffing, Incident Rate of Decubitus Ulcer and  
Nurses' Job Satisfaction**

**Mrs. Ramon Pongpattaraporn**

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

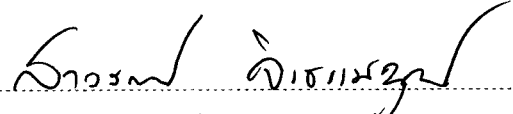
School of Nursing

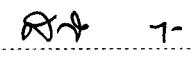
Sukhothai Thammathirat Open University

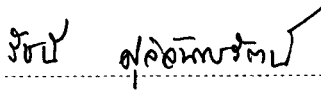
2007

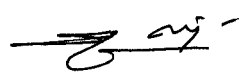
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างอัตรากำลังกับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความ  
พึงพอใจในงานของพยาบาล  
ชื่อและนามสกุล นางรณณ พงศ์ภัทรพร  
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล  
2. รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์  
3. รองศาสตราจารย์ ดร.สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

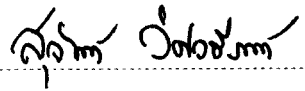
  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์  
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา  
การบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

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

วันที่ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2551

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ความสัมพันธ์ระหว่างอัตรากำลังกับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงาน  
ของพยาบาล

**ผู้วิจัย** นางรณณ พงศ์ภัทรพร ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2) รองศาสตราจารย์

ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ (3) รองศาสตราจารย์ ดร.สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล ปีการศึกษา 2550

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตรากำลัง ได้แก่ (1) ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด (2) ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน (3) จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลาง

ประชากรประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคกลาง สุ่มเลือกได้จำนวน 3 แห่ง จาก 6 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลที่ศึกษาจำนวน 20 แห่ง เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกภาระงานของพยาบาล แบบรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อ และทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจ พบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อระหว่าง 0.80-1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกับอัตราการเกิดแผลกดทับ และ ความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2) ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับอัตราการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.55, p < 0.05$ ) (3) ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับอัตราการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.64, p < 0.01$ ) (4) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.48, p < 0.05$ )

**คำสำคัญ** อัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ อัตราการเกิดแผลกดทับ ความพึงพอใจในงานของพยาบาล



**Thesis title:** The Relationship between Nurse Staffing, Incident Rate of Decubitus Ulcer and Nurses' Job Satisfaction

**Researcher:** Mrs. Ramon Pongpattaraporn **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:**(1) Dr.Somjai Puttapitukpol, Associate Professor; (2) Dr.Rachanee Sujijantararat, Associate Professor; (3) Dr Supim Sripunvoraskul, Associate Professor; **Academic year:** 2007

### ABSTRACT

The purposes of this descriptive study were to explore the relationship among nurse staffing including 1) percentage of registered nurses, 2) nursing hour per patient day, 3) work hour per week and incident rate of decubitus ulcer and job satisfaction of nurses who incharged in tertiary public hospital in middle part of Thailand.

The population was six tertiary public hospitals in middle part of Thailand. Three hospitals were randomly selected. The study conducted in twenty medical, surgical and orthopedic in-patient wards from studied hospitals. The instruments consisted of the form to report the work load of professional nurses, decubitus ulcer incident of the patients and nurses' job satisfaction questionnaire. Content validity of each instrument was evaluated by five experts. In addition, content validity index and reliability were calculated for nurses's job satisfaction questionnaire. Content validity index of each item ranged from 0.80-1.00. The conbrach's alpha reliability was 0.94. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage and Pearson's product moment correlation.

The findings were as follow. (1) There was no significantly different among the percentage of register nurses, the incident rate of decubitus ulcer of the patients and nurses' job satisfaction. (2) There was moderate negative significant correlation between nursing hour per patient day and incident rate of decubitus ulcer ( $r=-0.55$ ,  $p<0.05$ ); In addition, the nursing hour per patient day did not have significant correlated with nurse's job satisfaction. (3) There was moderate positive significant correlation between the work hour per week and incident rate of decubitus ulcer ( $r = 0.64$ ,  $p < 0.01$ ) and moderate negative significant correlation with nurse's job satisfaction( $r=- 0.48$ ,  $p<0.05$ )

**Key word:** Nurse staffing, Incident rate of decubitus ulcer, nurses' job satisfaction

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ศุภจินทรรัตน์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำทั้งทางด้านวิชาการ การตรวจติดตาม และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้งานวิจัยมีความถูกต้องและมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย อาจารย์กฤษดา แสงวงดี อาจารย์เทวี รักวานิช อาจารย์สุกานดา นิมทองคำ และอาจารย์วรณีนุญช่วยเหลือ ที่กรุณาสละเวลาเพื่อการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และเพื่อนนิสิตรุ่นที่ 1 ที่ให้ความช่วยเหลือและคอยให้กำลังใจ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของกลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ที่ทำการศึกษา ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และสุดท้ายขอขอบคุณครอบครัวที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจมาโดยตลอด จนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

รณณ พงศ์ภัทรพร

กรกฎาคม 2551

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฉ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
ปัญหาการวิจัย .....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	7
กรอบแนวคิดทางทฤษฎี .....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	11
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลัง .....	12
แนวคิดด้านคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล .....	25
แนวคิดเกี่ยวกับการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในเรื่องแผลกดทับ .....	31
ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในเรื่องความพึงพอใจในงานของพยาบาล .....	42
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	64
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	
ประชากร .....	64
เครื่องมือในการวิจัย .....	67
ขั้นตอนในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล .....	70
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	72
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	75
สถานภาพของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง .....	75
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานหรือประเด็นปัญหา .....	76

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	99
สรุปการวิจัย .....	99
อภิปรายผล .....	103
ข้อเสนอแนะ .....	124
บรรณานุกรม .....	126
ภาคผนวก .....	148
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....	149
ข เอกสารรับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	151
ค แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล .....	153
ง แบบรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับ .....	161
จ แบบบันทึกภาระงานประจำหอผู้ป่วย .....	165
ฉ ตัวแปรเชิงปริมาณที่นำมาหาความสัมพันธ์มีการแจกแจงแบบปกติ .....	167
ช ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตราการเกิดแผลกดทับและความพึงพอใจใน งานของพยาบาล .....	169
ซ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวน ไอที่ต่อเดือน .....	171
ประวัติผู้วิจัย .....	173

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวนหอผู้ป่วยที่ศึกษาจากโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง .....	65
ตารางที่ 3.2 อัตราการเกิดแผลกดทับจากการทบทวนวรรณกรรม .....	66
ตารางที่ 4.1 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อ บุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ จำแนกตามหอผู้ป่วย .....	76
ตารางที่ 4.2 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อ บุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ของหอผู้ป่วยอายุรกรรม .....	78
ตารางที่ 4.3 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อ บุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ของหอผู้ป่วยศัลยกรรม .....	79
ตารางที่ 4.4 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อ บุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก .....	80
ตารางที่ 4.5 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อ บุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก .....	80
ตารางที่ 4.6 จำนวนเตียง จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน จำนวนพยาบาลประจำการ ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมด และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์แยกตามหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง .....	81
ตารางที่ 4.7 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการตามเพศ อายุ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษาและประสบการณ์การทำงาน .....	83
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดของความพึงพอใจ ในงานของพยาบาลประจำการแยกรายด้าน .....	84
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานล่วงเวลา และ ไม่ได้ปฏิบัติงานล่วงเวลา .....	85

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย จำนวนเวรปฏิบัติงานล่วงเวลาต่อเดือนอัตราการเกิดแผล กดทับและค่าเฉลี่ย คะแนนความพึงพอใจแยกรายหอผู้ป่วย.....	86
ตารางที่ 4.11 จำนวนร้อยละพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานล่วงเวลา และมีชั่วโมง ทำงานติดต่อกัน 12 ชั่วโมง , 16 ชั่วโมง, มากกว่า16 ชั่วโมง และ มีชั่วโมงปฏิบัติงานล่วงเวลานอกโรงพยาบาล.....	87
ตารางที่ 4.12 อัตราการเกิดแผลกดทับและค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงาน ของพยาบาลแยกรายหอผู้ป่วย .....	88
ตารางที่ 4.13 อัตราการเกิดแผลกดทับและค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงาน ของพยาบาลในแผนกอายุรกรรม .....	89
ตารางที่ 4.14 อัตราการเกิดแผลกดทับและค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงาน ของพยาบาลในแผนกศัลยกรรม .....	90
ตารางที่ 4.15 อัตราการเกิดแผลกดทับและค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล แผนกศัลยกรรมกระดูก.....	91
ตารางที่ 4.16 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละแผนก จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ และร้อยละของการเกิดแผลกดทับจำแนกตามแผนกผู้ป่วย.....	92
ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยแยกตามอายุ .....	93
ตารางที่ 4.18 จำนวนและระดับของการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล .....	93
ตารางที่ 4.19 ตำแหน่งการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล.....	94
ตารางที่ 4.20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันนอน ในโรงพยาบาลจำแนกตามโรงพยาบาล .....	94
ตารางที่ 4.21 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล แยกตามแผนก .....	95
ตารางที่ 4.22 จำนวน และร้อยละของโรคผู้ป่วย 10 อันดับแรกและโรคอื่นๆ .....	95
ตารางที่ 4.23 คะแนนบราเคนแยกตามกลุ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ .....	96
ตารางที่ 4.24 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา .....	97

# ฉ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดทางทฤษฎี.....	7
ภาพที่ 2.1 ดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่เสนอแนะ โดยสมาคมพยาบาลอเมริกัน .....	29

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพเป็นจุดเน้นที่สำคัญสำหรับบริการด้านสุขภาพในยุคปัจจุบันที่วิชาชีพด้านสุขภาพต้องมุ่งเน้นบริการที่ดีมีคุณภาพ มีระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการนั้นได้อย่างเสมอภาค สำหรับวิชาชีพการพยาบาลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่สำคัญที่ก่อให้เกิดคุณภาพการดูแลดังกล่าวได้คือกำลังคนทางการพยาบาลที่เพียงพอและเหมาะสม แต่จากภาวะการขาดแคลนพยาบาลอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นทำให้การจัดอัตรากำลังของพยาบาลซึ่งเป็นการเชื่อมโยงหน้าที่รับผิดชอบ คุณภาพบริการรวมทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยและพยาบาลจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้บริหารการพยาบาลต้องทบทวน

การขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี 2549 (WHO 2006 อ้างถึงใน ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์ 2550) พบว่าประเทศต่าง ๆ จำนวน 57 ประเทศ จากที่สำรวจ 192 ประเทศ ประสบภาวะขาดแคลนพยาบาลขั้นวิกฤติ สำหรับประเทศไทยพบภาวะการขาดแคลนพยาบาลอย่างชัดเจนตั้งแต่ พ.ศ. 2531 ซึ่งสาเหตุเกิดจากปัจจัยหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น แบบแผนของความเจ็บป่วยที่รุนแรง ซับซ้อน การประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังส่งผลให้ความต้องการและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในขณะที่การผลิตพยาบาลวิชาชีพกลับลดลงกว่าร้อยละ 40 ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาอันสืบเนื่องจากนโยบายลดกำลังคนภาครัฐ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนซ้ำเติมให้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเกิดขึ้นอย่างรุนแรง โดยพบว่าอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรทั่วประเทศ 1:700 ขณะที่เป้าหมายของประเทศต้องการอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร 1:500 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาสถานการณ์การขาดแคลนพยาบาลตามเกณฑ์พื้นที่ (GIS) พบว่าในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนพยาบาลปฏิบัติหน้าที่จำนวน 15,348 คน ซึ่งยังขาดอยู่ถึง 3,576 คน เพื่อแก้ไขภาวะการขาดแคลนจำเป็นต้องผลิตพยาบาลเพิ่ม 9,000 คน/ปี แต่ในสถานการณ์จริง สถาบันการศึกษาสามารถผลิตพยาบาลใหม่ได้เพียงปีละ 8,000 คน (ทัศนยา บุญทอง 2547)



การขาดแคลนพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล และการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะอัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่สูงเกินไปทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอต่อการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม และมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า การขาดแคลนอัตรากำลังส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ดังเช่น การศึกษาของคารายอนและกัส (Carayon and Gurses, 2006) เกี่ยวกับโครงสร้างภาระงานพยาบาลกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในหอผู้ป่วยไอซียูในสหรัฐอเมริกาพบว่าภาระงานที่หนักของพยาบาลส่งผลให้การตรวจตราดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องช่วยหายใจไม่ถูกต้อง การบริหารยาผิดพลาด มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น คนไข้ ออกจากไอซียูได้ช้าลง พยาบาลสื่อสารกับคนไข้ได้น้อย พยาบาลไม่พึงพอใจในงาน และอ่อนล้า จากการทำงานได้ง่าย การจัดอัตรากำลังที่ไม่เหมาะสม ทำให้พยาบาลไม่สามารถดักจับความผิดพลาดก่อนที่จะเกิดขึ้นได้ และก่อให้เกิดความผิดพลาดในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับทีมสุขภาพอื่นๆ และการศึกษาของซังฮันโช และคณะ (Sung-Hyun Cho et.al., 2001) ระบุว่าประเภทของความผิดพลาดที่มักเกิดขึ้นและมีความสัมพันธ์กับอัตรากำลัง ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ความผิดพลาดในการให้ยา การพลัดตกหกล้ม และอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิธนา จิระแพทย์ (2549: 23) พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยร้อยละ 81 มีต้นเหตุมาจากความขาดแคลนพยาบาล ร้อยละ 19 เกิดจากการไม่สามารถตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของภาระงานในหอผู้ป่วยได้ทัน

นอกจากการขาดแคลนอัตรากำลังจะมีผลต่อภาวะสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยแล้ว ยังทำให้พยาบาลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า และความพึงพอใจในงานลดลง และเพิ่มการสูญเสียพยาบาลซึ่งซ้ำเติมความขาดแคลนพยาบาลให้รุนแรงยิ่งขึ้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้แม้แต่ประเทศที่มีสวัสดิการและค่าตอบแทนสำหรับพยาบาลวิชาชีพสูงมาก สหรัฐอเมริกาก็เผชิญกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเช่นกัน จากการสำรวจ ในรัฐนิวยอร์กของบารบารา และแจ๊ค (Barbara and Jack, 2005) ระหว่างปี 1995-2002 พบว่า อัตราการปฏิบัติงานล่วงเวลาของพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 51 ส่วนในประเทศไทยพบว่าหลังการปฏิรูประบบบริการสุขภาพส่งผลให้โรงพยาบาลตติยภูมิมิมีปริมาณภาระงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 (อำพล จินดาวัฒนะและคณะ 2542: 12) จากการวิเคราะห์ภาระงานและการทำงานล่วงเวลาของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2547-2548 โดย กฤษดา แสงวงศ์ และคณะ (2549: 337) พบว่าพยาบาล 1 คนต้องปฏิบัติงานแทนกำลังคนที่ขาดถึง 9.58 เวร/เดือน เมื่อรวมการทำงานปกติ 22 เวรแล้ว พยาบาล 1 คนต้องทำงานเฉลี่ย 31.58 เวร/เดือน ส่งผลให้พยาบาลต้องทำงานหนัก มีวันหยุดน้อย มีความเครียดสูง และการลาออกจากการเพิ่มขึ้น โดยพบสถิติการสูญเสียพยาบาล

จากการลาออกในปี 2548 ร้อยละ 4.18 ถ้าพิจารณาจากค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานล่วงเวลาโดยนำมาคำนวณเป็นจำนวนเวร จะได้ 401,048 เวร/เดือน คิดเป็นจำนวนพยาบาลที่ต้องอยู่เวร 18,229 คน ซึ่งเป็นจำนวนพยาบาลที่ขาดไปจากระบบ (สภาพพยาบาล, ชมรมและสมาคมต่างๆ 2551: 5)

ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับพยาบาลอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล โดยเฉพาะหากพยาบาลต้องปฏิบัติงานนานกว่า 12 ชั่วโมง จะเพิ่มโอกาสของความเหนื่อยล้า ลดประสิทธิภาพในการตัดสินใจและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Guba and Haward, 2002 อ้างใน วิณา จีระแพทย์ 2549) จากการศึกษาของล็อกเลย์และคณะ (Lockley et.al., 2007) เกี่ยวกับ ชั่วโมงการทำงาน การพักผ่อนนอนหลับ และสมรรถนะในการทำงานของพยาบาล พบว่าหากพยาบาลต้องทำงานมากกว่า 12.50 ชั่วโมง จะเพิ่มความเสี่ยงและลดความระมัดระวังในงาน อาจเกิดอุบัติเหตุในงาน ให้ยาผิดพลาด และสรุปว่าการขยายการทำงานเกิน 8 ชั่วโมง ทำให้เพิ่มความเหนื่อยล้า ลดประสิทธิภาพในการทำงาน และลดความปลอดภัยในการทำงาน ทั้งในส่วนของผู้ใช้และผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการประเมินคุณภาพทางการพยาบาล ทฤษฎีที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายระดับนานาชาติคือ ทฤษฎี โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ (Structure-Process-Outcome Framework) ของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1992) ซึ่งทั้งสมาคมพยาบาลอเมริกัน (American Nurse Association: ANA) และสำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้นำทฤษฎีนี้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวชี้วัดที่มีความไวเพื่อใช้วัดผลลัพธ์ซึ่งบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล โดยสมาคมพยาบาลอเมริกัน ได้คัดเลือกตัวชี้วัดที่มีความไว (Nursing Sensitive Quality Indicators) คือตัวชี้วัดที่บ่งบอกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการพยาบาลมากที่สุดในการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาใช้ในการวัดผลลัพธ์ ดังนี้ (Moore, Lynn, McMillen and Evans, 1999 อ้างในรัชณี สุจิจันทร์รัตน์ 2549: 28) ส่วนแรกคือปัจจัยนำเข้าหรือด้านโครงสร้าง ได้แก่ อัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับต่อคนต่อวัน ส่วนที่สองด้านกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจ ของบุคลากรพยาบาล ส่วนที่สามด้านผลลัพธ์ ได้แก่ การคงสภาพผิวหนัง (การเกิดแผลกดทับ) การตกเตียง ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลทั้งหมด และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการพยาบาล

ในประเทศไทยสำนักงานพยาบาล (2547: 14) ได้มีการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญทั้งทางด้านการศึกษาและการบริการจำนวน 30 ท่าน ผ่านกระบวนการกลั่นกรอง คัดเลือก และพัฒนาจนถึงข้อสรุปสุดท้ายได้ตัวชี้วัดที่ใช้วัดผลลัพธ์ระดับชาติและมีความไวมาใช้วัดคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วยดัชนีชี้วัด 10 ประการ ด้าน โครงสร้าง ได้แก่ การผสมผสานอัตรากำลัง จำนวนชั่วโมง

การพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ด้านกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร พยาบาล ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวน ปัสสาวะ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ บริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน โรงพยาบาล และมีนโยบายให้แต่ละโรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมา เทียบเคียงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลร่วมกัน

เมื่อสรุปภาพรวมของการนำตัวชีวิตที่มีความไวทั้งจากต่างประเทศและในประเทศ พร้อมกับนำมาพิจารณาตามบริบทของ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และตรวจสอบว่าตัวชีวิตใด สามารถนำมาเทียบเคียงกันได้โดยไม่มีข้อจำกัดในการเทียบเคียงมากนัก มีระบบการรายงานตัวชีวิต ที่ถูกต้องแม่นยำ ประสิทธิภาพการรายงานสูง เป็นตัวชีวิตสำคัญที่เป็นผลลัพธ์มาจากการพยาบาล โดยตรงและสามารถใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบคุณภาพการดูแลได้ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือก ตัวชีวิตเพื่อทำการศึกษาในครั้งนี้ คือด้าน โครงสร้าง ได้แก่ ร้อยละพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากร ทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ด้านกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจ ในงานของพยาบาล ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราการเกิดแผลกดทับ

ด้านร้อยละพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด เนื่องจากสาเหตุความ ขาดแคลนพยาบาลทำให้มีการถ่ายโอนงานบางส่วนให้บุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพ ภายใต้การดูแลของ พยาบาลวิชาชีพที่มีค่อนข้างน้อย ซึ่งตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2002 แนะนำให้มี ร้อยละพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพ 65: 35 หรือ 2: 1 (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และ พูลสุข หิงคานนท์ 2549: 56) รัฐแคลิฟอร์เนียมีข้อกำหนดในเรื่องของชั่วโมงการพยาบาลเพื่อความ ปลอดภัยไว้ว่าโรงพยาบาลจะทดแทนอัตรากำลังคนที่เป็นพยาบาลวิชาชีพด้วยบุคลากรที่ไม่ใช่ วิชาชีพไม่ได้ (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา 2547)

จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน คือชั่วโมงการพยาบาลที่จัดให้ในการดูแล ผู้ป่วยหนึ่งคนในหนึ่งวัน แสดงถึงความเพียงพอของอัตรากำลังที่จัดให้เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่าง มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยมีความปลอดภัย ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐพบว่ามีการการ ครอบงำสูงมากกว่าร้อยละ 100 และมีความขาดแคลนพยาบาลมากกว่าโรงพยาบาลระดับอื่นดังได้ กล่าวมาแล้ว ทำให้ไม่สามารถจัดชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน การ ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากโดยมีจำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันที่จัดให้น้อยทำให้ไม่ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง ซึ่งตามเกณฑ์มาตรฐานควรมีชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันเท่ากับ 4.5 (กฤษดา แสงวงศ์ 2545) และจากการสนทนากลุ่มในหัวข้อเรื่องการศึกษาชั่วโมงความต้องการ

การพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลเฉพาะหัวหน้าพยาบาลหรือตัวแทนโดยตรงจำนวน 29 คน จากโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิทั้งหมด 26 แห่ง ข้อเสนอจากการประชุมได้เสนอแนะว่า ควรมีชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันในแผนกอายุรกรรม เท่ากับ 6 แผนกศัลยกรรม และ ศัลยกรรมกระดูก เท่ากับ 4.8 (ทัศนยา บุญทอง และคณะ 2547: 24)

ส่วนตัวชี้วัดในเรื่องจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์เป็นเรื่องใหม่ ที่ยังไม่มีการศึกษาถึง อาจเนื่องจากในอดีตสถานการณ์ความขาดแคลนพยาบาลยังไม่รุนแรงเท่าในปัจจุบัน พยาบาลจึงไม่ต้องปฏิบัติงานล่วงเวลามากนัก ด้านจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ที่ พยาบาลต้องปฏิบัติงานเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โรงพยาบาลใดขาดแคลนอัตรากำลังมาก พยาบาล จะทำงานหนักมาก ย่อมเกิดความเหนื่อยล้า การมอบหมายภาระงานปริมาณมากอาจเป็นสาเหตุ ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติผิดพลาดไม่ปลอดภัยอันเนื่องมาจากความเหนื่อยล้าของพยาบาล สิ่งเหล่านี้ ล้วนส่งผลถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาล (วิณา จีระแพทย์ 2549: 25)

ด้านกระบวนการ เลือกที่จะวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาลเนื่องจากในยุคการ เปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพประกอบกับความขาดแคลนพยาบาลที่รุนแรงในปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความรู้สึกอย่างไรต่องานการพยาบาล การที่พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน ทำให้ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ความพึงพอใจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อคุณภาพการพยาบาล (Davidson et al., 1997) ดังนั้นหากพยาบาลมีความพึงพอใจในงาน จะทำให้มีแรงจูงใจในการทำงาน และส่งผลให้เกิดความเต็มใจในการปฏิบัติงาน อย่างเต็มความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วย จะเต็มใจ อุทิศเวลาแรงกาย และความคิด เพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยงาน รวมทั้งคงอยู่ในวิชาชีพ มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ตลอดจนให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ ตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Manojlovich and Laschinger, 2002) ถ้าพยาบาลเกิดความไม่พึงพอใจในงานพบว่าเป็น สาเหตุสำคัญที่ชักนำให้พยาบาลขาดแรงจูงใจในการทำงาน มีปัญหาด้านการขาดงาน การลาออก จากวิชาชีพเพิ่มขึ้น เอลเลนเบคเคอร์ และคณะ (Ellenbecker et al., 2005) ระบุว่าความพึงพอใจในงาน และการคงอยู่ในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงคือถ้าพยาบาลไม่พึงพอใจในงาน จะส่งผลให้มีการออกจากงาน ส่งผลให้เกิดปัญหาความขาดแคลนพยาบาลเพิ่มขึ้น (McGrath, Reid and Boore, 1989 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร 2550: 240)

ส่วนในด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล เลือกที่จะศึกษาอัตราการเกิดแผลกดทับ เนื่องจาก สาเหตุของการเกิดแผลกดทับ เกิดจากแรงที่กดเฉพาะที่บนร่างกายมากเกินไปหรือนานเกินไป ทำให้เลือดไปเลี้ยงผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณนั้น ไม่เพียงพอ สาเหตุส่งเสริมอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุ จะมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง การที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการ เคลื่อนไหวมีความพร้อมในการรู้คิด ขาดสารอาหาร ผิวหนังขึ้นและ ระบายเนื่องจากการมีปัสสาวะ

กะปริบกะปรอย ซึ่งสาเหตุเหล่านี้พยาบาลสามารถใช้บทบาทอิสระโดยตรงเข้าไปจัดการช่วยเหลือ ป้องกันมิให้เกิดแผลกดทับหรือมีโอกาสนเกิดน้อยที่สุด การวัดผลลัพธ์จึงเท่ากับเป็นการวัดคุณภาพ ของงานการพยาบาลโดยเนื้อแท้ และการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับนี้ในทุกโรงพยาบาล มีการ ดำเนินการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีระบบการรายงานที่แม่นยำ และการศึกษาของ โบสติก และคณะ (Bostick et al., 2006) แห่งมหาวิทยาลัยมิสซูรี ประเทศโคลัมเบีย ระบุว่าแผลกดทับเป็น ตัวชี้วัดที่มีความไวในการวัดคุณภาพการดูแลต่อการจัดอัตราค่าลงได้มากที่สุด

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงน่าสนใจศึกษาถึงการจัดอัตราค่าลงด้วยจำนวนพยาบาล วิชาชีพที่น้อยเมื่อเทียบสัดส่วนตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันที่จัด ให้ได้จริงในสถานการณ์ขาดแคลนพยาบาล จำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลที่เกิน 40 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์เนื่องจาก การต้องใช้พยาบาลกลุ่มเดิมขึ้นปฏิบัติงานล่วงเวลา เพื่อทดแทนพยาบาลที่มีไม่ เพียงพอ มีความสัมพันธ์อย่างไรกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่เฝ้าระวังได้แก่ อัตราการเกิดแผลกดทับ ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลาง

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการ พยาบาลทั้งหมดกับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับอัตราการ เกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับ อัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

## 3. ปัญหาการวิจัย

3.1 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด มีความสัมพันธ์ กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลหรือไม่อย่างไร

3.2 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลหรือไม่อย่างไร

3.3 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดแผล กดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลหรือไม่อย่างไร

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด มีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตราการเกิดแผลกดทับ

4.2 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

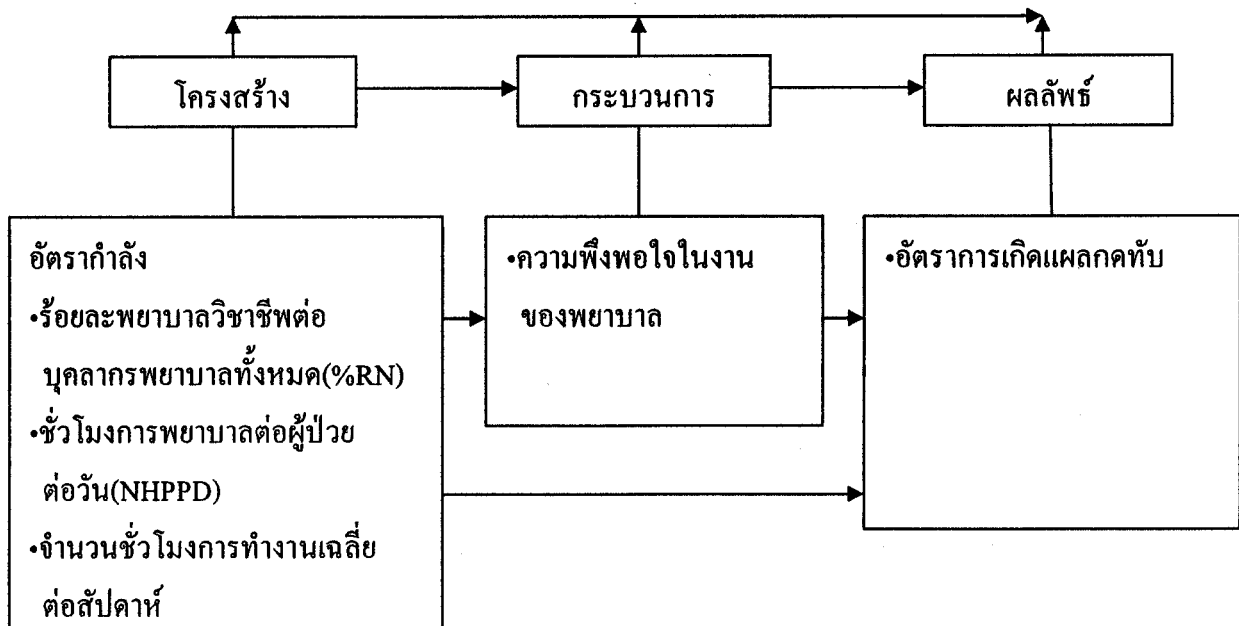
4.3 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตราการเกิดแผลกดทับ

4.4 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

4.5 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการเกิดแผลกดทับ

4.6 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

#### 5. กรอบแนวคิดทางทฤษฎี



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดทางทฤษฎี

## 6. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก โดยสุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลาง มา 3 แห่ง จากจำนวน 6 แห่ง รวมจำนวนหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 20 แห่ง โดยศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยที่นำมาศึกษาในแต่ละหอผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 289 คน และจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีปัญหาความเคลื่อนไหวหอผู้ป่วยละ 25 ราย เพื่อนำมาคำนวณอัตราการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2550 ถึงเดือนมีนาคม 2551 รวมระยะเวลา 5 เดือน

## 7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 อัตรากำลังทางการพยาบาล หมายถึง ปัจจุบันำเข้าด้าน โครงสร้างประกอบด้วย ร้อยละพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน จำนวน ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์

7.2 บุคลากรทางการพยาบาล หมายถึง บุคลากรทุกระดับที่เป็นสมาชิกทีมการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล หรือผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้

7.3 พยาบาลประจำการ หมายถึง บุคลากรที่ประกอบวิชาชีพสำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง เทียบเท่าปริญญาตรีหรือสูงกว่า และได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลที่ทำการศึกษ โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษามาอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน

7.4 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด (percentage of registered nurse, %RN) หมายถึง สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลที่ไม่เป็นวิชาชีพ ซึ่งตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขปี 2002 แนะนำให้จัดอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลที่ไม่เป็นวิชาชีพ เท่ากับ 65: 35

7.5 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน (nursing hour per patient day, NHPPD) หมายถึง จำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลที่ใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยหนึ่งคนในหนึ่งวัน

7.6 จำนวนชั่วโมงการทำงานปกติ หมายถึง จำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคคลตามเวลาทำการปกติ 5 วันต่อสัปดาห์ คิดชั่วโมงการทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน เท่ากับ จำนวนชั่วโมงการทำงานปกติคือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

7.7 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (work hour per week) หมายถึง ผลรวมของจำนวนชั่วโมงการทำงานปกติ และจำนวนชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาในหนึ่งเดือน และนำมาหาค่าเฉลี่ยต่อสัปดาห์

7.8 อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนครั้งของการที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 2-4 ที่เกิดขึ้นใหม่ภายหลังรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา รวมทั้งจำนวนแผลกดทับเดิมที่มีลักษณะเลวลงนับเป็นการเกิดครั้งใหม่ ในแต่ละเดือน หาดด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มีการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยนั้นในช่วงเดือนเดียวกัน คูณด้วย 100 (ANA 2000 อ้างในสำนักงานพยาบาล 2547) การวินิจฉัยระดับของแผลกดทับเป็นไปตามเกณฑ์การจำแนกความรุนแรงของแผลกดทับที่เสนอแนะโดย Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adult (AHPCR 1992 อ้างใน สำนักงานพยาบาล 2547: 38) ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีการฉีกขาดของผิวหนัง ผิวหนังบริเวณนั้นอาจจะอุ่นกว่าหรือเย็นกว่า แข็งตึง มีอาการปวดหรือคันกว่าผิวหนังบริเวณข้างเคียงหรือด้านตรงกันข้ามของร่างกาย จะปรากฏรอยแดงบริเวณที่ถูกกดทับ รอยแดงจะไม่จางหายไปในเวลา 30 นาที สำหรับบุคคลที่มีผิวหนังดำหรือค่อนข้างเข้ม บริเวณที่ถูกกดทับอาจไม่มีรอยแดงหรือมีรอยแดงคล้ำออกม่วง

ระดับที่ 2 มีการฉีกขาดบางส่วนของชั้นหนังกำพร้าจนถึงชั้นหนังแท้ เช่น แผลถลอกเป็นตุ่มพองหรือเป็นแผลตื้นๆ มีรอยแดงบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆ ซึ่งมีอาการปวด บวม แดง ร้อน และมีสิ่งขับหลังจากแผลปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลาง

ระดับที่ 3 หนังกำพร้าทั้งหมดมีการฉีกขาดและมีการตายของเนื้อเยื่อชั้นหนังกำพร้าจนถึงชั้นใต้ผิวหนังและอาจขยายจนถึงชั้นเนื้อเยื่อพังคืดแต่ยังไม่ถึงกล้ามเนื้อ แผลมักเป็นหลุมลึกอาจเซาะไปยังเนื้อเยื่อรอบๆบริเวณนั้น จะพบว่ามีสารขับหลังจากแผลปริมาณมาก

ระดับที่ 4 มีการตายของเนื้อเยื่อชั้นลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น หรือเยื่อหุ้มข้อต่อ เนื้อเยื่อที่ตายจะมีสีม่วงคล้ำ หรือดำ แผลที่มีลักษณะเป็นโพรงลึก มีสารขับหลังจากแผลปริมาณมาก และมีกลิ่นเหม็น

7.9 ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือได้น้อย ปลายมือปลายเท้าชา ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่นผู้ป่วยหลังผ่าตัด ข้อ กระดูก ผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์ถ่วงน้ำหนักต่างๆ ผู้ป่วยที่ได้รับยา Sedative ต่างๆเป็นเวลานาน



7.10 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล หมายถึง เจตคติหรือความรู้สึทางบวกของพยาบาลที่มีต่องานวิชาชีพ โดยรู้สึกชื่นชอบและมีความสุขกับการปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ ซึ่งมีผลทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการทำงานที่ดี ได้แก่ ความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความมุ่งมั่นในการทำงาน อุทิศตนให้กับงาน เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งผู้รับบริการได้รับบริการพยาบาลที่มีมาตรฐานเป็นไปตามความคาดหวัง โดยประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของแมคคอสกี้ และมูเลอร์ (McCloskey and Mueller 2003)

## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารการพยาบาลในการวางแผนจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในระยะสั้นและระยะยาวเพื่อให้มีอัตรากำลังที่เหมาะสม ทั้งในเรื่องของร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของพยาบาลแต่ละคน ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ให้บริการจะได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตที่เพียงพอ เพื่อให้มีความพร้อมที่จะดูแลให้ผู้รับบริการให้มีความปลอดภัย และยังเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปอ้างอิงกับทีมผู้บริหารของโรงพยาบาลเพื่อเป็นการตัดสินใจในการวางแผนบุคลากรร่วมกัน ผลการวิจัยสามารถช่วยตอบคำถามในส่วนของอัตราผลตอบแทนที่เพิ่มสูงขึ้น และความพึงพอใจของพยาบาลที่มีแนวโน้มลดลง นั้นมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดอัตรากำลังอย่างไร การดำเนินการแก้ไขปัญหาก็สามารถแก้ไขได้ตรงกับสาเหตุของการเกิดความเสี่ยงและนำมาซึ่งคุณภาพการพยาบาลที่คาดหวัง

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ของพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกของ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลาง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. แนวคิดการจัดอัตราค่าจ้าง
  - 1.1 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด
  - 1.2 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน
  - 1.3 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์
2. แนวคิดด้านคุณภาพการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในเรื่องแผลกดทับ
4. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในเรื่องความพึงพอใจในงานของพยาบาล

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลัง

### การจัดอัตรากำลัง

การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล เป็นความรับผิดชอบและหน้าที่ของผู้บริหารทางการพยาบาล ที่จะต้องดำเนินการจัดหา และจัดสรรให้มีบุคลากรทางด้านพยาบาล อย่างเพียงพอ ทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ ที่จะให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ ในการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ นั้นเป็นเรื่องยุ่งยาก ซับซ้อน แม้ว่าปรัชญา นโยบาย วัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาลจะชี้นำทิศทาง ในการวางแผนอัตรากำลังไว้แล้วก็ตาม แต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องและมีผลต่อรูปแบบการจัดอัตรากำลัง ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลต้องนำมาพิจารณาและตัดสินใจอย่างรอบคอบ ในการวางแผน ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบด้วย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์การบริหารสุขภาพ หรือ โรงพยาบาล ได้แก่ งบประมาณสำหรับจ้างบุคลากร สถานที่ตั้ง โครงสร้างทางกายภาพ ของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วย จำนวนเตียงผู้ป่วยภายในหน่วยงาน อุปกรณ์ เครื่องมือที่จัดไว้ต้องมีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กรพยาบาล ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วย และการจัดบริการหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาล ระบบการมอบหมายงาน บริการการศึกษา และบริการอื่นๆ ที่ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล หน่วยงานสนับสนุนการบริหารการพยาบาล

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความซับซ้อน และระยะเวลาความต้องการพยาบาล ประเภทผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วย ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคมที่มีผลต่อความต้องการสุขภาพ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ

4. ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคลากร ได้แก่ การกำหนดหน้าที่ บทบาท และการพรรณนางานของบุคลากรแต่ละระดับ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ของบุคลากรในระดับต่าง ๆ ความคาดหวังของบุคลากรจากองค์กร จำนวนและประเภทต่าง ๆ ของบุคลากร ที่ต้องจัดไว้ละกัน หรือสัดส่วนผสมผสานอัตรากำลัง การกำหนดชั่วโมงการปฏิบัติงาน และนโยบายหมุนเวียนการปฏิบัติงาน และ ความต้องการบุคลากรขององค์กรนั้น

5. ปัจจัยอื่น ๆ ขององค์กร ได้แก่ บุคลากรประเภทต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนนั้น รูปแบบการประสานงานกับหน่วยงาน บริการสุขภาพชุมชน ปัจจัยเหล่านี้ ผู้บริหารทางการพยาบาล ต้องนำมาพิจารณาในการวางแผนและเลือกวิธีปฏิบัติในการจัดอัตรากำลังการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการจัดอัตรากำลังซึ่งหมายถึงบรรลุวัตถุประสงค์สำคัญของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลนั่นก็คือ เพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการสุขภาพอย่างเพียงพอ เหมาะสม สอดคล้องกับปริมาณภาระงานในแต่ละช่วงเวลา เพื่อสรรหาบุคลากรทาง

การพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและสามารถใช้ประโยชน์จากความรู้ ความสามารถ และ ความชำนาญของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละประเภท ได้อย่างเต็มที่ โดยการจัดให้มีสัดส่วน การผสมผสานอัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละระดับ และ ประเภท (staff mixed and skill mixed team) อย่างเหมาะสมในการให้บริการที่มีคุณภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนอย่าง เหมาะสม และเพื่อออกแบบการจัดตารางเวลาปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลให้สอดคล้อง กับภารกิจของหน่วยงานให้เหมาะสมกับความต้องการกำลังคนในแต่ละวันหรือแต่ละผลัดเวรทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพการพยาบาลที่ต้องการซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้ตัวชี้วัดคุณภาพการ พยาบาล (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545, มาริษา สมบัติบุรณ์ 2546, รัชณี สุจินทรรัตน์ 2546 และ ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา 2547)

### 1.1 ร้อยละพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด (Percentage of Registered Nurse,%RN)

พยาบาลวิชาชีพนับเป็นอัตรากำลังสำคัญ และเป็นแกนหลักของทีมพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วย มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีพยาบาลวิชาชีพที่เพียงพอ ในทีมการพยาบาลเพื่อคุณภาพการพยาบาลที่พึงประสงค์ ได้แก่

แมคคอสสกี (McCloskey, 1998) ศึกษาจากข้อมูลที่รวบรวมไว้ทุกๆ หน่วยของ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยในปี 1993 พบว่าถ้าสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มถึงร้อยละ 87.50 จะทำให้ลดอัตราการเกิดแผลกดทับลง

ลิตติก คูฟ และมิลโฮแลนด์ (Lichtig, Knauf and Milholand, 1999 อ้างใน รัชณี สุจินทรรัตน์ 2549) ได้ทำศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการจัดอัตรากำลังกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่สูงขึ้นกับอัตราการเกิดแผลกดทับที่ลดลง และมีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่เพิ่มขึ้นกับอัตราการเกิดแผลกดทับที่ลดลง

ทอมสัน และคณะ (Thomson et.al., 2006) ศึกษาในประเทศออสเตรเลีย ถึงการ วิเคราะห์ระบบ ที่มีผลกระทบของภาระงาน อัตรากำลังและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน วัดผลลัพธ์ใน 4 หัวข้อคือ ผลลัพธ์ของอัตรากำลัง ผลลัพธ์ของการดูแลที่ผู้ป่วย ผลลัพธ์ขององค์กร และระบบการ ทำงาน พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างสูงระหว่างลักษณะของผู้ป่วยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ภาระ งานและอัตรากำลังกับคุณภาพการดูแล โดยที่สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับ คุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลมากขึ้น สัดส่วนของพยาบาล วิชาชีพที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม การเกิดแผล กดทับ การเกิดปอดบวม การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อใน โรงพยาบาลลดลง

แอลเคน (Aiken, 2002 อ้างใน William & Beomsoo, 2005) พบว่าถ้าสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยต่ำจะมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูง ได้แก่ อัตราตายของผู้ป่วยภายใน 30 วันและพบความล้มเหลวในการช่วยชีวิตสูง พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยกับการรู้สึกหาค่าลิ่งในการทำงานของพยาบาลและความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ลินน์ (Lynn, 2003) พบว่าในปี 1994-1997 จำนวนพยาบาลที่มีใบอนุญาตต่ออัตรากำลังพยาบาลทั้งหมดมีสัดส่วนที่น้อยลง มีผลทำให้พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากขึ้น ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ

เซโก และคณะ (Seago et.al., 2006) แห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย วิเคราะห์อัตรากำลังกับผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ และความผิดพลาดจากการให้ยา โดยเปรียบเทียบความสัมพันธ์ในหอผู้ป่วยอายุกรรม และศัลยกรรม 3 แห่งผลการศึกษาพบว่าถ้าเพิ่มชั่วโมงการดูแลโดยบุคลากรทางการพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพส่งผลให้เกิดแผลกดทับ และความผิดพลาดในการให้ยาสูงขึ้น แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงชั่วโมงการดูแลของพยาบาลวิชาชีพและสัดส่วนการผสมผสานอัตรากำลังที่เหมาะสมซึ่งขึ้นอยู่กับว่าต้องการผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีในระดับใด

โดเนลสัน และคณะ (Donaldson et.al., 2004) ศึกษาโดยสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล 25 แห่ง ขนาดจำนวนเตียง 100-400 เตียง ที่แคลิฟอร์เนีย ในหอผู้ป่วย อายุกรรม ศัลยกรรม 64 แห่ง พบความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยต่อวันกับการเกิดแผลกดทับ

เจียง และวอง (Jiang and Wong, 2004) ศึกษาการจัดอัตรากำลังที่มีผลดี ผลเสียและความคาดหวังในคุณภาพการดูแลในโรงพยาบาลของรัฐแคลิฟอร์เนีย ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ทางลบของชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยต่อวัน (RNS hours per adjusted patient day) และร้อยละพยาบาลวิชาชีพต่อไม่ใช่วิชาชีพกับอัตราการเกิดแผลกดทับ

ฮิกกี และคณะ (Hickey et.al., 2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลัง (การผสมผสานอัตรากำลัง อัตรากำลังทั้งหมด และการลาออก) ในสถานพักฟื้นจำนวน 35 แห่งกับอัตราการเกิดแผลกดทับ ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ของอัตรากำลังทั้งหมดกับการเกิดแผลกดทับแต่พบว่าเมื่อลดจำนวนพยาบาลลง และเพิ่มผู้ช่วยพยาบาลแทนทำให้เพิ่มอัตราการเกิดแผลกดทับร้อยละ 2.10

เซโก และคณะ (Seago et.al., 2006) ศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในหอผู้ป่วย อายุกรรม และศัลยกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอัตรากำลังกับผลลัพธ์การพยาบาลในด้าน

ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความผิดพลาดในการให้ยา การเกิดแผลกดทับพบว่าถ้าเพิ่มชั่วโมงการพยาบาลและเพิ่มร้อยละพยาบาลวิชาชีพขึ้นจะเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตอบสนองเรื่องอาการปวด และถ้าสัดส่วนร้อยละพยาบาลวิชาชีพลดลงจะเพิ่มอัตราการเกิดแผลกดทับและจำนวนความผิดพลาดในการให้ยา

ทอมสัน และคณะ (Thomson et.al., 2006) ศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่าร้อยละของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การพยาบาลในเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพการดูแล และการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น แผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม ปอดบวม การติดเชื้อหลังการผ่าตัด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

อลัน และคณะ (Alan et.al., 2006) ศึกษาผลกระทบของภาระงาน และอัตรากำลังที่จะสร้างสุขภาพ สภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงานพบว่าอัตรากำลังทั้งหมดที่จัดให้ในการดูแล และสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ ปอดบวม การติดเชื้อหลังผ่าตัด ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

แนนซี และคณะ (Nancy et.al., 2004) ศึกษาเปรียบเทียบโรงพยาบาล Magnet กับ Non-Magnet ที่เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงขนาดเดียวกันในหอผู้ป่วยไอซียู กึ่งวิกฤติ อายุรกรรม และศัลยกรรม โดยโรงพยาบาล Magnet มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่าโรงพยาบาล Non-Magnet ร้อยละ 8.50 แต่พบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล Magnet มีความพึงพอใจในงานสูงกว่าโรงพยาบาล Non-Magnet ในเรื่องของการมีอิสระในการตัดสินใจและโอกาสความก้าวหน้าในวิชาชีพ

รัชนี สุจินทรรัตน์ และคณะ (2549) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอัตรากำลังกับการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมจำนวน 40 แห่ง ในโรงพยาบาลตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์กับร้อยละของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.499, p = 0.003$ ) คือถ้าร้อยละของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นอัตราการเกิดแผลกดทับจะลดลง โดยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพเป็นตัวอธิบายอัตราการเกิดแผลกดทับได้ร้อยละ 22 ( $p < 0.01$ ) และเมื่อสร้างสมการทำนายการเกิดแผลกดทับจะพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพการดูแล โดยเมื่อเพิ่มพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 10 จะช่วยลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้ร้อยละ 2.29

### 1.2 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน (Nursing Hour per Patient Day, NHPPD)

การจัดอัตรากำลังการพยาบาล ที่เหมาะสมจะส่งเสริมผลผลิต ทำให้เกิดภาระงานที่เหมาะสม (fair work load) และผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจ (Job Satisfaction) ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้มากขึ้น การจัดอัตรากำลังตามภาระงาน เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถ

ก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาล ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม แต่ในภาวะที่มีความขาดแคลนพยาบาลอย่างแพร่หลาย สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในประเทศไทย ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถจัดให้มีพยาบาลได้เพียงพอตามจำนวนที่วิเคราะห์ปริมาณภาระงาน การวิเคราะห์ภาระงานที่เกิดขึ้นจะทำให้ทราบจำนวนชั่วโมงการพยาบาลของผู้ป่วยหนึ่งคนในหนึ่งวันที่จะแสดงให้เห็นถึงความเพียงพอของอัตรากำลังว่ามีอยู่ในระดับใด

ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน (NHPPD) คือจำนวนชั่วโมงการทำงานของบุคลากรพยาบาลที่ใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยในหนึ่งวัน หรือ หนึ่งครั้งของการใช้บริการ เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นชั่วโมงการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจริง ซึ่งถ้าโรงพยาบาลใดมีชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันสูงแสดงว่าโรงพยาบาลนั้นมีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาลที่มีชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันน้อยกว่า สามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง เพียงพอ ได้รับการตอบสนองความต้องการในเวลาที่เหมาะสม คุณภาพการดูแลเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ได้ดีกว่า ซึ่งตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลตติยภูมิ ตามที่สำนักงานการพยาบาล (กฤษฎา แสงศิริ 2545) แนะนำไว้ว่าควรมีชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันเท่ากับ 4.5 และจากการสนทนากลุ่มถึงการศึกษาชั่วโมงความต้องการการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลเฉพาะหัวหน้าพยาบาลหรือตัวแทน โดยตรงจำนวน 29 คน จากโรงพยาบาลตติยภูมิ และตติยภูมิทั้งหมด 26 แห่ง ข้อสรุปจากการประชุมเสนอแนะชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก ควรมีชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันเท่ากับ 6, 4.80 และ 4.80 ตามลำดับ (ทัศนา บุญทอง 2547) มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความเพียงพอของอัตรากำลังที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

แมคคอสสกี (McCloskey, 1998) ศึกษาจากข้อมูลที่รวบรวมไว้ทุกๆหน่วยของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยในปี 1993 พบความสัมพันธ์โดยตรงของชั่วโมงการดูแลของบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดกับอัตราการเกิดแผลกดทับ และเมื่อควบคุมระดับความรุนแรงของผู้ป่วยพบความสัมพันธ์ทางลบของชั่วโมงการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพกับอัตราการเกิดแผลกดทับ

ซังฮัน โช และคณะ (Sung-Hyun Cho et.al., 2001) ศึกษาอิทธิพลของการจัดอัตรากำลังต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผลการศึกษาพบว่า จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมาก

ลินดา ฌอน และคัลลาส (Linda , Sean and Douglas, 2002) พบว่าถ้าสัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยต่ำจะมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น และศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบของการจัดอัตรากำลังในโรงพยาบาล การจัดการด้านโครงสร้างที่สนับสนุนการทำงานของพยาบาลกับความ

ไม่พึงพอใจในงาน และการรายงานคุณภาพการดูแลของพยาบาล จำนวนพยาบาลที่สำรวจทั้งสิ้น 10,319 คน ในโรงพยาบาล 303 แห่ง ของสหรัฐอเมริกา(แคลิฟอร์เนีย) แคนาดา (ออนตาริโอ และ บริติชโคลัมเบีย) อังกฤษ และสก็อตแลนด์ พบว่าความเหนื่อยหน่าย ความไม่พึงพอใจ ความกังวล เกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลเกิดขึ้นเป็นปกติในท่ามกลางพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และพบว่าการจัด อัตราค่าจ้างที่เหมาะสมรวมทั้งระบบการทำงานที่เกื้อหนุนการทำงานของพยาบาลจะช่วยลดความเหนื่อยหน่าย ความไม่พึงพอใจได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และยังเป็นหัวใจสำคัญที่จะปรับปรุงคุณภาพการดูแล

โดเนลสัน และคณะ (Donaldson et. al., 2004) ศึกษาโดยสุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาล 25 แห่ง ขนาดจำนวนเตียง 100 - 400 เตียง ที่แคลิฟอร์เนีย ในหอผู้ป่วย อายุรกรรม ศัลยกรรม 64 แห่ง พบความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับการเกิดแผลกดทับ

แยง (Yang 2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราค่าจ้าง และผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่าภาระงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 5 อย่างได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

เจเนต (Janet 2004) ศึกษาผลกระทบของสิ่งแวดล้อมในงานต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลพบว่าความเครียดจากภาระงานมีผลกระทบทางลบต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ห้องผ่าตัด ห้องพักรักษาหลังการผ่าตัด และหอผู้ป่วยไอซียูอย่างมาก

การเรสตัน (Garretson 2004) ศึกษาเกี่ยวกับสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกา ปี 2004 พบว่าการลดจำนวนพยาบาลทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลลดลง เพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ทำให้ขวัญกำลังใจพยาบาลน้อยลง ส่งผลถึงการที่พยาบาลจะยังคงอยู่ในระบบ การต้องหาพยาบาลเข้ามาทดแทน และเสี่ยงต่อการฟ้องร้องเนื่องจากการปฏิบัติไม่ได้มาตรฐานซึ่งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายไปกับการฟ้องร้องมากกว่าการจ้างพยาบาลเพิ่มขึ้น

เคอร์ชิด และคณะ (Khurshid et.al., 2004) ศึกษาการรับรู้ถึงความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยการสัมภาษณ์(Focus Group)ในพยาบาล 45 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ระบุว่าประเด็นหลักที่ทำให้ไม่พึงพอใจในงานคือความขาดแคลนพยาบาลจนทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงไม่มีเวลาแม้แต่จะหยุดพักเพื่อดื่มน้ำ และมีงานเอกสารมากเกินไป

คาปอล และคณะ (Capon et.al., 2005) ศึกษาอัตราความชุก และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจำนวน 571 คนในสถานพักฟื้นระยะยาว 10 แห่งในกรุงโรมประเทศ



อิตาลีพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในกลุ่มที่มีสัดส่วนของจำนวนพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วย 10 คน มากกว่าการดูแลผู้ป่วย 5 คน

ชีเวิร์ด และคณะ (Sheward et.al., 2005) ศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความไม่พึงพอใจของพยาบาลต่องานที่ทำอยู่ พยาบาลที่ต้องทำงานล่วงเวลาติดต่อกันหลายๆ วันหรือทำงานโดยปราศจากการสนับสนุนที่เพียงพอ มีแนวโน้มการขาดงานสูง และมีสุขภาพทรุดโทรมลง

แอนมารี (Annmarie 2005) ศึกษาความเครียดในงานและความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 102 คน พบว่าการเพิ่มภาระงานส่งผลให้เกิดความเครียดของพยาบาล จากการศึกษาแนะนำว่าผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดหาโปรแกรมการอบรมขณะทำงานเพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น จะช่วยลดระดับความเครียด และความเหนื่อยหน่ายในงาน

Bunpicha Chipakdee และคณะ (2005) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมจำนวน 98 หอผู้ป่วย จากโรงพยาบาล 15 แห่ง ทางภาคเหนือของประเทศไทยผลการศึกษาพบว่าชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับทางบวก ขณะที่สัดส่วนของผู้เชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดแผลกดทับ

เคท และคาเมล (Kate and Carmel 2006) การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลความเครียดและในสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ (Nursing Homes) พบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งของความเครียดมาจากจำนวนบุคลากรพยาบาลไม่พอ มีภาระงานมากที่ต้องทำ

แอน และคณะ (Anne et.al., 2006) ทำการสำรวจข้อมูลในผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป กระดูกและข้อ และคนไข้ผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือด จำนวน 118,752 ราย ในประเทศอังกฤษ โดยแบ่งเป็นกลุ่มพยาบาลที่มีสัดส่วนผู้ป่วยในความดูแลน้อย และกลุ่มพยาบาลที่มีสัดส่วนผู้ป่วยในความดูแลมาก พบว่ากลุ่มพยาบาลที่มีสัดส่วนผู้ป่วยในความดูแลน้อยมีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีกว่ากลุ่มพยาบาลที่มีสัดส่วนผู้ป่วยในความดูแลมาก กลุ่มพยาบาลที่มีสัดส่วนผู้ป่วยในความดูแลมาก มีผู้ป่วยมีอัตราตายที่สูงถึง 26 เปอร์เซ็นต์ พยาบาลในกลุ่มนี้พึงพอใจในงานต่ำ มีระดับความเหนื่อยหน่ายสูง มีรายงานเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลที่ลดต่ำลง

การายอน และกัซ (Carayon and Gurses 2006) แห่งมหาวิทยาลัย Wisconsin ในสหรัฐอเมริกาได้ศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างภาระงานพยาบาลกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยไอซียู พบว่า ภาระงานที่หนักของพยาบาลส่งผลให้การตรวจตราดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องช่วยหายใจไม่ถูกต้อง การบริหารยาผิดพลาด มีการติดเชื้ในโรงพยาบาล

เพิ่มขึ้น คนไข้ออกจาก ICU ได้ช้าลง พยาบาลสื่อสารกับคนไข้ได้น้อย พยาบาลไม่พึงพอใจในงาน และอ่อนล้าจากการทำงานได้ง่าย

แนนซี (Nancy, 2006) ทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และความพึงพอใจในงานของพยาบาล 454 คน ในทางเหนือของสหรัฐอเมริกาพบความสัมพันธ์ทางลบของความเครียด และความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยความเครียดของพยาบาลเป็นปัจจัยทำนายความพึงพอใจในงานได้ดีที่สุด และพบความสัมพันธ์ของภาระงานส่งเสริมให้เกิดความเครียดมากที่สุด

แอน และคณะ (Anne et.al., 2006) ศึกษาในประเทศอังกฤษเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงจัดอัตรากำลังพบว่าสัดส่วนคนไข้ต่อพยาบาลที่สูงพบอัตราตายเพิ่มมากขึ้น การช่วยชีวิตล้มเหลว ความพึงพอใจของพยาบาลลดลง เกิดความเหนื่อยหน่าย และมีผลต่อคุณภาพการดูแล

อลัน และคณะ (Alan et.al., 2006) วิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในการทำงาน ภาระงาน และอัตรากำลังกับคุณภาพการดูแล จากจำนวน 2162 เรื่อง พบมีงานวิจัย 38 เรื่อง ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของสัดส่วนของอัตรากำลังทั้งหมดกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้แก่ แผลกดทับ พลัดตกหกล้ม และปอดบวม

อรพินธ์ เจริญผล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีพบว่าปัญหาส่วนใหญ่มาจากผู้บังคับบัญชา ไม่มีเหตุผลไม่ฟังความคิดเห็นเจ้าหน้าที่ ปริมาณงานมาก โดยเฉพาะงานเอกสาร งานหนักรับผิดชอบสูงตลอด 24 ชั่วโมง และขณะทำการศึกษาคือเวลาที่โรงพยาบาลอยู่ในช่วงของการพัฒนาเพื่อรองรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการทำงาน ให้มีมาตรฐาน และสามารถตรวจสอบได้ จึงมีภาระงานด้านเอกสารเพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาระงานของพยาบาลเป็นงานที่ค่อนข้างหนักอยู่แล้ว

สมสมัย สุธีรศานต์ (2544) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในงานโดยรวมปานกลางค่อนข้างมาก มีคำถามปลายเปิด ถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลต้องการให้ปรับปรุงมากที่สุดคือการจัดอัตรากำลังไม่เพียงพอกับปริมาณงานซึ่งแสดงให้เห็นว่าความไม่เพียงพอของอัตรากำลังดังกล่าวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเหมือนกันแทบทุกโรงพยาบาล

รัชณี ศุภจินทรรัตน์ (2545) ทำการศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อบริการสุขภาพ และการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าตัวแปรที่ใช้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการดูแลผู้ป่วย 10 ตัวแปร ครอบคลุมทั้งโครงสร้าง

กระบวนการ ผลลัพธ์ ด้าน โครงสร้าง ได้แก่ จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานการพยาบาลลด การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นนักบริหาร ด้านกระบวนการ ได้แก่ เวลาในการให้การพยาบาล ขั้นพื้นฐาน การรักษาระดับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลเชิงวิชาชีพ ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ การ ร้องเรียนของผู้ป่วย และครอบครัว การเกิดแผลกดทับและแผลถลอก อุบัติเหตุ อุบัติการณ์ที่เกิด ขึ้นกับผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล การที่ พยาบาลวิชาชีพยังคงอยู่ในงานปฏิบัติพยาบาล

รัชนี ศุภจินทรรัตน์ (2549) ศึกษาการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร: ดัชนีบ่งชี้คุณภาพ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม จำนวน 40 แห่ง พบอัตราการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์กับร้อยละพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาล ทั้งหมดทางด้านลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-0.499$ ,  $p=0.003$ ) ซึ่งร้อยละ พยาบาลวิชาชีพสามารถทำนายอัตราการเกิดแผลกดทับ โดยถ้าเพิ่มพยาบาลวิชาชีพขึ้นร้อยละ 10 จะช่วยลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้ร้อยละ 2.29

### 1.3 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (Work Hour per Week)

คณะกรรมการพลเรือนได้กำหนดเกณฑ์เวลามาตรฐาน (Standard Time) ให้ พยาบาลทำงาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ทัศนยา บุญทอง 2547) และตามพระราชบัญญัติคุ้มครอง แรงงานของประเทศไทยปี พ.ศ. 2540 (<http://hrm.siamhrm.com>) ระบุให้พนักงานทำงาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในต่างประเทศ ตามหลักเกณฑ์ของมาตรฐาน SA8000 (Social Accountability) (<http://maxquality.net/pan7.htm>) ซึ่งเป็นเป็นมาตรฐานสากลว่าด้วยเรื่อง สิทธิพนักงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของผู้ใช้แรงงาน มาตรฐาน SA 8000 ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ๆ ด้วยกัน และในส่วนของ 4 มีชื่อว่า Social Accountability Requirements ซึ่งประกอบด้วย 9 ส่วนย่อยที่ครอบคลุมในเรื่อง แรงงานเด็กแรงงานบังคับ สุขภาพและความ ปลอดภัย ความมีอิสระในการรวมกลุ่ม ชั่วโมงการทำงาน ค่าชดเชย ในส่วนของจำนวนชั่วโมงการ ทำงาน (Working Hours) คือผู้ประกอบการจะต้องไม่ให้พนักงานทำงานมากกว่า 60 ชั่วโมง/สัปดาห์ (รวมทั้งการทำงานล่วงเวลาด้วย โดยพนักงานจะต้องได้รับค่าล่วงเวลาโดยถูกต้องตามกฎหมาย) ทั้งนี้ต้องให้ลูกจ้างพนักงานพักงานอย่างน้อย 24 ชั่วโมงติดต่อกันในทุก ๆ สัปดาห์ พร้อมทั้งให้ ลูกจ้างลาพักร้อนทุกปีโดยได้รับเงินเดือนด้วย และตามข้อกำหนดของสภารับรองมาตรฐาน การศึกษาของแพทย์ของประเทศอังกฤษ (The Accreditation Council for Graduate Medical Education: ACGME) ได้ออกข้อกำหนดเริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2003 (Irani et.al., 2005) โดยห้ามแพทย์ ฝึกหัดทำงานมากกว่า 80 ชั่วโมง/สัปดาห์ และห้ามทำงานติดต่อกันเกิน 30 ชั่วโมงเพื่อควบคุม คุณภาพการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของแพทย์

ในสภาวะขาดแคลนพยาบาลของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย โรงพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งต้องคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากที่สุด โดยจัดสรรพยาบาลให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานล่วงเวลา หลักเกณฑ์การทำงานล่วงเวลาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน เน้นเฉพาะการทำงานของบุคคลทั่วไป พนักงาน ลูกจ้างแต่ไม่ได้มีการระบุถึงการทำงานล่วงเวลาของพยาบาล อาจเนื่องจากในอดีตยังไม่เกิดปัญหาความขาดแคลนพยาบาล จึงยังไม่มีมาตรการควบคุมชั่วโมงการทำงานล่วงเวลาในพยาบาล และด้วยการพยาบาลเป็นการกระทำต่อชีวิตมนุษย์ การควบคุมมิให้มีชั่วโมงการทำงานล่วงเวลามากเกินไปน่าจะเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงและพึงระมัดระวัง การที่พยาบาลยังจะคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายทั้งจิตใจ อารมณ์ สภาวะที่พร้อมต่อการให้บริการ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม ไม่เกิดความผิดพลาด พยาบาลสมควรปฏิบัติงานล่วงเวลาเป็นเวลาเท่าใด จึงจะไม่ส่งผลด้านลบต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลนับเป็นประเด็นที่น่าสนใจโดยมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความเหนื่อยล้าจากชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

จำเรญลักษณ์ เกิดสุวรรณ (2523) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลระหว่างการจัดตารางเวรแบบ 8 ชั่วโมง/วันกับการจัดตารางเวรแบบ 10 ชั่วโมง/วัน ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง/วัน และ 10 ชั่วโมง/วันโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง/วัน มีความพึงพอใจในงานมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงาน 10 ชั่วโมง/วัน โดยหมวดที่ตามถึงความพึงพอใจในลักษณะงาน พยาบาลที่ปฏิบัติงาน 10 ชั่วโมง/วัน ได้รับคะแนนเฉลี่ยไม่พึงพอใจมากที่สุดคือข้อที่ตามถึงจำนวนชั่วโมงการทำงานที่นานเกินไป และการมีภาระส่วนตัวที่ต้องรับผิดชอบมากจนเป็นอุปสรรคสำหรับการจัดเวรแบบ 10 ชั่วโมง/วัน

ลิปคอม และคณะ (Lipscomb et.al., 2000) ศึกษาถึงตารางการทำงาน และรายงานความผิดปกติการทำงานของโครงสร้างกระดูก โดยสุ่มจากพยาบาลใน 2 รัฐ ในสหรัฐอเมริกา ระหว่างเดือนตุลาคม 1999 - กุมภาพันธ์ 2000 จำนวนพยาบาล 1,163 คน ผลการศึกษาแสดงว่าการทำงานมากกว่า 12 ชั่วโมง/วัน มากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ และ ชั่วโมงที่หยุด วันหยุดสุดสัปดาห์ หรือวันหยุดอื่นๆ สัมพันธ์กับร้อยละ 50-170 ของการเพิ่มความผิดปกติในการทำงานของโครงสร้างกระดูกใน 3 ส่วนของร่างกายคือ คอ ไหล่ และหลัง

โจเทน เทม และเทอริ (Josten, Tham and Thierry 2003) ทำการศึกษาเปรียบเทียบในพยาบาลจำนวน 134 คน ในสถานพักฟื้นประเทศเนเธอร์แลนด์ถึงจำนวนชั่วโมงการทำงานแบบ 9 ชั่วโมง/เวร และ 8 ชั่วโมง/เวร ว่ามีผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความเหนื่อยล้า สมรรถนะในการทำงานอย่างไร พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงาน 9 ชั่วโมง/เวร มีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่าย บ่นเรื่องภาวะสุขภาพ ไม่พึงพอใจเกี่ยวกับชั่วโมงการทำงาน และการไม่มีเวลาว่าง

ส่วนตัว มากกว่าพยาบาลที่ทำงาน 8 ชั่วโมง/เวร ประสิทธิภาพการทำงานลดลงเล็กน้อย พยาบาล ร้อยละ 70 – 80 ตอบว่าต้องการการทำงานแบบ 8 ชั่วโมง/เวร โดยต้องการการทำงานในช่วงเวลา เช้า และบ่ายจะดีที่สุด

พอร์เทลล่า โรเทนเบอร์ก และเวสแมน (Portela, Rotenberg and Waissmann, 2005) ศึกษาถึงภาวะสุขภาพ การนอนหลับ การขาดเวลาส่วนตัวกับการดูแลครอบครัว และ ค่าตอบแทนที่โรงพยาบาลของรัฐ ประเทศบราซิล จำนวนพยาบาล 206 คน พบว่าพยาบาลในกลุ่ม ที่มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 44 ชั่วโมง/สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการควบคุม อารมณ์เล็กน้อย ไม่พึงพอใจในเรื่องการขาดเวลาพักผ่อน เวลาว่างส่วนตัว ไม่มีเวลาในการดูแลบ้าน และบุตร ส่วนในกลุ่มพยาบาลที่ทำงานมากกว่า 84 ชั่วโมง/สัปดาห์ พบปัญหาเรื่องเส้นเลือดขาด ความดันโลหิตสูง และปวดศีรษะ

ริชาร์ดสัน และคณะ (Richardson et. al., 2007) ศึกษาผลของการทำงาน 12 ชั่วโมง ในกลุ่มพยาบาล 16 คน ของหอผู้ป่วยหนักในรัฐนิวคาสเซิล (Newcastle) พบผลการศึกษาใน 2 ด้าน ด้านที่พยาบาลรู้สึกพอใจได้แก่ ความยืดหยุ่นในการทำงาน ที่ทำให้สามารถวางแผนการดูแล ก่อนหลัง เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำงาน และมีความสะดวกในการมาทำงาน ด้านตรงกันข้าม คือไม่เป็นแรงกระตุ้นให้พยาบาลเกิดความ ต้องการงานเนื่องจากความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า เมื่อต้องทำงาน 12 ชั่วโมง/เวร

ล็อกเลย์ และคณะ (Lockley et.al., 2007) ศึกษาถึงชั่วโมงการทำงาน การได้รับการ พักผ่อนนอนหลับ สมรรถนะในการทำงานของแพทย์และพยาบาล พบว่าพยาบาลที่ทำงานมากกว่า 12.5 ชั่วโมง/เวร เพิ่มความเสี่ยง และลดความระมัดระวังในงาน อาจเกิดอุบัติเหตุในงาน ให้ยา ผิดพลาด ถ้าเปรียบเทียบการทำงาน 16 ชั่วโมงของแพทย์ฝึกหัด/เวร พบว่ามีความเอาใจใส่ ตั้งใจต่อ การทำงานไม่ดีพอ และเมื่อทำงานกลางคืนพบ โอกาสให้ยาผิดพลาดถึงร้อยละ 36 โดยระบุว่าสาเหตุ สำคัญที่สุดของการให้ยาผิดพลาด มาจากความเหนื่อยล้าในการทำงาน สรุปว่าการขยายการทำงาน เกิน 1 เวน ทำให้เพิ่มความเหนื่อยล้า ลดประสิทธิภาพในการทำงาน และลดความปลอดภัยในการ ทำงาน ทั้งในส่วนของผู้ให้และผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การป้องกันความเหนื่อยล้า ความผิดพลาดในการให้ยา โอกาสประสบอุบัติเหตุขณะทำงานเพิ่มขึ้น และเสนอให้รัฐบาลสหรัฐ มีการกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ติดต่อกัน

เรท โรบินสัน และทอดด์ (Reid, Robinson & Todd, 1989 อ้างในวาริ ชะลอธรรม 2544) ได้ศึกษาคุณภาพการพยาบาล ในหอผู้ป่วยที่มีการจัดตารางเวรแบบ 8 และ 12 ชั่วโมง/วัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่มีการจัดตารางเวรแบบ 8 และ 12 ชั่วโมง/วัน ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยจำนวน 10 หอผู้ป่วย ในโรงพยาบาล 2 แห่งของรัฐ

ไอร์แลนด์เหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้นๆและวัดคุณภาพการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพการพยาบาลของการจัดตารางเวรแบบ 12 ชั่วโมง/วัน ต่ำกว่าการจัดตารางเวรแบบ 8 ชั่วโมง/วัน พยาบาลไม่ชอบการปฏิบัติงานแบบ 12 ชั่วโมง/วัน และมีผลกระทบเล็กน้อยต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย

ลักษณะงานพยาบาลเป็นการดูแลมนุษย์ที่ต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ ดังนี้

1. เป็นงานที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเป็นหลักในการทำงาน
2. มีการทำงานเป็นทีม มีขอบข่ายกว้างขวาง ต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาวะ อนามัยของประชาชน
3. เป็นงานที่ประสบกับสิ่งไม่สดชื่นสวยงามเผชิญกับความเจ็บป่วย ความทุกข์ของผู้ใช้บริการ สภาพแวดล้อมที่ไม่คงที่ของผู้ป่วย ญาติ รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพ
4. เป็นลักษณะงานที่ต้องหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนเพื่อดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องปฏิบัติงานในวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ วันหยุดนักขัตฤกษ์ พยาบาลจึงต้องมีการปรับตัวในรอบการนอนมีผลให้จังหวะชีวภาพเปลี่ยนแปลงส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง
5. เป็นงานที่เสี่ยงอันตราย และมีความเครียดสูงเนื่องจากกระทำโดยตรงต่อชีวิตมนุษย์ ต้องระมัดระวัง ขอมให้ผิดพลาดไม่ได้
6. เป็นงานหนักเนื่องจากผู้ป่วยต้องการการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง หรือตลอดเวลาที่พักอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลที่ขึ้นทำงานแต่ละเวรต้องมีการประสานงาน การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยการส่งเวร ซึ่งต้องอาศัยเวลาการส่งต่อข้อมูลระยะหนึ่ง จึงทำให้พยาบาลต้องขึ้นทำงานก่อนเวลาประมาณ 30- 60 นาที และลงช้ากว่าเวลาทำงานจริง 30- 60 นาที เช่นกัน กล่าวคือพยาบาลต้องทำงานมากกว่าเวลาทำงานจริง 1- 2 ชั่วโมง และในช่วงที่มีผู้ป่วยมากจนต้องจัดเตียงเสริมรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นพยาบาลย่อมต้องใช้เวลาการส่งต่อข้อมูลเพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องปฏิบัติงานในเวรของคนที่ยังทำไม่แล้วเสร็จให้เรียบร้อยก่อนจึงจะออกเวรได้เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบผู้ปฏิบัติงานเวรถัดไปที่มีภาระงานในเวรของตนมากพออยู่แล้ว
7. ลักษณะงานเฉพาะของโรงพยาบาลศัลยกรรมที่มีความขาดแคลนพยาบาล ต้องแก้ปัญหาโดยการเพิ่มอัตรากำลัง ทำโดยให้พยาบาลที่มีอยู่ปฏิบัติงานล่วงเวลาเพื่อให้มีอัตรากำลังเพิ่มขึ้นสามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงมากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลแต่ละคนต้องปฏิบัติงานล่วงเวลาโดยเฉลี่ย 12 เวร/เดือน การปฏิบัติงานล่วงเวลาเป็นการปฏิบัติงานต่อเวร คือ ปฏิบัติงาน ติดต่อกันอย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อวัน เช่น การอยู่เวรป่วยต่อเวรคึก หรือเวรเช้าต่อเวรป่วย ซึ่งจากลักษณะงานพยาบาลที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่นที่นับว่าเป็นงานที่มีความเครียดสูงอยู่แล้วยังต้องเผชิญความเครียด

เพิ่มขึ้นจากเดิมที่ต้องมีระยะเวลาการปฏิบัติงานนานขึ้น เพราะความรับผิดชอบร่วมกันกับสมาชิก ทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยของคนไข้ได้รับการดูแลที่เพียงพอเท่าที่ตนเองสามารถ จะกระทำได้ การได้รับค่าตอบแทนเป็นส่วนหนึ่งที่ยาบาลต้องการตามหลักปัจจัยของเฮอริเบิร์ก แต่เมื่อมีการทำงานล่วงเวลาที่มากเกินไปทำให้พยาบาลไม่มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ ขาดเวลาส่วนตัว และเวลาในการดูแลสุขภาพ ขาดเวลาในการดูแลครอบครัว ไม่มีเวลาผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและ จิตใจ ความต้องการค่าตอบแทนดังกล่าว จึงลดน้อยลง พยาบาลกลับรู้สึกมีความต้องการทางด้าน ร่างกายคือการพักผ่อนตามหลักความต้องการพื้นฐานมนุษย์ของมาสโลว์ แต่พยาบาลไม่สามารถ หยุดการทำงานล่วงเวลาได้ตามที่ตนต้องการ พยาบาลจึงรู้สึกกดดัน เกิดความขัดแย้งในตนเอง และ เกิดความไม่พอใจในองค์กรที่ไม่สามารถช่วยจัดการกับปัญหาความขาดแคลนกำลังคนให้ได้ สิ่ง เหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจของพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

จะเห็นได้ว่าลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆมากมาย อันจะ ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานที่สะสม ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานส่งผลทำให้พยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความคิด เจตคติ และพฤติกรรมไปในทางลบ ความสามารถในการเรียนรู้ รับรู้ เฉลียวปัญหา การแก้ไขปัญหาลดลง ความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลนี้เองทำให้พยาบาลผู้ซึ่งมีจริยธรรม ความรับผิดชอบในหน้าที่ เกิดความล้าชวยใจต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านลบ เกิดความขัดแย้งในใจ เกิดความเครียด และความรู้สึกกดดัน หากความเครียดไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้พยาบาลเกิดเจตคติไม่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล ต่อผู้ป่วย ต่อผู้ใช้บริการ และต่อเพื่อนร่วมงาน เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ประสิทธิภาพการทำงาน ลดลง ความเหนื่อยหน่ายจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ได้แก่ ความอ่อนเพลีย ท้อแท้ ขาดความรู้สึกรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ขาดการยอมรับนับถือตัวใน ผู้รับบริการ หลีกเลี่ยงในการให้บริการต่อผู้ป่วย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนวัตถุไม่ใช่บุคคล ขาดความ เป็นมิตร ชอบคดีเย็น เกิดความขัดแย้งกับผู้อื่นได้ง่าย ขาดความเป็นกันเอง การติดต่อประสานงาน กับเพื่อนร่วมงานจะเป็น ไปในลักษณะเป็นทางการเท่านั้น ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน ร่วมงาน และผู้ป่วยได้ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ทำงานเพียงเพื่อให้แล้วเสร็จ ไม่สนใจผลเสีย ที่จะตามมา ขาดความริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจที่จะก้าวหน้าในอาชีพ สิ่งที่เกิดขึ้นจาก ความเครียด ความเหนื่อยหน่ายดังกล่าว นับเป็นสัญญาณที่จะทำนายเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และผลลัพธ์การพยาบาล

## 2. แนวคิดด้านคุณภาพการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

### 2.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล

คุณภาพในความหมายของความอยู่รอด (Survive) หมายถึง การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการลงทุนลงแรง การทำซ้ำ การสูญเปล่า สิ้นเปลืองน้อยที่สุด ส่วนระดับ Word Class หมายถึง ระดับคุณภาพที่สามารถแข่งได้ทั้งผลิตภัณฑ์และการบริการ ตลอดจนสามารถพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จนสามารถพัฒนาได้ด้วยตนเอง (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2544)

โอแมนโซ (Omanchon, 1990) กล่าวว่า คุณภาพการพยาบาลสามารถประเมินได้จากคุณภาพการดูแล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือคุณภาพตามความเป็นจริง เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการ ใ้ให้การดูแลผู้รับบริการตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้น และคุณภาพตามการรับรู้ เกิดจากการที่ผู้รับบริการรับรู้ว่าการบริการที่ได้นั้นมีคุณภาพ ซึ่งคุณภาพตามการรับรู้นี้เป็นตัวชี้วัดอันแรกของการประเมินคุณภาพการพยาบาลที่มุ่งเน้นความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

คุณภาพการดูแล หมายถึง บริการสุขภาพที่ให้แก่นบุคคลหรือประชาชนเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์และสอดคล้องกับความรู้เชิงวิชาชีพที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Institute of Medicine ปี 1990 อ้างในพรทิพย์ มาลาธรรม และประคอง อินทรสมบัติ 2549)

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2544) คุณภาพ หมายถึง สิ่งที่ใช้บริการ หรือลูกค้าพึงพอใจ โดยไม่เป็นภัยต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ในมิติของการบริการสุขภาพนั้น การบริหารคุณภาพจำเป็นต้องทำถูกตั้งแต่ต้นในทุกครั้งที่ทำ

วิภาดา คุณาวิทิตกุล และคณะ (2543) ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพการพยาบาล โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และผู้บริหารของโรงพยาบาลตติยภูมิ ทุติยภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน ผลการศึกษาสรุปความหมายของคุณภาพการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างเป็นองค์รวมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545: 339) คุณภาพ หมายถึง ลักษณะต่างๆของผลิตภัณฑ์หรือการบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคหรือผู้รับบริการทำให้ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

สรุปได้ว่าคุณภาพการพยาบาล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างเป็นองค์รวมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการกำหนดมาตรฐาน 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง



ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ คุณภาพเป็นสิ่งที่กำหนดโดยผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

## 2.2 ความสำคัญของการจัดอัตรากำลังต่อคุณภาพการพยาบาล

เนื่องจากสถานการณ์ในระบบสุขภาพปัจจุบัน มีงบประมาณจำกัดทั้งในเรื่องคน และทรัพยากรอื่นๆ แต่มีความคาดหวังเพิ่มขึ้นในทุกๆมุมมอง ได้แก่ ด้านผู้รับบริการ ผู้กำหนดนโยบาย การบริการสุขภาพที่เน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการ เน้นคุณภาพการบริการ อัตรากำลังเป็นปัจจัยนำเข้าด้านโครงสร้างที่ต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดคุณค่าสูงสุดต่อผู้รับบริการ ประเด็นสำคัญที่จะต้องคำนึงถึง ผู้รับบริการจะต้องได้รับการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ บริการมีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการในขณะเดียวกัน จะต้องมีการบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาลที่เหมาะสม ไม่ใช่กำลังคนมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ซึ่งจะเป็นการใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่า และถ้าน้อยเกินไปบุคลากรจะต้องแบกรับภาระงานที่เกินกำลัง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า มีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานหรือภาวะเสี่ยงขึ้นได้ ขาดขวัญกำลังใจ คุณภาพในการปฏิบัติงานลดลง (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และคณะ 2547) มีการศึกษาภาวะสุขภาพพยาบาล และมาตรฐานการบริการพยาบาลโดยใช้วิธีการศึกษา 3 วิธีคือ การสำรวจ การสัมภาษณ์และการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาทั้งสามวิธี พบข้อมูลที่สอดคล้องกันคือ ปัญหาด้านภาระงานที่หนักจากการขาดแคลนบุคลากรทำให้มีการทำงานล่วงเวลาเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการทำงาน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงได้ (วรรณภา ศรีธีธรัตน์ และคณะ 2549) การที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร และอาจกลายเป็นปัญหาความเสี่ยง ได้แก่ การมีโอกาสดูอุบัติเหตุดูจากความเหนื่อยล้า งานหนัก งานมากและการที่ต้องเร่งรีบทำงาน หรือทำงานนานเกินไป มีโอกาสผิดพลาด พลังพลอได้ แนวคิดการจัดอัตรากำลังในปัจจุบันจึงเน้นเพื่อประกันความปลอดภัย(Safe Staffing) ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ จำเป็นต้องมีการจัดการทรัพยากรที่มีจำกัด ให้กับงานที่มีอยู่จริงอย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา โดยจะต้องบริหารอัตรากำลังให้เกิดสมดุลระหว่างคุณภาพที่คาดหวัง กำลังแรงงาน และความสามารถในการทำงานที่มีอยู่ของบุคลากร (วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ 2547) ดังนั้นการจัดบริการที่มีคุณภาพให้ได้ผลสัมฤทธิ์ และมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับจำนวนบุคลากร ทักษะปฏิบัติ ความรู้ ความชำนาญที่เหมาะสม เพียงพอที่จะแน่ใจได้ว่าสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง การจัดอัตรากำลังมีเป้าหมายสำคัญเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามภารกิจหลัก บุคลากรมีความก้าวหน้าในสายอาชีพ มีความพอใจในการทำงาน และสามารถธำรงรักษามูลค่าที่มีคุณภาพไว้ได้ ในยุคปัจจุบันที่มีความขาดแคลนพยาบาลเกิดขึ้นรุนแรง ผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลท่ามกลางผลลัพธ์ที่

ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และควรอยู่บนพื้นฐานที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังตามข้อบ่งชี้ ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (มาริษา สมบัติบุรณ์ 2546: 5)

### 2.3 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ความหมายของผลลัพธ์ทางการพยาบาล

โคนาบีเคียน (Donabedian, 1992: 356 อ้างในรัชนี้ ศุจิจันทร์รัตน์ 2549: 7) ได้ให้ความหมายผลลัพธ์เพิ่มเติมว่าหมายถึง สภาวะหรือสถานะของบุคคลและประชากรที่เป็นผลมาจากการให้บริการสุขภาพ ซึ่งรวมรวมถึงการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ความเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกรหรือพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพในอนาคตและความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพ

แลง (Lang, 1976: 10 อ้างใน สำนักการพยาบาล 2547: 19) ผลลัพธ์ หมายถึง ผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย อันเกิดจากการพยาบาลที่วัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของสถานะ ด้านสุขภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ซึ่งการวัดต้องวัดทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้น รวมทั้งผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการปฏิบัติ

โอแมน และเฮอร์เบอร์ (Oermann and Huber, 1991: 41 อ้างในพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ 2544: 77) กล่าวว่าผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นมาจากความพยายามในการปฏิบัติให้ได้ผลตามเป้าหมาย

ดาโรว์ (Darow, 2003 อ้างใน สุวิณี วิวัฒน์วานิช 2549: 1) กล่าวว่าผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นหลักฐาน ว่าเกิดจากการกระทำโดยพยาบาล หรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ผลลัพธ์ทางการพยาบาล หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นในผู้รับบริการทั้งทางด้านสภาวะสุขภาพ ความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ และการปฏิบัติตามคำแนะนำที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการให้การพยาบาลซึ่งสามารถวัดได้

### 2.4 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การประเมินผลลัพธ์ (Outcomes Evaluation) เป็นการประเมินประเด็นสำคัญที่เกิดจากการดูแลซึ่งได้กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบผลหรือคุณภาพของบริการการดูแล การประเมิน ผลลัพธ์สามารถช่วยในการยืนยันคุณภาพทางการพยาบาล บอกถึงผลกระทบของการพยาบาลต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้รับบริการ ผลกระทบของการพยาบาลต่อหน่วยงานได้แก่ ประสิทธิภาพ ต้นทุน ความพึงพอใจ และทำให้รู้ว่าควรพัฒนาคุณภาพเรื่องใด (สุวิณี วิวัฒน์วานิช 2549: 5)

ในการวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาลต้องมี สิ่งบ่งชี้หรือดัชนี (Indicator Outcomes) การประเมินคุณภาพทางการพยาบาลมีการแบ่งกลุ่มผลลัพธ์ออกเป็นหลายแนวคิด แต่แนวคิดที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในการนำมาใช้คือ แนวคิดของ โคนาบีเดียน (Donabedian) ที่เรียกว่าทฤษฎีระบบ (System Theory) (Donabedian, 1992) โดยประเมินผลลัพธ์ใน 3 ด้านคือ

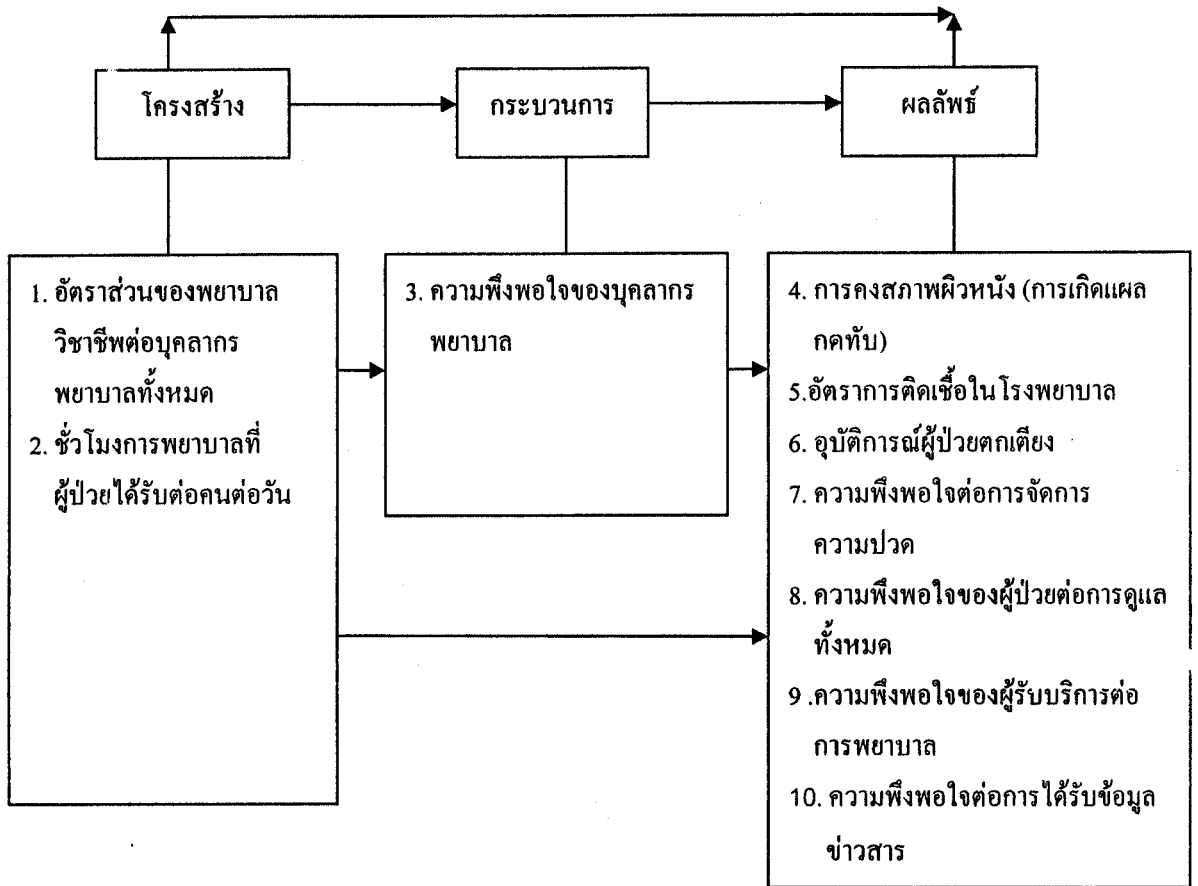
**2.4.1 ด้านโครงสร้าง** ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยด้านกายภาพ และมาตรฐานการดูแล

**2.4.2 ด้านกระบวนการ** ได้แก่ กิจกรรม การดูแล และลำดับของการดูแล

**2.4.3 ด้านผลลัพธ์** ได้แก่ สภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการทางด้านร่างกายและจิตใจ การทำหน้าที่ด้านร่างกายและสังคม ทศนคติด้านสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรม การใช้แหล่งประโยชน์ทางบุคลากรสุขภาพ และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพการดูแล

ส่วนกลุ่มตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลตามข้อเสนอของสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (National Quality Indicators: American Nurse Association, 1996) อ้างใน สำนักการพยาบาล 2547) ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 10 ตัวชี้วัดดังนี้

- 1) ด้าน โครงสร้าง ได้แก่ สัดส่วนผสมผสานอัตรากำลัง และจำนวนชั่วโมงการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน
- 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาล
- 3) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม การได้รับการตอบสนองต่อการปวด ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการพยาบาล ความพึงพอใจโดยรวม ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลข่าวสาร



ภาพที่ 2.1 ดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่เสนอแนะโดยสมาคมพยาบาลอเมริกัน (National Quality Indicators: American Nurse Association (ANA), 1996: Moore, Lynn, McMillen and Evans, 1999 อ้างในรัชนี้ สุจิจันทร์รัตน์ 2549: 28)

ดัชนีชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลของสำนักงานพยาบาลประกอบด้วยดัชนี 10 ประการซึ่งได้ผ่านการคัดเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิในการประชุมคัดเลือกตัวชี้วัดระดับชาติของประเทศไทยจัดโดยสำนักงานพยาบาลในปี 2547 (สำนักงานพยาบาล 2547: 14)

ด้านโครงสร้าง ได้แก่ การผสมผสานอัตรากำลัง จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อวันนอนในโรงพยาบาล

ด้านกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล

ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การประเมินคุณภาพทางการพยาบาลจะใช้ดัชนีชี้วัดใดนั้น นอกจากพิจารณาตามกรอบโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์แล้วยัง ขึ้นอยู่กับบริบทขององค์กร หรือระบบบริการ นั้น ๆ ซึ่งควรพิจารณาตัวชี้วัดที่มีความไวต่อผลของการพยาบาล (Nursing-Sensitive Quality Indicators) หมายถึง ดัชนีชี้วัดที่บ่งบอกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการพยาบาลมากที่สุด (The American Medical Association, 1986) เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ ความรุนแรงของอาการ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นต้น และควรพิจารณาตามกรอบเวลาที่จะบรรลุเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับดัชนีชี้วัดที่ใช้ประเมินคุณภาพเนื่องจากผลลัพธ์ของกิจกรรมการพยาบาลแต่ละอย่างจะใช้เวลาในการสัมฤทธิ์ผลต่างกัน เช่นการเกิดแผลกดทับใช้เวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมงซึ่งต้องการการป้องกันในทันที ขณะที่คุณภาพชีวิตต้องใช้เวลาที่นานกว่าจึงจะประเมินได้

## 2.5 ความสำคัญของการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การบริการพยาบาลปฏิบัติโดยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลซึ่งต้องสามารถรับรองผลของการปฏิบัติการพยาบาลได้ หมายถึงพยาบาลต้องตระหนักในความรับผิดชอบในการประกอบวิชาชีพ รับผิดชอบต่อสังคม ผลของการพยาบาลที่บ่งบอกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นที่ผู้ใช้บริการมีประสิทธิผลสูงสุดได้เกิดขึ้นแล้วด้วยการวัดผลลัพธ์

การนำเอาผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลได้เกิดขึ้นมาตั้งแต่ในสมัยของฟลอเรนไนติงเกิล (Florence Nitingale) โดยใช้สถิติชีวภาพคืออัตราตายของผู้ป่วยเป็นตัวบ่งชี้การปฏิบัติการพยาบาล และนำผลที่วัดได้มาปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลทำให้ลดอัตราตายของผู้ป่วย จาก 60 เปอร์เซ็นต์ ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2 (Lang and Marck, 1990 อ้างในพวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ 2544: 73)

จากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในโลก ปัจจุบันทำให้การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาล เนื่องจากการแสดงออกเพียงความถูกต้องของกระบวนการปฏิบัติวิชาชีพ ไม่เพียงพอต่อความต้องการของสังคม สังคมต้องการมากขึ้น ผู้ใช้บริการ นายจ้างหรือผู้จ่ายบริการทางสุขภาพคาดหวังผลที่ปรากฏชัดเจน คือผลลัพธ์ของการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถวัดได้โดยมุ่งประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการได้รับ ซึ่งมาจากผู้ใช้บริการและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ และยังมีมองไปถึงความคุ้มค่าหากต้องจ่ายมากขึ้น

การมุ่งผลลัพธ์ที่ผู้ให้บริการได้รับจะช่วยให้พยาบาลอยู่รอดได้ในตลาดสุขภาพ สามารถคงรักษาและปรับปรุงคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติได้ สามารถบอกผู้ให้บริการได้ดีขึ้น และสามารถยืนยันได้ว่าการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ปรากฏผลดีทั้งในระดับองค์กรและในการศึกษาวิจัย (Huber & Oermann, 1999 อ้างใน พงษ์รัตน์ บุญญานุรักษ์ 2544: 75) และนอกจากนี้ยังสามารถนำสิ่งที่วัดได้มาปรับปรุงคุณภาพการดูแลให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ถึงแม้จะสามารถวัดได้ในหลายส่วนทั้ง ด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ การวัดในด้าน โครงสร้าง กระบวนการ แม้ว่าจะมีความสำคัญ แต่อาจจะไม่เพียงพอ พยาบาลควรมุ่งไปถึงการวัดคุณภาพเชิงผลลัพธ์เป็นหลัก (พรทิพย์ มาลาธรรม และ ประคอง อินทรสมบัติ 2549) ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการมุ่งเป้าไปยังผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม และเป็นจุดทำท้ายที่ผู้ให้บริการทุกสาขา แสดงความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจาก กิจกรรมบำบัดนั้นๆ (Hinshaw, 2004) การวัดคุณภาพควรให้ความสำคัญการวัดเชิงผลลัพธ์เป็นหลัก และควรวัดเมื่อสิ้นสุดกระบวนการดูแล

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในเรื่องแผลกดทับ

ตามแนวคิดของการประเมินคุณภาพการพยาบาลสามารถประเมินได้ 3 ส่วน ตามแนวคิดของ โครงสร้างกระบวนการ ผลลัพธ์ ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น อัตราการเกิดแผลกดทับ ในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcomes indicator) ผลลัพธ์ในที่นี้ หมายถึง ผลลัพธ์ ขั้นสุดท้ายอันเกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล กระบวนการดูแล หรือการปฏิบัติการพยาบาล ตัวชี้วัดผลลัพธ์นี้ มีพื้นฐานหรือพัฒนามาจากมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการดูแล การบริหารการดูแลด้านการพยาบาล คือการมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ระบุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ไว้ว่า ลดการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง สามารถ คำนวณเพื่อหาตัวชี้วัดเพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพการพยาบาลแต่ละ โรงพยาบาล และสามารถเทียบเคียงอัตราการเกิดแผลกดทับในแต่ละ โรงพยาบาลเข้าด้วยกันได้ โดยอัตราการเกิด แผลกดทับในการศึกษาครั้งนี้คำนวณจาก จำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ในแต่ละ เดือนหารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับทั้งหมดในช่วงเดือนเดียวกัน คูณด้วย 100 แผลกดทับเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่แสดงถึงคุณภาพการดูแลที่เกิดกับผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เป็นปัญหาที่มีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เนื่องจาก มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เพิ่มขึ้น เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งโรงพยาบาลและผู้ป่วยเอง เพิ่มภาระงานการดูแลแก่พยาบาลใน

ระยะยาว เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น ด้านค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียสำหรับการรักษาแผลกดทับที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานและอุปกรณ์หรือเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษามีราคาสูง มีรายงานของ National Health Service (NHS) ของสหรัฐอเมริการะบุว่าต้องเสียค่าใช้จ่าย 200 ล้านปอนด์ต่อปีในการรักษาแผลกดทับอย่างเดียว และเสียค่าใช้จ่าย 40,000 ปอนด์ในเวลา 3 เดือนสำหรับรักษาแผล กดทับที่มีอาการรุนแรง (Clough, 1994 อ้างใน C.Theaker, 2002) การศึกษาของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ในปี 1998 (<http://www.npuap.org/>) พบว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการรักษาแผลกดทับต่อผู้ป่วย 1 คนเท่ากับ 15,760 ปอนด์ และระหว่างปี 1990-2001 มีผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมดประมาณ 27 ล้านคนในสหรัฐอเมริกาพบว่าสาเหตุมาจากแผลกดทับมากถึง 1,143,808 คน หรือร้อยละ 4.40 (Kimberly, Poly and Molly, 2007) การศึกษาในหอผู้ป่วย ICU โดย Thomas ในปี 1996 ถึงอัตราการเกิดแผลกดทับต่อการเสียชีวิตพบว่า การเกิดแผลกดทับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยถึง 2 ใน 4 ของผู้ป่วยในไอซียู (Thomas, 1996 อ้างใน C.Theaker, 2002) ในประเทศไทยมีการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับของ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระยะเวลา 2 ปี 3 เดือนในผู้ป่วยจำนวน 30 คน พบมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ 1,167,926.46 บาท (นลินทิพย์ ตำนานทอง และวีระชัย ใจ้วสุวรรณ 2540) การต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายรวมทั้งเวลาในการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลกดทับ การป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับย่อมเป็นวิธีที่ดีกว่าการรักษาเมื่อเกิดแผลกดทับแล้ว โดยแผลกดทับสามารถป้องกันการเกิดได้ถึงร้อยละ 95 (Waterlow, 1996) แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ แต่ไม่จำเป็นต้องเกิดแผลกดทับทุกราย หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรสามารถดูแลได้ทั่วถึง บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับและสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ พยาบาลนับเป็นบุคลากรที่สำคัญในการป้องกันปัญหาแผลกดทับเนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดโดยตรงกับผู้ป่วยมากที่สุดและถ้าวิเคราะห์ตามสาเหตุการเกิดแผลกดทับจะเห็นว่าบทบาทที่พยาบาลปฏิบัติมีส่วนสำคัญอย่างมากในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

### 3.1 อัตราอุบัติการณ์ (Incidence Rate) และอัตราความชุก (Prevalence Rate) ของการเกิดแผลกดทับ

อัตราอุบัติการณ์ (Incidence Rate) เป็นการวัดเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับรายใหม่ที่เกิดขึ้นในประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในระยะเวลาหนึ่งหรือช่วงเวลาหนึ่งต่อประชากรทั้งหมดหรือประชากรเฉลี่ยในกำหนดเวลาเดียวกัน (สุชาติ เจตนาเสน และคณะ 2542)

อัตราความชุก (Prevalence Rate) เป็นการวัดในผู้ป่วยทุกรายทั้งเก่าและใหม่ของแผลกดทับที่เกิดขึ้นในประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในระยะเวลาหนึ่งหรือช่วงเวลาหนึ่งต่อประชากรทั้งหมดหรือประชากรเฉลี่ยในกำหนดเวลาเดียวกัน (สุชาติ เจตนาเสน และคณะ 2542)

คำว่าอัตราอุบัติการณ์ และอัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับ นับว่ามีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน และต้องใช้ควบคู่กัน อุบัติการณ์มักจะใช้ประโยชน์ในการประเมินว่ากลยุทธ์ในการป้องกันแผลกดทับต่างๆที่ได้กระทำลงไปได้ผลหรือไม่ ส่วนความชุกของการเกิดแผลกดทับมักจะใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบระบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ว่าจะต้องจัดระบบบริการอะไร อย่างไรเพื่อจะสามารถลดความชุกที่เกิดขึ้นนั้นได้ (Kimberly, Poly and Molly, 2007) การศึกษาอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดแผลกดทับจะบอกถึงสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาเพื่อจะเป็นข้อมูลพื้นฐานไว้เปรียบเทียบหลังการดำเนินการ การศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับวางแผนจัดการการดูแลต่อไป อุบัติการณ์และความชุกของการเกิดแผลกดทับแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลุ่มที่จะศึกษา เช่น ความชุกของการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามาธิบดีร้อยละ 8 (ยุภา สุนทรกิจ 2549) สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ และบาดเจ็บเฉียบพลันร้อยละ 10 อัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในสถานพักฟื้นระยะยาวร้อยละ 23.90 (Bergstorm, 1996 อ้างใน ชวลี เข้มวงษ์ และคณะ 2544) แต่สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้เพื่อความเข้าใจตรงกันผู้วิจัยจะใช้อัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับซึ่งรวมทั้งแผลกดทับรายเก่า และรายใหม่ในช่วงเวลาหนึ่งเป็นหลักในการกล่าวถึง

#### การศึกษาในต่างประเทศ

อัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับ มีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ในรายงานของ The National Pressure Ulcer advisory Panel (1989) (<http://www.npuap.org/>) พบว่าอัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับมีความแตกต่างกัน กล่าวคือในโรงพยาบาลทั่วไปที่ดูแลผู้ป่วยในระยะสั้นจะมีอัตราความชุก 5-11 โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในระยะยาวพบ 15-20 (ชวณพิศ วงศ์สามัญ และคณะ 2547) การศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยรวมในทุกแผนกพบอัตราความชุกร้อยละ 8.5-10 (Bergstorm, 1996 อ้างใน ชวลี เข้มวงษ์ และคณะ 2544: 40) กาเลเกอร์ และคณะ (Gallagher 2008) ศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรัฐโอไรแลนค์ พบอัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับร้อยละ 18.50 การศึกษาอัตราความชุก และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยจำนวน 571 คนในสถานพักฟื้นระยะยาว 10 แห่ง ในกรุงโรมประเทศอิตาลีพบอัตราความชุกร้อยละ 27 (Capon et.al., 2005) การศึกษาในประเทศสวีเดนในโรงพยาบาลแบบAcute care พบอัตราความชุกร้อยละ 7- 29 (Heather et. al.,1996)

#### การศึกษาในประเทศไทย

สมหวัง ค่านชัยจิตร และป่วน สุทธิพิงกรรม (2539) สำนวความชุกของแผลกดทับในประเทศไทยพบอัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 8.50



วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2547) ศึกษาอัตราการความชุกของการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพริ๊อยละ 10.80

ยุภา สุนทรกิจ (2549) ระบุถึงการศึกษาอัตราการความชุกของการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลรามาริบัติพบอัตราการความชุกของการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 4.84

จากการสำรวจความชุกของแผลกดทับในโรงพยาบาลศิริราชในปี 2549 และ 2550 (Key Performance Indicator of Siriraj Hospital 2549 <http://www.cmu.ac.th>) พบอัตราการความชุกของการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 7.40 และ 4.76 ตามลำดับ

แผลกดทับ เกิดจากมีแรงกดเฉพาะที่เป็นเวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดเนื้องอก มักเกิดตามปุ่มกระดูกที่รองรับน้ำหนักตัว ในท่านอนหงาย มักเกิดบริเวณก้นกบ ท่านอนตะแคงมักเกิดบริเวณสะโพก

3.2 สาเหตุการเกิดแผลกดทับ พบว่าเกิดจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงกด แรงเสียดทาน แรงเฉือน และความชื้นของผิวหนัง ส่วนปัจจัยภายใน ได้แก่ ภาวะโภชนาการ อายุ ภาวะเรื้อรัง ยา และอุณหภูมิ เป็นต้น (Andrychuk, 1998; Maklebus, 1987; Patterson & Bennett, 1995 อ้างใน ปองฤทัย พุ่มระย้า 2546 และ Blanes et.al., 2004; Bergstrom et. al., 1999 อ้างใน Marta et.al., 2006)

### 3.2.1 ปัจจัยภายนอกร่างกาย (Extrinsic factors) ได้แก่

1) แรงกด (pressure) แรงกดบริเวณพื้นผิว สัมผัสระหว่างผิวหนังผู้ป่วยกับพื้นผิวที่รองรับน้ำหนัก เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดแผลกดทับ โดยขึ้นกับความรุนแรงและระยะเวลาการกดบริเวณเนื้อเยื่อเหนือปุ่มกระดูกต่าง ๆ จะมีแรงกดสูงกว่าบริเวณอื่น เนื่องจากเป็นพื้นที่ของผิวหนังน้อย ทำให้การกระจายตัวของน้ำหนักจะน้อยกว่าบริเวณอื่น ๆ บริเวณปุ่มกระดูก จะอยู่ติดกับผิวหนัง มีชั้นของไขมัน และกล้ามเนื้อรองรับน้อยกว่าส่วนอื่น ๆ ทำให้มีความรุนแรงของการกดทับ ต่อผิวสัมผัสเพิ่มขึ้น เมื่อมีแรงกดทับมากจะบีบหลอดเลือดหรือทำให้เกิดอุดตันของหลอดเลือดฝอยจนเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง มีการศึกษาถึงแรงกดที่มีผลต่อการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดฝอยที่จะมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณนั้นคือแรงกดที่ 32 mmHg แต่ระดับของแรงกดที่จะส่งผลการอุดตันของหลอดเลือดฝอยจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลประกอบกันด้วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกอาจใช้แรงกดเพียง 11 mmHg สามารถเกิดการอุดตันของหลอดเลือดฝอยได้ (Ek et al., 1987 อ้างใน C Theaker, 2003) แรงกดที่ 70 mmHg ที่กดลงบนปุ่มกระดูกเป็นเวลานาน 2 ชั่วโมง เป็นสาเหตุการเกิดแผลกดทับจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Ferreira & Calil, 2001 อ้างใน Marta et.al., 2006)

## ปัจจัยที่มีผลต่อแรงกด

### (1) การเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility)

การลดความสามารถในการเปลี่ยนท่า และควบคุมท่าทางของร่างกาย เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยได้รับแรงกดที่สูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดแผลกดทับ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องนอนนิ่ง ๆ อยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกระดูกและข้อหลังการผ่าตัดที่ต้องกำจัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 2.5- 4 ชั่วโมง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็น 2 เท่า และนานกว่า 4 ชั่วโมงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็น 3 เท่า (Pope, 1999: 214 อ้างใน รัชนีพันธ์ 2001: 11)

(2) การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) ได้แก่ การไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และการรับรู้ความรู้สึก (Sensory Perception)

ก. ผู้ป่วยที่สามารถเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้บ้าง แต่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ช่วงล่าง หรืออัมพาตครึ่งซีก จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีกิจกรรมจะเกิดแผลกดทับน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีกิจกรรมน้อย หรือไม่มีกิจกรรมเลย เพราะผลของการมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิต เพิ่มปริมาณเลือดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้มากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณที่ถูกกด (Braden & Bergstrom, 2000 อ้างใน ปองหทัย พุ่มระย้า 2546) การศึกษาของ มาการเรทา และคณะ (Margareta et.al., 2004) ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐและโรงพยาบาลอื่นๆที่ประเทศสวีเดนระหว่างปี 1996- 1998 โดยศึกษาผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทั้งหมด 286 คน พบว่าการปฏิบัติกิจกรรม (Activity) และความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility) มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ

ข. การรับรู้ความรู้สึก (Sensory Perception) ปกติผิวหนังจะรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รับรู้ต่อแรงกดที่จะมากระทำต่อผิวหนัง ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังจึงทำให้ผู้ป่วยไม่เปลี่ยนท่าทางเมื่อไม่สุขสบาย หรือไม่ได้แจ้งเตือนผู้อื่นให้ช่วยในการเปลี่ยนท่า เพราะขาดการรับรู้ต่อความไม่สุขสบาย จึงไม่มีการตอบสนองเพื่อการหลีกเลี่ยงต่อแรงกดที่กระทำต่อเนื้อด้วย เช่น ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักกดทับเส้นประสาท ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า ผู้ป่วยที่ได้รับยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาทในปริมาณมาก หรือได้ยาสลบขณะเข้ารับการผ่าตัดเป็นเวลานาน

2) แรงเสียดสีหรือแรงเสียดทาน (Friction) เกิดขึ้นระหว่างผิวหนังชั้นนอกกับพื้นผิวสัมผัส เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนเกิดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถยกตัวหรือถูกยกกระหว่างการขยับเปลี่ยนท่า ทำให้เกิดแรงเสียดทานซึ่งส่งผลทำให้การเชื่อมต่อระหว่างชั้นผิวหนังกำพร้า และ

หนังแท้ถูกทำลายทำให้เกิดการหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้น ๆ และเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนัง ทำให้เกิดแผลถลอก ผู้ป่วยที่ได้รับแรงกดร่วมกับแรงเสียดทาน จะทำให้เกิดแผลกดทับได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการกดเพียงอย่างเดียว การที่ผู้ป่วยถูกดึงลากขวางแนวเตียง ผิวหนังชั้นนอกจะหลุดออก เพิ่มการทำลายเนื้อเยื่อที่ลึกขึ้นได้ (Braden & Bergstrom, 2000 อ้างใน ปองฤทัย พุ่มระย้า 2546) การเพิ่มขึ้นของแรงเสียดทาน และแรงเฉือนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำนายการเกิดแผลกดทับได้สูงสุด และพบว่าปัญหาแรงเสียดทาน และแรงเฉือนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเป็น 32.57 เท่า (มาลี งามประเสริฐ 2002)

3) *แรงเฉือน (Shearing Forces)* คือแรงดึงระหว่างชั้นของผิวหนัง จะมีผลต่อเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกในขณะที่เนื้อเยื่อ และพังผืดยังคงปกติซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงโน้มถ่วงที่ดึงตัวลงและแรงต้านที่ทำให้ผิวหนังอยู่คงที่ การยกหัวเตียงสูงจะเพิ่มแรงเฉือน และแรงกดบริเวณกระเบนเหน็บและก้นกบ เนื้อเยื่อที่ติดกับกระดูกจะถูกดึงลงเนื่องจากน้ำหนักตัว ขณะที่เนื้อเยื่อผิวหนังติดกับที่นอนจะอยู่คงที่ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไหลตัวลงเมื่อนอนศีรษะสูงมาก เกิดการหยักรั้งของผิวหนัง เส้นเลือด และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เกิดการทำลายทั้งผิวหนังชั้นตื้นๆ และเนื้อเยื่อส่วนลึก และการดึงหมอนออกจากก้นผู้ป่วยโดยไม่ระวัง (Tom, 1998)

4) *ความเปียกชื้นของผิวหนัง (Moisture)* เกิดเนื่องจากความชื้นจากสิ่งขับหลั่งของร่างกาย ได้แก่ เหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ และสารคัดหลั่ง ที่ออกมาจากการระบายออกทางช่องทะเลหรือบาดแผลทำให้ผิวหนังเปียกจากความชื้นที่สัมผัส ความต้านทานต่อแรงกดลดลง จะเกิดแผลได้ง่าย การศึกษาพบว่าผิวหนังที่ชื้นจะมีโอกาสเกิดแผลได้มากกว่าผิวหนังที่แห้ง 5.50 เท่า มีรายงานว่าความเปียกชื้นทำให้ผิวหนังสูญเสียความยืดหยุ่น และฉีกขาดได้ง่าย (Longe, 1986 อ้างใน วรารักษ์ กิตติวัฒน์ไพศาล และคณะ 2548) เช่นเดียวกับการศึกษาของอารี บูรณกุล (2545) พบว่าผิวหนังที่เปียกชื้นตลอดเวลาเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 5.53 เท่า มาร์ตา และคณะ (Marta et al., 2007) ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีควมพร้อมในการรับรู้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในรัฐ Pouso Alegre ประเทศบราซิลเป็นระยะเวลา 1 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ ความชื้นของผิวหนัง (Humidity) การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหวร่างกาย (Mobility) แรงเสียดทาน (Friction) และแรงเฉือน (Shearing Forces)

### 3.2.2 ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic factors)

1) *ภาวะโภชนาการไม่ดี (Nutritional Debilitate)* ภาวะโภชนาการไม่ดีหรือการขาดสารอาหาร การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพียงพอกับความต้องการของร่างกายสามารถช่วยป้องกัน และรักษาแผลกดทับได้ ชนิดของอาหารที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่

โปรตีน สารอาหารที่ให้พลังงาน วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินเค และสังกะสี ซึ่งจะเสริมความแข็งแรงของผิวหนัง มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้ได้ผลดีนั้นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยรองเพื่อลดแรงกด การเปลี่ยนท่าผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารที่มากพอ การดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้น (Reddy, Gill and Rochon, 2006)

อัลบูมินเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับได้เนื่องจาก อัลบูมินมีคุณสมบัติดึงสารน้ำไม่ให้ซึมออกนอกหลอดเลือด (Oncotic Pressure) ดังนั้นเมื่ออัลบูมินมีจำนวนน้อยทำให้สารน้ำรั่วซึมไปสู่ช่องระหว่างเซลล์จึงเกิดการบวม เมื่อมีการบวมผิวหนังจะบางและยืดหยุ่นน้อย เมื่อมีแรงกดหรือมีการเสียดสี ผิวหนังจะถลอกและเกิดแผลได้ง่าย การศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2547) ที่ศึกษาการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพบว่าเกิดแผลกดทับ 19.60 ต่อผู้ป่วย 100 ราย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับคือ อายุมากกว่า 60 ปี มีโรคประจำตัว มีระดับอัลบูมินต่ำกว่า 3.50 g/dl การศึกษาของ มาการเรทา และคณะ (Margareta 2004) ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐและโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศสวีเดนระหว่างปี 1996-1998 ศึกษาในผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัด ทั้งหมด 286 คน พบว่าระดับอัลบูมิน และอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ และการศึกษาการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในระยะที่ 1 ของซวลี แย้มวงษ์ และคณะ (2543) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีระดับอัลบูมินต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ

2) อายุ เนื่องจากวัยสูงอายุ สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง การไหลเวียนของเลือด มาเลี้ยงผิวหนังลดลง ผิวหนังเปราะบาง เกิดอันตรายจากแรงกด แรงเสียดทาน และแรงเฉือนได้ง่าย ความรู้สึกของผิวหนังลดลง การรับรู้แรงกดได้น้อยลง จำนวนต่อมสร้างน้ำมันหล่อเลี้ยงผิวหนัง และต่อมน้ำเหลืองที่ลดลง ทำให้ผิวหนังแห้งเกิดอันตรายจากแรงขัดถูได้ง่าย ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่อง การกลืนอาหารจะปัสสาวะไม่ได้ การรับประทานอาหารได้น้อยลง จากความอยากอาหารที่ลดลง มีปัญหาในช่องปาก สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากกว่าคนวัยอื่น มีการศึกษาหลายฉบับที่ศึกษาถึงอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้สูง ได้แก่ จอร์จ และอลเลน (George and Allen, 2005) ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับพบอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยที่เกิดแผลกดทับเท่ากับ 72.60 ปี มาการเรทา (Margareta, 1999) พบอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับคือ มากกว่า 65 ปี อารี บูรณกุล (2002) ศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทพบอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับเท่ากับ 66.07 ปี และการศึกษาของ รัชนีพันธ์ ขวัญเมือง (2545) ศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช พบอายุเฉลี่ยผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับเท่ากับ 60-70 ปี

3) **โรคเรื้อรัง** โรคที่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตต่ำ โรคหลอดเลือดคดบิด เป็นต้น จะทำให้การไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อแผลกดทับเพิ่มขึ้น

4) **ยาที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ** ยาที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดแผลกดทับ ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ เนื่องจากการใช้ยาสเตียรอยด์มีผลยับยั้งการเจริญเติบโตของผิวหนัง และการสังเคราะห์เนื้อเยื่อเกี่ยวพันทำให้ผิวหนังบางลงเกิดแผลได้ง่าย กดภูมิต้านทานทำให้เกิดการหายของแผลช้า ยานอนหลับ ยาแก้ปวด มีผลทำให้การรับรู้และการเคลื่อนไหวลดลง ยาลดความดันมีผลทำให้เลือดไหลเวียนในเนื้อเยื่อลดลง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย ผลจากการศึกษาการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของชวลิ แยมวงษ์และคณะ (2543) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามาริบัติ แสดงให้เห็นถึงปัจจัยทางด้านการใช้ยาพบว่ากลุ่มที่มีการใช้ยาสเตียรอยด์ ยากล่อมประสาท ยาแก้ปวด ยาลดไข้ เกิดแผลกดทับมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ยาดังกล่าว

5) **อุณหภูมิของร่างกาย** อุณหภูมิร่างกายที่สูงในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อการมีไข้ทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น และหลอดเลือดฝอยขยายตัว ยิ่งส่งเสริมการบวมของเนื้อเยื่อ เลือดไหลเวียนไม่สะดวก และอุณหภูมิของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับจะสูงขึ้นจากการถูกกดทับนาน ๆ บริเวณที่ถูกกดทับจะมีเมตาบอลิซึมเพิ่ม เนื้อเยื่อบริเวณนั้นจะขาดออกซิเจน ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อตายเร็วขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย มีการศึกษาที่ระบุว่า การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิสามารถทำนายการเกิดแผลกดทับได้ เป็นอันดับ 2 (มาลี งามประเสริฐ 2545: 78) การศึกษาการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของชวลิ แยมวงษ์ และคณะ (2543) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มที่เกิดแผลกดทับมีอุณหภูมิของร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เกิดแผลกดทับ

จากสาเหตุการเกิดแผลกดทับจะเห็นได้ว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดในการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ก็คือความรู้ในเรื่องกระบวนการการเกิดแผลกดทับ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและการใช้เครื่องมือมาช่วยในการประเมินว่าบุคคลใดเสี่ยงหรือไม่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพื่อที่จะวางแผนในการดูแลได้ถูกต้อง (Hamilton, 1992 อ้างใน Tom Defloor, 1998) มีผู้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไว้หลายแบบ ได้แก่ Norton Scale, 1975; Braden, 1985; CBO, 1985; Waterlow, 1985; Gosnell, 1987; Douglas, 1993; Medley, 1991; Knoll, 1985 และ Lowthian, 1983 ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้จะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเมื่อผ่านการวิจัยและข้อค้นพบที่เพิ่มมากขึ้น (Hamilton, 1992 อ้างใน Barbara J. Braden and Joann Maklebus,

2005) แต่ในที่นี้ผู้วิจัยเลือกที่จะใช้แบบประเมินของบราเดน (Braden Scale) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีผู้นิยมใช้แพร่หลายทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือสูงที่ 0.99 เมื่อพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย และ 0.87 เมื่อพยาบาลเทคนิค หรือผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย มีค่าความจำเพาะอยู่ระหว่างร้อยละ 70-100 (Barbara and Joann, 2005) The Detroit Medical Center เป็นสถาบันสุขภาพระดับตติยภูมิมีความรับผิดชอบในการสอนนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยเวย์ (Wayne University) ได้เห็นความสำคัญและจัดให้มีการสอนพยาบาลทั้งหมดถึงการใช้แบบประเมินของบราเดน ทั้งในโรงพยาบาลแบบ Acute care และ Critical Care โดยจัดให้มีการประเมินผู้ป่วยทุกวัน (Joann et.al., 2007) แบบประเมินของบราเดน ยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการพยาบาลเลือกใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบการจัดการในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีการรายงานอัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล เป็นประจำทุกเดือนมายังสำนักการพยาบาล และในโรงพยาบาลตติยภูมิที่สุ่มเลือกทุกแห่งใช้เครื่องมือของบราเดนเป็นเกณฑ์ในการประเมิน หลักการประเมินผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับโดยใช้เกณฑ์แบบประเมินบราเดน (Barbara and Joann, 2005) จะแบ่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มแรก ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือระดับความรู้สึกตัวน้อย

กลุ่มที่สอง ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดกิจกรรม

กลุ่มที่สาม ผู้ป่วยที่ได้รับยา Sedative ต่าง ๆ

พยาบาลจะทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสามกลุ่มข้างต้น ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล การศึกษาของรักษนันท์ ขวัญเมือง (2001) ระบุถึงผลการศึกษาแสดงให้เห็นความรุนแรงของปัญหาการเกิดแผลกดทับที่พบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการจำกัดกิจกรรม และการเคลื่อนไหวที่ต้องการการประเมิน โดยเร็วตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล เนื่องจากจะสามารถทำนายการเกิดแผลกดทับได้เป็นอย่างดี และจากนั้นควรประเมินอย่างต่อเนื่องทุก 48 ชั่วโมง ตามคำแนะนำของบราเดนที่ระบุว่า ควรประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุก 48 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล และถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยไอซียู ต้องประเมินบ่อยขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเร็ว (Barbara and Joann, 2005)

แบบประเมินบราเดนนี้ Barbara Braden and Nancy Bergstrom พัฒนาขึ้นในปี 1987 ประกอบด้วยตัวแปร 6 ปัจจัย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ความเป็ยกขึ้นของผิวหนัง การทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ ความเสียดสี และแรงเสียดทาน โดยการประเมินให้เลือกรายการที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยในขณะนั้นมากที่สุด คะแนนแต่ละด้านเริ่มตั้งแต่ 1-4 ยกเว้นปัจจัยด้านแรงเสียดสี และแรงเสียดทานมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง

6-23 คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 6 ถือว่ามีความเสี่ยงมากที่สุด คะแนนสูงสุดคือ 23 ถือว่ามีความเสี่ยงต่ำที่สุด เมื่อประเมินผู้ป่วย โดยการให้คะแนนจนครบทุกด้านแล้ว จึงรวมคะแนนทั้งหมดเพื่อจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยมีวิธีการจัดกลุ่มดังนี้ (Bergstrom et.al., 1998 อ้างใน ชวนพิศ วงศ์สามัญและคณะ 2545)

กลุ่มที่ 1 คะแนน  $\leq 12$  เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมาก

กลุ่มที่ 2 คะแนน 13-14 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับปานกลาง

กลุ่มที่ 3 คะแนน 15-16 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หรือเสี่ยงน้อย และ 15-18

คะแนนในผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

หลังจากการประเมินความเสี่ยงแล้วให้จัดผู้ป่วยเข้าอยู่ในกลุ่มตามคะแนนประเมิน แต่ละกลุ่มจะมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มชัดเจน การเก็บข้อมูลอัตราการเกิดแผลกดทับ เก็บโดยนับจำนวนครั้งของการเกิดแผลกดทับระหว่าง 2-4 หมายถึง จำนวนแผลกดทับระดับ 2-4 ที่เกิดขึ้นใหม่ภายหลังรับผู้ป่วย ไว้ในโรงพยาบาล และนับจำนวนแผลกดทับที่มีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น การรายงานอัตราการเกิดแผลกดทับจะรายงานเป็นประจำทุกเดือน ไปยังสำนักการพยาบาล เพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล บทบาทหนึ่งของพยาบาลที่สำคัญต่อการเกิดแผลกดทับ นอกจากให้การพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วย จัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การนิเทศบุคลากรในทีมงาน เพื่อให้มีความรู้สามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธี คือการสอน สาธิต ฝึกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและญาติจนมีความรู้ทักษะเพียงพอในการดูแลตนเองหรือญาติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีการหายของแผลดีขึ้น

จะเห็นว่าสิ่งที่ดีที่สุดคือการป้องกันมิให้เกิดแผลกดทับ ถ้าเกิดแล้วต้องดูแลเพื่อให้หายหรือไม่ลุกลาม จนเปลี่ยนระดับจาก 2 ไป 3 หรือ 3 ไป 4 การพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง เช่นการยกผู้ป่วยไม่ถูกวิธี การไม่เห็นความสำคัญ และไม่เปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง การประเมินผิวหนังผู้ป่วยชำหรือประเมิน ไม่ถูกต้องเป็นการส่งเสริม โอกาสเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยมากขึ้น การสอนวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ทั้งบุคลากรในทีม และการสอนแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีที่ถูกต้องนั้นเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ผ่านการศึกษาทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ เป็นที่ยอมรับว่ามีความรู้เพียงพอและยังมีทักษะในการค้นคว้า หากความรู้เพิ่มเติมใหม่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน และนิเทศการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ซึ่งมีหลักฐานการวิจัยเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดมีความคุ้มค่ามากกว่าการใช้บุคลากรหลายประเภทร่วมกัน (Holloran, 1983; Sovie et.al., 1985 อ้างใน Gillies, 1994 อ้างใน รัชนิ ศุภจินทรรัตน์ 2549) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพโดยทั่วไปใช้เวลาในการปฏิบัติงานได้ดีกว่าคือใช้เวลาในการรับประทานอาหาร หยุดพักทำกิจกรรมส่วนตัว หรือทำงานล่าช้า น้อยกว่าบุคลากร

ประเภทอื่น ๆ จึงเป็นที่น่าสนใจศึกษาว่า สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดมีความสัมพันธ์อย่างไรกับการเกิดแผลกดทับ

ด้านชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับการเกิดแผลกดทับคือ ถ้าในแต่ละหอผู้ป่วยสามารถจัดอัตรากำลังได้เหมาะสม เพียงพอ ที่ทำให้พยาบาลมีเวลาเพียงพอในการใช้บทบาทอิสระของตนเข้าไปวางแผนการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประเมินการพยาบาลที่ได้กระทำต่อผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตลอดเวลา ย่อมสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้เป็นอย่างดี แต่ในความเป็นจริงที่แต่ละหอผู้ป่วยต่างขาดแคลนอัตรากำลังทำให้ไม่สามารถจัดชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน หรือตามความต้องการชั่วโมงการพยาบาลของผู้ป่วยในขณะนั้น พยาบาลย่อมไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ ผู้ป่วยจึงน่าจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับได้มากขึ้น

ด้านจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลผิวหนังที่ถูกต้องพบว่า มีความสัมพันธ์ในด้านลบต่ออัตราการเกิดแผลกดทับ และได้ให้ข้อเสนอแนะ แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไว้ว่า สิ่งสำคัญที่จะป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพคือการระแวดระวังการเกิดแผลกดทับของพยาบาล และการเพิ่มความตั้งใจในขณะปฏิบัติงานการพยาบาลจะช่วยให้ได้ผลลัพธ์การเกิดแผลกดทับที่ดีขึ้น (Sheppard, Kennedy and Mackey, 2006) จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานตามปกติได้แก่ การจัดให้มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลไม่เกิน 8 ชั่วโมง/วัน/เวร/คน และไม่เกิน 40 ชั่วโมง/สัปดาห์/คน (รัชนี สุจิจันทร์รัตน์ 2546: 39) และตามเกณฑ์มาตรฐานของพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 กำหนดให้พนักงานทำงานล่วงเวลาได้ไม่เกิน 36 ชั่วโมง/สัปดาห์ ซึ่งมาตรฐานที่กำหนดขึ้นนั้นมีพื้นฐานกำหนดจากการปฏิบัติงานต่างๆ ไป ยังไม่เคยมีการกำหนดมาตรฐานของการทำงานล่วงเวลาสำหรับงานพยาบาลว่าควรเป็นเท่าใด จะสามารถใช้เกณฑ์ทำงานล่วงเวลาได้ไม่เกิน 36 ชั่วโมง/สัปดาห์ เช่นเดียวกับมาตรฐานคุ้มครองแรงงานเหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากกรปฏิบัติงานพยาบาลเป็นงานกระทำโดยตรงต่อมนุษย์ ต้องการความถูกต้อง และความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัญหาความขาดแคลนพยาบาลที่นับวันจะรุนแรงขึ้น การผลิตพยาบาลยังไม่เพียงพอ ในขณะที่มีการลาออก ข้ายางาน ในอัตราที่เร่งมากกว่า การรับคนใหม่เข้ามา ผลที่ตามมา คือ การสูญเสียพยาบาล ที่มีประสบการณ์สูง เนื่องจากความเหนื่อยล้า (วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ 2549) การแก้ปัญหาคือขาดแคลนพยาบาลในสถานการณ์เฉพาะหน้าเพื่อให้มีผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวรเพียงพอ คือการให้พยาบาลปฏิบัติงานล่วงเวลา โดยพบว่าพยาบาลต้องปฏิบัติงานล่วงเวลาเฉลี่ย 9.58 เวน/เดือน (กฤษดา แสงวงดี 2549) และถ้าหอผู้ป่วยใดมีจำนวนพยาบาลที่ขาดแคลนมาก



พยาบาลในหอผู้ป่วยนั้นจะถูกจัดให้ปฏิบัติล่วงเวลาในจำนวนเวรที่มากกว่าหอผู้ป่วยที่มีจำนวนพยาบาลที่ขาดแคลนน้อยกว่า การทำงานในสถานการณ์ที่มีจำนวนบุคลากรเท่าเดิมแต่เพิ่มจำนวนเวรย่อมทำให้บุคคลเกิดความเหนื่อยล้า พยาบาลที่ต้องทำงานต่อเวรทำให้มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมง/เวร ยังจะคงความตื่นตัว ระวังระมัดระวัง และมีตั้งใจในการทำงานมากขึ้นเพียงใด จึงเป็นที่น่าสนใจศึกษาว่าคุณภาพตามตัวชี้วัดของงานการพยาบาล โดยตรงคืออัตราการเกิดแผลกดทับกับสถานการณ์ด้านอัตรากำลังปัจจุบันที่ขาดแคลน การที่พยาบาลต้องปฏิบัติล่วงเวลาอย่างหนักในแต่ละเดือนมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

#### 4. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในเรื่องความพึงพอใจในงานของพยาบาล (Nurses' Job Satisfaction)

ความพึงพอใจในงานของพยาบาลเป็นตัวชี้วัดด้านกระบวนการซึ่งจากปัญหาความขาดแคลนพยาบาลทั่วโลกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ห้องศัลยกรรมทางพยาบาล และสถาบันทางสุขภาพทั่วทุกแห่ง มีความตื่นตัวเป็นอย่างมากที่จะหาวิธีการในการแก้ไขปัญหา ความขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาหนักที่มีการเคลื่อนไหวแรง และเร็วจนระบบการพยาบาลปรับเปลี่ยน สถานการณ์ไม่ทัน สิ่งที่สามารถแก้ไขปัญหานั้นในระยะสั้น ไม่ให้ทวีความรุนแรงขึ้นกว่าเดิมคือการชำระรักษาคนไว้ในวิชาชีพให้ได้มากที่สุดและยาวนานที่สุด โดยการมุ่งสร้างความพึงพอใจในงาน เพื่อลดการลาออก การเปลี่ยนสายงานสู่อาชีพอื่น ซึ่งล้วนส่งผลต่อเนื่องเป็นวงจรที่ทำให้ภาพการขาดแคลนยิ่งรุนแรงขึ้น การเพิ่มความพึงพอใจในงานสามารถช่วยลดการลาออกเปลี่ยนงานได้ (William Thygeson, 2006) การสร้างพยาบาลให้โดดเด่นในวิชาชีพจากงานที่ปฏิบัติได้สำเร็จย่อมเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาคอขวดของพยาบาลออกจากระบบ ไปสู่อาชีพอื่นที่สบายกว่าและให้ความสำเร็จมากกว่า ความขาดแคลนพยาบาลส่งผลกระทบต่อบริการพยาบาลและวิชาชีพโดยตรง คือพยาบาลมีความสุขกับการทำงานน้อยลงเนื่องจากภาระงานที่หนักเกินกำลัง ไม่สามารถปฏิบัติกรพยาบาลให้สำเร็จตามความต้องการจึงขาดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความท้าทายให้ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกคนที่ต้องให้ความสนใจและดูแลให้พยาบาลที่คงอยู่ในระบบในปัจจุบันมีความพึงพอใจในงานของพยาบาลมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อสร้างแรงบันดาลใจและจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงาน มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการคือการปฏิบัติการพยาบาลด้วยคุณภาพบริการ และมีมาตรฐานต่อผู้รับบริการ ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่น่าพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ นอกจากนี้ความพึงพอใจในงานนั้นยังมีผลต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพการ

ทำงาน หากเพียงพยาบาลมีความพึงพอใจในงานจะเป็นแรงจูงใจ ที่จะทำงานอย่างสุดความสามารถ อุทิศตนให้กับงานที่รับผิดชอบ และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ส่งผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาล ในทุกองค์กรมีมนุษย์ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เปรียบเป็นสินทรัพย์อันมีค่า ถ้าสามารถทำ ให้เกิดความพึงพอใจในงานแก่บุคลากรเหล่านั้นได้ ย่อมนำมาซึ่งการประสพผลสำเร็จขององค์กร ในมุมมองขององค์กรสุขภาพผลสำเร็จที่ต้องการสูงสุดคือสุขภาพที่ดีของประชาชน

เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานยิ่งขึ้น ต่อไปนี้จะกล่าวถึง รายละเอียดที่เป็นประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความหมายของความพึงพอใจในงาน ทฤษฎีที่สำคัญ เกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน การวัดความพึงพอใจในงาน และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ ในงานของพยาบาล

#### 4.1 ความหมายของความพึงพอใจในงาน

ก่อนจะเข้าใจถึงความหมายของความพึงพอใจในงาน ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับ เจตคติในเบื้องต้นก่อน เจตคติเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งของชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับงาน อาชีพ เจตคติที่เรามีต่องานหรือต่อองค์กร เรียกว่า เจตคติที่เกี่ยวกับงาน (work – related attitude) ซึ่งส่งผลอย่างลึกซึ้งไม่เพียงแต่วิธีทำงานของเราเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อคุณภาพของชีวิต ตลอด ช่วงเวลาของการทำงานอีกด้วย ความสำคัญของเจตคติที่เป็นเรื่องความพึงพอใจในงาน เหตุผล สำคัญที่ทำให้คนมีเจตคติเชิงบวกหรือเชิงลบต่องานของตน องค์กรประกอบสำคัญที่นำมาสู่ความรู้สึก พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับงานที่ทำ จากนั้นจึงพิจารณาถึงผลที่ตามมาจากรู้สึกดังกล่าวที่มี ต่อพฤติกรรมองค์การ

##### ความหมายของเจตคติ (Attitudes)

เจตคติเป็นลักษณะอารมณ์ที่ค่อนข้างคงที่ (relatively stable) และมีความคงเส้น คงวา ซึ่งบุคคลหนึ่งมีแนวโน้มต่อ (tendencies to respond) สิ่งที่เป็นเป้าหมายได้แก่ วัตถุสิ่งของ สถานการณ์หรือบุคคลอื่น จะเห็นว่าเจตคติเป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ที่มุ่งตรงสู่เป้าหมายที่แน่นอน เช่น ถ้าเราถูกถามถึงเจตคติที่มีต่อหัวหน้า เราอาจจะพูดถึงอะไรบางอย่างที่แสดงให้รู้ว่าเราชอบ หัวหน้าแค่ไหน สิ่งที่เราพูดออกมาก็คือ เจตคติที่เป็นด้านอารมณ์ เจตคติเป็นสิ่งที่มีความเจาะจง โดย สิ่งเร้าเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดเจตคติแล้วจึงนำไปสู่การตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ก็ได้ที่เป็นอารมณ์ และความรู้สึก (Affective) ความคิด (Cognitive) หรือพฤติกรรม (Behavioral)

### ความพึงพอใจในงาน (Job Satisfaction)

ความพึงพอใจในงานถือเป็นเจตคติพื้นฐานของคนที่มีความต้องการที่ตนทำซึ่งสามารถทราบได้โดยง่ายด้วยการใช้คำถามเป็นเครื่องมือวัดบุคคลนั้นในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับงานซึ่งจะให้คำตอบต่าง ๆ จากผลงานวิจัยพบว่าเจตคติที่เกี่ยวกับงานส่วนใหญ่ประกอบด้วยประเด็น ต่อไปนี้

ตัวงานเอง (Work Itself) ค่าจ้าง (Pay) โอกาสก้าวหน้า (Promotion) การได้รับการยอมรับ (Recognition) ผลประโยชน์ตอบแทนต่าง ๆ (Benefits) เงื่อนไขการทำงาน (Working Conditions) คุณภาพการบังคับบัญชา (Supervision) เพื่อนร่วมงาน (Co-workers) และนโยบายบริษัท (Organizational Policy)

นักวิชาการและนักการศึกษาได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในงาน (Work Satisfaction or Job Satisfaction) ไว้ในทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

สแตม และพิชมอนต์ (Stamp and Piedmonte, 1986) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกที่บุคคลนั้นมีต่องานที่ทำอยู่

มูชินสกี (Muchinsky, 1993) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ และความรู้สึก เกี่ยวกับความชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งการตอบสนองนี้เป็นเรื่องเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล เป็นระดับของความรู้สึกชอบ พอใจ และยินดีที่ตนได้รับ

จอร์ค และ โจน (George and Jones, 1996) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานพยาบาลว่า หมายถึง การรวบรวมความรู้สึก และความเชื่อถือว่าบุคคลมีต่องานซึ่งความพอใจในงานมีความสำคัญต่อการบริการ ในการเพิ่มศักยภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมในองค์กร และช่วยให้พนักงานมีสุขภาพที่ดี (well-being)

สเปคเตอร์ (Spector, 1997) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่า หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกของบุคคลที่มีต่องานซึ่งสามารถประเมินได้ว่าชอบหรือไม่ชอบงานที่ปฏิบัติ

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2544) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานว่าเป็น ความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่มีต่องานในทางบวก เป็นความสุขของบุคคลที่เกิดจากการปฏิบัติงาน และได้รับผลตอบแทนคือ ผลแห่งความพึงพอใจ ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานมีขวัญและกำลังใจ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน รวมทั้งส่งผลต่อความสำเร็จและการบรรลุเป้าหมายขององค์กร

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2550) ให้ความหมายของความพึงพอใจในงานพยาบาลว่า หมายถึง เจตคติหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติในทางบวก มีความรู้สึกชื่นชอบและมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการทำงานที่ดี

ได้แก่ ความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความมุ่งมั่นในการทำงาน อุทิศตนให้กับงาน เพื่อให้งานที่รับผิดชอบบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปความพึงพอใจในงาน หมายถึง ผลโดยรวมของเจตคติของบุคคลที่เกี่ยวกับงานซึ่งแสดงออกด้วยอารมณ์ ความรู้สึก ความนึกคิดและพฤติกรรม หรือความรู้สึกที่ดีโดยรวมของพยาบาลที่มีต่องาน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติในทางบวก มีความรู้สึกชื่นชอบและมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการทำงานที่ดีได้แก่ ความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความมุ่งมั่นทำงานอย่างเต็มความสามารถ อุทิศตนให้กับงาน เพื่อให้งานที่รับผิดชอบบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล (Theories of Job Satisfaction)

ในที่นี้จะกล่าวถึงเพียง 2 ทฤษฎี ที่เป็นรากฐานแนวคิดของแมคคอสสกี และมูเลอร์ (McCloskey and Mueller, 2003) ที่ผู้วิจัยนำมาสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้คือ ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของอับราฮัมมาสโลว์ (Abraham Maslow) และทฤษฎีภาวะผู้นำของเบรินส์ (Burns' Theory)

##### 4.2.1 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ (Hierarchy of Needs Theory)

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของอับราฮัมมาสโลว์ (Abraham Maslow) ได้รับความสนใจและการประยุกต์ใช้ภายใต้สภาพแวดล้อมขององค์การมากกว่าทฤษฎีการจูงใจอื่นๆ เหตุผลคือ มาสโลว์ได้ให้ทฤษฎีที่ไม่เพียงแต่แยกประเภทความต้องการของมนุษย์เท่านั้น แต่ยังให้ข้อเสนอแนะทางการบริหารพฤติกรรมของมนุษย์ในองค์การร่วมด้วย โดยมาสโลว์อธิบายว่า แรงจูงใจของมนุษย์มีลำดับขั้นตั้งแต่ต่ำจนถึงขั้นสูง แรงจูงใจในลำดับต้นจำเป็นต้องได้รับการตอบสนองก่อน แรงจูงใจลำดับสูงจึงตามมาเป็นลำดับดังนี้ (Robbins, 1989 อ้างใน พูลสุข หิงคานนท์ 2549)

**แรงจูงใจลำดับที่ 1 ความต้องการทางสรีรวิทยา (Physiological Needs)**  
เป็นความต้องการการได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายได้แก่ การมีอาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค

**แรงจูงใจลำดับที่ 2 ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (Security Needs)**  
ได้แก่ ความต้องการความปลอดภัยและความปลอดภัยจากความกลัวและการคุกคามต่างๆ

**แรงจูงใจลำดับที่ 3 แรงจูงใจเพื่อเป็นเจ้าของหรือมีต้นสังกัด (Social Needs)**  
ได้แก่ ความต้องการความรักจากครอบครัว เพื่อน ผู้อื่น ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการติดต่อของมนุษย์

**แรงจูงใจลำดับที่ 4** แรงจูงใจเพื่อแสวงหาและรักษาเกียรติยศ (Extreme Needs) เป็นความต้องการแสวงหาและรักษาศักดิ์ศรีทั้งจากตนเองสำนึกและการได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลอื่น การยกย่อง และเกียรติยศชื่อเสียง

**แรงจูงใจลำดับที่ 5** แรงจูงใจเพื่อตระหนักรู้ความสามารถของตน (Self-Actualization Needs) คนมีจุดหมายสูงสุดเพื่อที่จะบรรลุ ความปรารถนาสูงสุดนั้น และความต้องการใช้ความสามารถอย่างเต็มที่

ตามแนวคิดของมาสโลว์ บุคคลจะถูกจูงใจให้ตอบสนองความต้องการที่มีอำนาจมากที่สุด ของพวกเขาในขณะหนึ่ง อำนาจของความต้องการขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในปัจจุบัน และประสบการณ์ที่ผ่านมาไม่นานของบุคคล มนุษย์จะเริ่มต้นด้วยความต้องการทางด้านสรีรวิทยา ก่อน ความต้องการขั้นพื้นฐานมากที่สุด มนุษย์จะมีความต้องการลำดับต่อไป เมื่อความต้องการระดับต่ำกว่าได้รับการตอบสนองความพอใจอย่างน้อยที่สุดบางส่วนแล้ว ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติของทฤษฎีดังกล่าวนี้ ในการจูงใจภายในองค์กรมีอยู่หลายอย่าง ความต้องการทางด้านสรีรวิทยาของบุคคลต้องได้รับการตอบสนองด้วยค่าตอบแทนอย่างเพียงพอที่จะเลี้ยงดูให้ที่พักอาศัย และคุ้มครองบุคคลและครอบครัวตามสมควร และผู้บริหารต้องจัดหาสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ปลอดภัยให้ก่อนที่จะเสนอสิ่งจูงใจที่ตอบสนองความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งหรือโอกาสที่จะเจริญเติบโตของพนักงาน ความต้องการความมั่นคง ต้องการความมั่นคงของงาน ความปลอดภัยจากการบังคับ ขู่เข็ญ และต้องการข้อบังคับที่ระบุไว้อย่างชัดเจน

ในองค์กรด้านสุขภาพปัจจุบันและ โดยเฉพาะในวิชาชีพพยาบาลเนื่องจากเป็นอาชีพที่มั่นคงมีรายได้เพียงพอ พยาบาลจึงได้รับการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาและความมั่นคง ผู้บริหารส่วนใหญ่จึงให้ความสนใจที่ความต้องการสามอย่างถัดไปคือ ความต้องการเป็นเจ้าของหรือมีต้นสังกัด ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง และความต้องการตระหนักรู้ความสามารถของตน ด้านความต้องการเป็นเจ้าของ ความรู้สึกจะรุนแรงมากที่สุดในความสัมพันธ์กับบิดามารดาสามีหรือภรรยา หรือลูก นอกจากนี้ ความต้องการเหล่านี้ตอบสนองได้ในสภาพแวดล้อมทางสังคม ความต้องการความสัมพันธ์ที่อบอุ่นกับเพื่อน ความรู้สึกว่าเป็นบุคคลหนึ่งในกลุ่ม สภาพแวดล้อมของการทำงาน เป็นสภาพแวดล้อมทางสังคมอย่างหนึ่งด้วย ถ้าหากว่าผู้ปฏิบัติงานไม่รู้สึกว่า เป็นส่วนสำคัญขององค์กร และเพื่อนร่วมงาน ผู้ปฏิบัติงานนั้นจะคับข้องใจด้วยความต้องการของการเป็นส่วนหนึ่ง และจะไม่ตอบสนองต่อสิ่งจูงใจในระดับที่สูงขึ้น

มาสโลว์ได้อธิบายถึงความต้องการเกียรติยศชื่อเสียงสองแบบ แบบแรกคือ ความต้องการความสำเร็จ อำนาจ และความสามารถ บุคคลต้องการความรู้สึกว่า บรรลุถึงบางสิ่งบางอย่างที่สำคัญ เมื่อได้ปฏิบัติงาน แบบที่สองคือ ความต้องการชื่อเสียง สถานภาพ ความสำคัญ

และการยกย่อง ในฐานะที่เป็นผู้บริหาร มีวิธีการหลายอย่างในการตอบสนองความต้องการทั้งสองแบบเหล่านี้ ในผู้ได้บังคับบัญชา เช่น การมอบหมายงานที่ท้าทาย การให้สิ่งย้อนกลับทางด้านผล การปฏิบัติงาน การยกย่องผลการปฏิบัติงาน และการให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมาย และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

เมื่อความต้องการเหล่านี้ทุกอย่างได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ บุคคลจะถูกจูงใจด้วยความตระหนักรู้ความสามารถของตน เพื่อที่จะบรรลุความปรารถนาสูงสุดนั้น จะพยายามหาความหมายและความเจริญเติบโตส่วนบุคคลในการทำงานของตน และแสวงหาความรับผิดชอบใหม่อย่างกระตือรือร้น มาสโลว์กล่าวว่า ความแตกต่างของบุคคลมีมากที่สุดระดับนี้ ในกรณีของบุคคลบางคน การสร้างผลงานที่มีคุณภาพสูง อาจจะเป็นวิธีการตอบสนองความปรารถนาสูงสุดในชีวิต ในขณะที่บางคน อาจจะเป็นการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ ด้วยการตระหนักถึงความแตกต่างของความต้องการในขั้นนี้ ผู้บริหารสามารถจูงใจผู้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

#### 4.2.2 ทฤษฎีภาวะผู้นำแบบแปลงรูปของเบิร์นส์ (Burns' Theory of

##### *Transforming Leadership)*

จากแนวคิดที่ว่าบุคคลจะมีความพึงพอใจในงานเพียงใดนั้น ผู้นำเป็นผู้มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจเป็นอย่างมาก ทฤษฎีของเบิร์นส์ เป็นทฤษฎีภาวะผู้นำแบบแปลงรูปที่กล่าวถึงผู้นำอย่างไรที่จะจูงใจผู้ตามให้มีแรงจูงใจในการทำงาน ภาวะผู้นำแบบแปลงรูปคือ ผู้นำจะปลุกสำนึกให้มีอุดมการณ์ ค่านิยมที่มีคุณธรรม เช่น เสรีภาพ ความยุติธรรม ความเสมอภาค ความสงบ และมนุษยธรรม ไม่ให้เกิดอารมณ์เลวร้าย เช่น หวาดกลัว อิจฉา-โลภ หรือมีแต่ความเกลียด เป็นผู้นำที่มีความตื่นตัว ต่อความต้องการของผู้ตาม จะประเมินผู้ตามของเขาว่ามีความปลอดภัยตลอดเวลา และมีความปลอดภัยที่คิดว่า ผู้นำแบบแปลงรูปสามารถอยู่ในทุกตำแหน่งขององค์กรได้ แต่จะเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลเหนือเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา พร้อมกับมีอิทธิพลเหนือผู้ได้บังคับบัญชา ผู้นำในแบบนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความแตกต่างระหว่างความเป็นผู้นำกับอำนาจที่มีส่วนสัมพันธ์กับผู้นำและผู้ตาม อำนาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้นำจัดการบริหารทรัพยากร โดยเข้าไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ตามเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตนหวังไว้ ความเป็นผู้นำจะเกิดขึ้นเมื่อการบริหารจัดการทำให้เกิดแรงจูงใจ และนำมาซึ่งความพึงพอใจต่อผู้ตามสามารถสรุปลักษณะผู้นำของเบิร์นส์ เป็น 2 แบบ (Huber, 1996 อ้างใน พูลสุข หิงคานนท์ 2549) ได้แก่

1) *ผู้นำการแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership)* ผู้นำที่ติดต่อกับผู้ตาม โดยการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน และสิ่งแลกเปลี่ยนนั้นต่อมากลายเป็นประโยชน์ร่วมกัน ลักษณะนี้พบได้ในองค์กรทั่วไป เช่น การทำงานดีได้เลื่อนขั้น เมื่อทำงานจะได้ค่าจ้าง เป็นต้น

2) ผู้นำแบบเปลี่ยนสภาพ (Transformational Leadership) หมายถึงผู้นำที่ให้แรงจูงใจต่อผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เขาได้ใช้ศักยภาพของเขาให้เต็มที่ในการปฏิบัติงาน เป็นผู้นำที่ตระหนักถึงความต้องการของผู้ตาม พยายามให้ผู้ตามได้รับการตอบสนองสูงกว่าความต้องการของผู้ตาม เน้นการพัฒนาผู้ตาม กระตุ้นและยกย่องซึ่งกันและกัน จนเปลี่ยนผู้ตามเป็นผู้นำ และมีการเปลี่ยนต่อกันไป เรียกว่า domino effect ต่อไป ตัวอย่างผู้นำลักษณะนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน

ผู้นำแบบเปลี่ยนสภาพมักเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้นำต้องการให้เกิดผลงานระดับสูงขึ้น ต้องการพัฒนางานให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ ผู้นำจะให้คำสัญญา และกระตุ้นให้เกิดพลังอำนาจในการทำงานของ ผู้ปฏิบัติงานทุกคนเพื่อให้ไปถึงจุดสูงสุดขององค์กร

### 4.3 การวัดความพึงพอใจในงาน และปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

#### 4.3.1 การวัดความพึงพอใจในงาน (Measuring Job Satisfaction)

มีความพยายามที่จะสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในงานได้อย่างเป็นระบบ มีความเที่ยงตรงแม่นยำสูง และมีความน่าเชื่อถือ ได้หลายวิธี เช่น ลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบบสอบถาม (Questionnaires) การใช้กรณีเหตุการณ์สำคัญ (Critical incidents) และการสัมภาษณ์ เป็นต้น เครื่องมือที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการวัดความพึงพอใจในงาน ได้แก่แบบสอบถามที่มีตัวเลือกเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Questionnaire and Rating Scale) ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถาม จะให้คะแนนตามลำดับค่าน้ำหนักของแต่ละตัวเลือกจนครบทุกตัวเลือก ในงานด้านการพยาบาลมีความพยายามในการวัดความพึงพอใจในงานมากมาย และผลจากการวิเคราะห์อภิปรายงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานพยาบาลของ ปิยฉัตร ฉ่ำชื่น (2547) ที่ได้ทำการศึกษาจำแนกคุณลักษณะงานวิจัย ตามทฤษฎีที่ใช้ศึกษาความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งมีหลายแนวคิดที่ผู้วิจัยแต่ละคนนำมาศึกษา โดยพบว่าแนวคิดที่ผู้วิจัยนิยมใช้มากที่สุดคือ แนวคิดของ Herzberg มีผู้นำมาใช้ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นแนวคิดของ Stamp and Piedmonte ร้อยละ 6.80 นอกจากนั้นเป็นแนวคิดที่มีการใช้ปริมาณใกล้เคียงกัน ได้แก่ Muson and Heda, Smith, Hulin & Kendall, Hackman & Oldham and Varoom ร้อยละ 3.40 ส่วนแนวคิดของ McCloskey and Mueller, McClelland, Minesota and Spector มีผู้นำมาใช้ร้อยละ 2.30 ที่เหลือเป็นแนวคิดของ Slavik และคณะ และแนวคิดของ Locke มีผู้นำมาใช้ร้อยละ 1.10 นอกจากนั้นก็มีผู้นิยมใช้หลายแนวคิดรวมกันมาประยุกต์ใช้ร้อยละ 8

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานพบว่าแนวคิดของ McCloskey and Mueller (2003) ซึ่งมีรากฐานมาจากทฤษฎีของ Maslow และ Burn เหมาะสมกับการนำมาใช้ในการวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาลสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลตามแนวคิดดังกล่าว สามารถวัดความ

พึงพอใจในงานในยุคปัจจุบันได้ตรงประเด็นกับปัญหาความไม่พึงพอใจในงานของพยาบาลในปัจจุบัน คือสถานการณ์ความขาดแคลนพยาบาลอย่างมากที่เกิดขึ้นในระยะ 2-3 ปี ที่ผ่านมามีทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติงานล่วงเวลาเพิ่มขึ้น และเป็นการปฏิบัติงานล่วงเวลาอย่างต่อเนื่องมานานพอสมควร และยังไม่มีการทำที่ที่จะยุติการปฏิบัติงานล่วงเวลาได้ เนื่องจากพยาบาลใหม่ที่เข้าสู่ระบบยังมีไม่เพียงพอ ขณะเดียวกันภาระงานเพิ่มขึ้นตลอดเวลา และแบบวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาลของแมคคอสมสกี และมูเลอร์ ยังเป็นที่นิยมในการนำมาใช้วัดความพึงพอใจในงานของพยาบาลทั้งในและต่างประเทศโดยมีค่าความเที่ยงในการวัดเท่ากับ 0.89

### 4.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน

แบบวัดความพึงพอใจในงานของพยาบาลของแมคคอสมสกี และมูเลอร์ แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในเงินเดือนและผลประโยชน์ ด้านตารางการทำงาน ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านความพึงพอใจในสังคม ด้านโอกาสก้าวหน้าทางวิชาการ ด้านสภาพการทำงานและการได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน และด้านองค์การและเงื่อนไขของการทำงาน

#### 1) ความพึงพอใจใน เงินเดือนผลประโยชน์ที่ได้รับ (Satisfaction with salary and benefit)

(1) เงินเดือนและค่าตอบแทน (Salary) หมายถึง ผลตอบแทนที่เกิดจากการทำงานที่พึงได้รับครอบคลุมถึงเงินเดือน ค่าจ้าง เงินพิเศษอื่น ๆ รางวัล โบนัส ค่าตอบแทนที่เป็นเงินเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่บุคลากรนำมาแลกเปลี่ยนสิ่งของที่ต้องการ เช่นปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิต เพื่อตนเองและครอบครัวให้มีความสุขตามสมควร หากบุคคลมีรายได้สูง ย่อมทำให้มีความเป็นอยู่ที่สุขสบาย ได้แก่ การศึกษาของพยอม วงศ์สารศรี (2542) ที่กล่าวว่าค่าตอบแทนที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในงาน ผลงานจึงออกมามีคุณภาพ

(2) ค่าชดเชยในการอยู่เฝ้าในวันหยุด (Vacation) หมายถึง การที่ข้าราชการหรือบุคคลโดยทั่วไปที่ปฏิบัติงานประจำสามารถใช้วันหยุดได้ตรงกับวันหยุดราชการจริงในขณะนั้น แต่พยาบาลจะได้ปริมาณวันหยุดเท่ากับข้าราชการส่วนอื่นๆที่ได้รับ เพียงแต่บางครั้งไม่สามารถหยุดราชการได้จริงในวันนั้นๆ ต้องได้วันหยุดในภายหลังโดยมีการเฉลี่ยวันหยุดให้เหมาะสมในกลุ่มเพื่อนร่วมงานเดียวกัน การได้รับค่าชดเชยในการอยู่เฝ้าในวันหยุดเหล่านั้นต้องเหมาะสมกับการที่พยาบาลเสียโอกาสไม่ได้หยุดตรงกับวันหยุดจริง

(3) สวัสดิการ (Benefits) หมายถึง สิ่งอื่นอันช่วยให้มีความเป็นอยู่ที่ดี มีสภาพการทำงานที่ดี มีความสะดวกสบาย เช่นที่พัก ค่ารักษาพยาบาล ค่าอาหาร ค่าที่พักอาศัย



ค่าเล่าเรียนบุตร วันลา วันหยุดประจำปี การเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย เงินบำเหน็จตอบแทนเมื่อออกจากงาน สวัสดิการที่ได้รับเหล่านี้ จะช่วยให้ลดค่าใช้จ่ายของผู้ปฏิบัติงาน และถ้าได้รับการพิจารณาอย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน สวัสดิการเหล่านี้ที่องค์กรสามารถจัดให้เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากเงินเดือน หรือค่าตอบแทนปกติ เพื่อเป็นการสร้างขวัญ กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

## 2) ความพึงพอใจในตารางการทำงาน (Satisfaction with Schedule)

ความพึงพอใจในตารางการทำงานประกอบด้วยรายด้าน ได้ดังนี้ ตารางการทำงานที่ยืดหยุ่น วันทำงาน วันหยุดสุดสัปดาห์ และความยืดหยุ่นในวันหยุดสุดสัปดาห์

(1) ตารางการทำงานที่ยืดหยุ่น (Schedule flexibility) การจัดตารางเวลาในการปฏิบัติงาน โดยทั่วไปสำหรับงานที่มีช่วงเวลาในการปฏิบัติงานที่ยาวนาน หรือเวรปฏิบัติงานที่ต่างออกไปจากเวลาปกติ เช่น งานที่เป็นกะกลางคืน งานล่วงเวลา ตารางการปฏิบัติงานที่ไม่แน่นอน เช่น เมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมาก จำเป็นต้องให้ปฏิบัติงานล่วงเวลากะทันหัน โดยทั่วไปนิยมจัดตารางการทำงาน 3 แบบ ดังนี้

ก. การจัดตารางปฏิบัติงานเป็นรอบ (Cycle Scheduling) หมายถึงการจัดตารางปฏิบัติงาน โดยกำหนดวันหยุดที่คงที่แต่ละสัปดาห์ของรอบหนึ่งๆ ได้แก่ จัดตารางปฏิบัติงานรอบละ 4 สัปดาห์ โดยจัดวันหยุดที่คงที่ใน แต่ละสัปดาห์ของรอบหนึ่งๆ เช่น

คนที่ 1 วันหยุดงาน สัปดาห์แรก คือวันจันทร์และวันอังคาร วันหยุดงานสัปดาห์ที่สอง คือวันพุธและวันพฤหัสบดี วันหยุดงานสัปดาห์ที่สาม คือวันศุกร์และวันเสาร์ วันหยุดงานสัปดาห์ที่สี่ คือ วันเสาร์และวันอาทิตย์

คนที่ 2 วันหยุดงาน สัปดาห์แรก คือวันเสาร์และวันอาทิตย์ วันหยุดงานสัปดาห์ที่สอง คือวันจันทร์และวันอังคาร วันหยุดงานสัปดาห์ที่สาม คือวันพุธและวันพฤหัสบดี วันหยุดงานสัปดาห์ที่สี่ คือวันศุกร์และวันเสาร์

ข. การจัดตารางปฏิบัติงานแบบคงที่ (Fix Shift Scheduling) หมายถึงการจัดตารางปฏิบัติงานให้ทำงานในผลัดหนึ่งผลัดใดตลอดไป เช่น ผลัดเช้าตลอด ผลัดบ่ายตลอด หรือผลัดดึกตลอด หรือจัดตารางปฏิบัติงานผลัดใดผลัดหนึ่งเป็นระยะเวลา 1-3 เดือน

ค. การจัดตารางปฏิบัติงานแบบหมุนเวียน (Rotating Shift Scheduling) หมายถึงการจัดตารางปฏิบัติงาน โดยหมุนเวียนผลัดการปฏิบัติงาน วันหยุดจะไม่คงที่ ซึ่งการจัดตารางปฏิบัติงานแบบหมุนเวียนนี้ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในประเทศไทยและเป็นแบบการจัดการจัดตารางปฏิบัติงานที่ใช้ในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ การเลือกจัดตารางปฏิบัติงานแบบใดนั้น ถ้าเป็นรูปแบบการจัดการตารางปฏิบัติงาน ที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานพึงพอใจย่อมเกิดกำลังใจในการทำงาน

ตารางการทำงานที่ยืดหยุ่น หมายถึง ตารางการปฏิบัติงานที่เอื้ออำนวยในการจัดสรรเวลาระหว่างการปฏิบัติงาน และชีวิตครอบครัว ให้โอกาสแลกเปลี่ยนตารางเวรระหว่างผู้ร่วมงานในหอผู้ป่วย ไม่ถือกฎระเบียบเคร่งครัดในการแลกเปลี่ยนเวรมาจนพยาบาลรู้สึกอึดอัดและคับข้องใจ รวมทั้งการจัดการตารางเวรการปฏิบัติงานที่ติดต่อกันหลายวัน โดยไม่มีวันหยุด จัดให้ปฏิบัติงานล่วงเวลาใน วันเสาร์ - อาทิตย์ และการจัดตารางเวรปฏิบัติงานที่ต้องมีผลค้ำบ่ายผลลัดตึก ถิ่นมากติดต่อกันหลายวัน การบริหารการพยาบาลในปัจจุบันต้องใช้ความยืดหยุ่นในด้านการตัดสินใจเป็นอย่างมาก ในการจัดตารางเวรตามปกติจะจัดเวร 8 ชั่วโมง โดยกำหนดให้มีจำนวนพยาบาลในเวรเช้า บ่าย ดึก ตามภาระงานแต่ละเวร กรณีที่มีความขาดแคลนพยาบาล และต้องใช้ผู้ช่วยพยาบาลเสริม อาจต้องใช้การจัดเวรแบบ 12 ชั่วโมงเข้ามาแทน แต่ชั่วโมงการทำงานที่นานเกินไปย่อมทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่

การศึกษาของ จำริญลักษณ์ เกิดสุวรรณ (2523) พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง/วัน และ 10 ชั่วโมง/วัน โดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง/วันมีความพึงพอใจในงานมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงาน 10 ชั่วโมง/วัน โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงาน 10 ชั่วโมง/วัน กล่าวว่าเป็นจำนวนชั่วโมงการทำงานที่นานเกินไป และมีภาระส่วนตัวที่ต้องรับผิดชอบมากจนเป็นอุปสรรคสำหรับการจัดเวรแบบ 10 ชั่วโมง/วัน โดยเพิ่มวันหยุดหรือค่าตอบแทนการปฏิบัติงานล่วงเวลาให้ ในกรณีที่มีการขอแลกเวรเพื่อสะดวกในการศึกษาต่อหรือปฏิบัติภารกิจอื่น ผู้บริหารควรตัดสินใจอนุญาตได้ เช่น มีการขอยู่เวรกลางคืนตลอด เนื่องจากต้องเรียนในเวลากลางวัน ถ้าบุคลากรอื่นในหน่วยงานไม่ขัดข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้ก้าวหน้า เป็นการบริหารที่เปิดกว้าง รับกับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และการสร้างขวัญกำลังใจ เป็นต้น ความยืดหยุ่นของตารางการปฏิบัติงาน นโยบาย วิธีการทำงานมีความสำคัญต่อการคงอยู่ของบุคลากรในระบบอย่างยิ่ง ความยืดหยุ่นของงานจะนำไปสู่การทำงานที่มีคุณภาพสูงและผลผลิตมากขึ้น

สุมลา พรหมมา (2543) ผลการใช้ตารางปฏิบัติงานแบบยืดหยุ่นต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้ตารางปฏิบัติงานแบบยืดหยุ่น กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 112 คน พบว่าความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้ตารางปฏิบัติงาน แบบยืดหยุ่นอยู่ในระดับปานกลาง (2.86 และ 3.22 ตามลำดับ) โดยมีความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้ตารางปฏิบัติงานแบบยืดหยุ่นสูงกว่าก่อนการใช้ตารางปฏิบัติงานแบบยืดหยุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p= 0.001$ )

ลาเซ (Lacey, 2001) ศึกษาปัจจัยที่พยาบาลมีความพึงพอใจในงาน และการคงอยู่ในงานของพยาบาล โดยสุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ (RNs) 600 คน และพยาบาลปฏิบัติการ (LPNs) 600 คน ในนอร์ธ คาโรไลนา อัตราการตอบกลับของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 64.50 พยาบาลปฏิบัติการร้อยละ 61 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงาน และการคงอยู่ในงานของพยาบาล ได้แก่ ค่าตอบแทนที่ดี ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน ตารางการทำงานที่ยืดหยุ่น อัตราค่าจ้างที่เหมาะสม

การที่บุคคลต้องทำงานเป็นกะหรืออยู่เวรกลางคืน และกลางวันหมุนเวียนสลับกันไปมีผลต่อจังหวะชีวภาพ จังหวะชีวภาพ หมายถึง ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมนุษย์จะทำงานคงที่ตามเวลาของแต่ละวัน เช่น บุคคลที่ทำงานในเวลากลางวันและนอนในเวลากลางคืน ระดับอุณหภูมิร่างกายจะเริ่มเพิ่มขึ้นในช่วงเช้าและจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงบ่าย และเย็นจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ จนต่ำสุดเวลา 2.00- 5.00 น ซึ่งระดับอุณหภูมิร่างกายจะเป็นเช่นนี้ทุก ๆ วัน (Hawkins, 1978 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร 2550) ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงช่วงเวลางาน และการนอนที่ไม่แน่นอน หรือเปลี่ยนแปลงบ่อยเกินไป จะส่งผลให้ร่างกายปรับตัวได้ยาก จากผลการวิจัยพบว่าการจัดตารางเวรแบบหมุนเวียนทำให้บุคลากรพยาบาลต้องหมุนเวียนปฏิบัติงานในผลัดเช้า ผลัดบ่าย ผลัดดึก หากร่างกายไม่สามารถปรับระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ให้สัมพันธ์กับเวลาการทำกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนคุ้นเคย ได้แก่ เวลานอน เวลารับประทานอาหาร เวลาทำกิจกรรมกับครอบครัวและสังคม จะกระทบต่อจังหวะชีวภาพ (Bio- Rhythms or Circadian Rhythms) ทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะเสียสมดุล เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ รวมทั้งทำงานผิดพลาด ผลงานไม่มีคุณภาพ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร 2550) ดังนั้น เพื่อลดผลกระทบของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ สิ่งที่ได้รับผิดชอบจัดตารางเวรควรคำนึงถึงได้แก่

- ก. จำนวนคืนของการปฏิบัติงาน ในผลัดดึกที่เหมาะสมคือ 2-3 คืน  
ไม่ควรจัดตารางการปฏิบัติงานในผลัดดึกต่อกันเกิน 3 คืน
- ข. จำนวนคืนของการปฏิบัติงาน ในผลัดดึกในรอบ 1 เดือน ควรน้อยกว่าจำนวนวันของการปฏิบัติงานในเวรเช้า
- ค. หมุนเวียนปฏิบัติงานในผลัดเช้า ผลัดบ่าย ผลัดดึกอย่างเหมาะสม เพื่อให้บุคลากรสามารถปรับระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้สัมพันธ์กับเวลานอน เวลารับประทานอาหาร เวลาปฏิบัติงาน
- ง. หมุนเวียนจากผลัดเช้า ผลัดบ่าย ผลัดดึกจากนั้นควรจัดเป็นวันหยุดงานก่อนเริ่มปฏิบัติงานรอบใหม่

(2) การปฏิบัติงานในวันธรรมดา (*Work Days*) คณะกรรมการพลเรือนได้กำหนดเกณฑ์เวลามาตรฐาน (*Standard Time*) ให้นุเคราะห์ทางการแพทย์ปฏิบัติไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน หรือไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (รัชณี สุจินทรรัตน์ 2546 และทัศนยา บุญทอง 2547) และพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานของประเทศไทยปี พ.ศ. 2540 ระบุให้นุเคราะห์ทำงานสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 8 ชั่วโมงหรือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยให้ถือว่าเป็นชั่วโมงทำงานตามปกติ

(3) วันหยุดประจำสัปดาห์ (*Weekend Off*) หมายถึง วันหยุดราชการตามปกติคือวันเสาร์-อาทิตย์ วันหยุดนักขัตฤกษ์ต่างๆ ซึ่งควรมีการ หมุนเวียนวันหยุดงานที่ตรงกับวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์แก่นุเคราะห์อย่างทั่วถึง เป็นการเปิดโอกาสให้นุเคราะห์ได้หยุดตรงกับบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงของตนเพื่อจะได้มีโอกาสที่จะปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการพบปะสังสรรค์ ได้พักผ่อนพร้อมครอบครัว ช่วยผ่อนคลายความเหนื่อยล้าจากงาน การศึกษาของรักใจ โร (Ruggiero, 2005) ในพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยหนัก 247 คน ระบุว่า การเพิ่มวันหยุดสุดสัปดาห์ต่อเดือน สามารถเพิ่มความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปรับปรุงตารางการทำงานช่วยเพิ่มความพึงพอใจในงานการดึงดูคนมาทำงาน และการคงอยู่ในงาน

(4) ความยืดหยุ่นในวันหยุดสุดสัปดาห์ หมายถึง การกระจายวันหยุดสุดสัปดาห์ให้แก่บุคคลที่ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมเท่าเทียมกัน กรณีที่มีความจำเป็นที่เป็นเหตุผลส่วนตัวสามารถแจ้งความจำเป็นขอวันหยุดสุดสัปดาห์หรือสามารถแลกเปลี่ยนเวรที่ตนเองต้องการเพื่อหยุดเวรได้

### 3) ความพึงพอใจในความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน และชีวิตส่วนตัว (*Satisfaction with Support for Family Responsibility*)

ความพึงพอใจในความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน และชีวิตส่วนตัว หมายถึง สถานการณ์ของบุคคลที่สามารถจัดสรรช่วงเวลาการทำงาน และช่วงเวลาที่จำเป็นในการพักผ่อน ดูแลตนเอง ดูแลครอบครัวได้อย่างเหมาะสม จนทำให้เมื่อขณะที่บุคคลต้องปฏิบัติงานจะเกิดความสุขในช่วงเวลาทำงาน และมีความรู้สึกที่ดีต่องาน ความไม่สมดุลกันระหว่างความต้องการของชีวิตส่วนตัว ครอบครัว กับหน้าที่ความรับผิดชอบในงาน เช่น กรณีบุตรป่วย บิดามารดาป่วย ส่งผลต่อการทำงานของพยาบาลที่ต้องปลีกเวลาในการดูแลบุคคลในครอบครัว พอเทลล่า โรเทลเบอร์ก และเวสแมน (Portela, Rotenberg, Weissmann, 2004) ศึกษาที่ประเทศบราซิล ในโรงพยาบาลของรัฐ 2 แห่ง ถึงการรายงานภาวะสุขภาพ การนอนไม่หลับ ในพยาบาลที่ทำงานต่ำกว่า 12 ชั่วโมง/เวร ในเวลากลางวันและกลางคืน ผลการศึกษาส่วนหนึ่งระบุว่าถ้าต้องทำงานกลางคืนมากกว่า 4 ครั้ง/สองสัปดาห์ สัมพันธ์กับการไม่พึงพอใจในเรื่องไม่มีเวลาดูแลบุตร การไม่มี

ปฏิสัมพันธ์กับสังคมและครอบครัวที่ควรใช้เวลาด้วยกันตอนเย็นและกลางคืน การศึกษาของ โจเทน เทม และเทอร์รี่ (Josten, Tham and Thierry, 2003) ระบุว่า พยาบาลที่ทำงาน 9 ชั่วโมง/เวรมีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่าย บ่นเรื่องภาวะสุขภาพ ไม่พึงพอใจเกี่ยวกับชั่วโมงการทำงานและการมีเวลาว่างส่วนตัว มากกว่าพยาบาลที่ทำงาน 8 ชั่วโมง/เวร ลอ อิริยกุลนิมิต (2546) ศึกษาตัวประกอบที่ทำให้เกิดการคงอยู่ในงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าการมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน และชีวิตส่วนตัวสามารถทำให้เกิดการคงอยู่ในงานได้อันดับที่ 8 จากทั้งหมด 10 ตัวประกอบ

(1) การลาคลอด (*Maternity Leave*) หมายถึง การได้รับการดูแลจากนโยบายที่เอื้อต่อการตั้งครรภ์ และเลี้ยงดูบุตร แม้ในขณะที่ตั้งครรภ์เมื่อเกิดความเจ็บป่วยสามารถลาป่วยได้ตามสถานการณ์จริงโดยไม่เกิดความคับข้องใจที่ไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทน เมื่อถึงเวลาคลอดบุตรสามารถลาคลอดเพื่อไปเลี้ยงดูบุตรได้เต็มเวลาของระยะเวลาของการลาคลอดได้โดยไม่ถูกระงับการลาเนื่องจากไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทน (ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2540 อนุญาตให้มารดาลาคลอดได้ 90 วัน โดยได้รับเงินเดือน และลาต่อได้อีก 90 วัน โดยไม่ขอรับเงินเดือนแต่ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาโดยพิจารณาว่าจะไม่เกิดผลเสียหายแก่งาน)

(2) การดูแล เลี้ยงดูบุตร (*Child Care*) เป็นความไม่สมดุลกันระหว่างการต้องมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลบุตรในฐานะผู้เป็นมารดา กับหน้าที่ความรับผิดชอบในงาน ได้แก่ กรณีบุตรป่วย ส่งผลต่อหน้าที่การงานที่จะต้องปลีกเวลาไปดูแลบุตรในสถานการณ์ที่อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ เมื่อต้องไปดูแลบุตรทำให้ไม่สามารถจัดหาพยาบาลมาดูแลผู้ป่วยแทนได้ บทบาทของพยาบาลที่ถูกอบรมให้เป็นผู้มีความรับผิดชอบในงานสูงจะรู้สึกคับข้องใจมากเมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว จนพบว่าบุคคลจะลดความพึงพอใจในงานลง เช่น การศึกษาของ สเปคเตอร์ (Spector, 1997) พบว่าความขัดแย้งในงานกับครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในงาน รวมไปถึงการที่สถานที่ทำงานสนับสนุนให้พยาบาลซึ่งเป็นมารดาได้สามารถเลี้ยงดูบุตร ตลอดจนให้นมบุตรได้ในช่วง 6 เดือนแรกโดยจัดสถานที่เลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนไว้ในโรงพยาบาล

4) ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน (*Satisfaction with Collegial Relationship*)

ปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การแสดงออกที่จำเป็น คำพูด สีหน้า ท่าที พฤติกรรมที่แสดงออกต่อกัน ในการให้ความสนใจเอาใจใส่ กระตือรือร้น ให้ความช่วยเหลือด้วยความจริงใจ และเสมอภาค

(1) เพื่อนร่วมงาน (*peer*) ความพึงพอใจในบรรยากาศการทำงานร่วมกันกับสมาชิกในระดับเดียวกัน ได้แก่ พยาบาลในหอผู้ป่วยเดียวกัน มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมได้ดี มีการ

มีการให้คำแนะนำช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การศึกษาของลาเซ่ (Lacey, 2001) ถึงปัจจัยที่พยาบาลมีความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลระดับปฏิบัติการในนอร์ธ คาโรไลนา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในงานของพยาบาลส่วนหนึ่งมาจากความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน

(2) แพทย์ (Physicians) หมายถึง ความพึงพอใจในบรรยากาศการทำงานร่วมกับแพทย์ เป็นทีมที่ดี แพทย์คอยให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำในการปฏิบัติงาน ได้เป็นอย่างดี

(3) การได้รับการยอมรับจากเพื่อนงาน (Peer Recognition) หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อนร่วมงานในทีมเดียวกันเป็นอย่างดี สามารถเป็นบุคคลที่ทีมงานยอมรับในผลการปฏิบัติงาน มองเห็นคุณค่า และมีความสำคัญต่อทีมงาน อาจแสดงออกให้เห็นถึงการยกย่อง ชมเชย ให้ความเชื่อถือ ไว้เนื้อเชื่อใจในความสามารถเมื่อทีมงานมีปัญหาเฉพาะที่ต้องการแก้ไข จะขอให้ช่วยเหลือ ยอมรับนับถือในความสามารถในการปฏิบัติงานเมื่อทำงานได้ดี จะได้รับการยกย่อง ชมเชยให้ค่าสำคัญและเห็นในคุณค่าของตน รวมทั้งการให้กำลังใจและความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือเพื่อนร่วมงาน

5) ความพึงพอใจในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ (Satisfaction with Social and Interaction Opportunities)

(1) การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมผู้ร่วมงาน (Work Social Contact) หมายถึง การมีโอกาสในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานด้วยกันคือบุคลากรในทีมสุขภาพ และบุคลากรทุกระดับในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยการติดต่อไม่ว่าจะเป็นปฏิกริยา หรือกิจกรรมการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นไปในทางราบรื่น สนับสนุนมีความเข้าใจอันดีต่อกัน มีความจริงใจ ให้เกียรติ เคารพ ซึ่งกันและกัน รวมถึงความสามารถในการทำงานร่วมกันสัมพันธ์ภาพเชิงช่วยเหลือไว้วางใจตามแนวคิดของวัตสัน (Watson, 1985) สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถแตกต่างกันมาทำงานร่วมกันเป็นทีม มามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เพราะในการปฏิบัติการพยาบาลจะสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของเพื่อนร่วมงานทั้งเวร เช้า เวรบ่าย เวรดึก สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญ มีความจำเป็นและเป็นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกัน การทำงานร่วมกันอย่างมีความสุขทำให้มีแรงจูงใจในการทำงาน เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของงาน เห็นคุณค่า ความสำคัญของงานร่วมกันทำงานจนสำเร็จ

(2) การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอก (Social Contacts Outside) หมายถึง การได้มีโอกาสในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือหน่วยงานภายนอก ได้มีโอกาสทำงานร่วมกัน

การทำงานนั้นได้รับการยอมรับ เคารพ มีความเข้าใจอันดี และส่งเสริมการทำงานกันเป็นอย่างดีทั้งในขณะทำงานและหลังกลับจากทำงาน

(3) ปฏิสัมพันธ์กับสหสาขาวิชาชีพ (*Interaction Discipline*) หมายถึง การมีโอกาสติดต่อสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ภายนอกวิชาชีพ ภายในโรงพยาบาล ที่ต่างทำงานเชื่อมโยงกันได้แก่ นักกายภาพ โภชนาการเภสัชกร แพทย์ ผู้ปฏิบัติงานในสาขาต่าง ๆ เป็นต้น การติดต่อสัมพันธ์นั้น เป็นไปด้วยความจริงใจ สนับสนุนการทำงาน ประสานงานเพื่อความสำเร็จของงานด้วยกัน โดยเฉพาะการทำงานบริการสุขภาพต้องกระทำร่วมกับทีมสุขภาพ มีแพทย์เป็นผู้ร่วมทีมที่ใกล้ชิดมากที่สุด ซึ่งพยาบาลต้องการการยกย่อง และเห็นคุณค่า รวมทั้งความเข้าใจในบทบาทของพยาบาลจากแพทย์เพื่อให้งานผสมผสานกันดีจึงถือเป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญที่สามารถเสริมความสุขในการทำงาน

6) ความพึงพอใจในโอกาสก้าวหน้าทางวิชาการหรือการเป็นผู้เชี่ยวชาญ (*Satisfaction with Scholarly Opportunities*)

โอกาสก้าวหน้า และความสำเร็จในการทำงาน หมายถึง ความพึงพอใจของบุคลากร อันเกิดจากการได้รับโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การได้เลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง ได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้ได้รับความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลัง และมีโอกาสประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติหน้าที่การงาน

(1) การศึกษาวิจัย (*Research*) หมายถึง การได้รับโอกาสในการส่งเสริมให้มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ทั้งในด้านของการอบรมระยะสั้น ระยะยาว การได้ศึกษาต่อในระดับวุฒิการศึกษาที่สูงขึ้นหรือการศึกษาต่อเพื่อความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การได้รับการสนับสนุนในด้านการวิจัย

(2) การได้รับการเผยแพร่ผลงานวิชาการ (*Publish*) หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานให้ได้มี โอกาสในการเสนอผลปฏิบัติงาน ผลงานทางวิชาการ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน รวมทั้ง โอกาสในการที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ ผลการปฏิบัติงานหรือผลงานทางวิชาการที่ได้สร้างขึ้นแก่สาธารณชน

7) ความพึงพอใจในสภาพการทำงานและการได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหรือผู้ป้วย (*Satisfaction with Work Condition and Supervisors Support*)

สภาพการทำงาน หมายถึง สภาพทั่วไปของงานและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพในการทำงานเช่น แสง เสียง อากาศ ชั่วโมงการทำงาน รวมทั้งลักษณะแวดล้อมอื่นๆ เช่น อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ เป็นต้น ต้องมีความสะดวกสบายที่

เอื้ออำนวยต่อการทำงานที่มีความคล่องตัว และต้องมีความเหมาะสมในเรื่องของปริมาณงานที่ได้รับมอบหมายต่อจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน รวมถึงการเสี่ยงภัยหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกา ที่มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดประมาณ 2.7 ล้านคน (American Nurses Association, 2002, อ้างใน Valerie Denise Opher, 2004) พบว่าพยาบาล 1 ใน 5 คน วางแผนที่จะออกจากงานในอีก 5 ปี ข้างหน้าจากความไม่พึงพอใจในสภาพของการทำงาน (Pearson, 2003; Federation of Nurses and Health Professionals, 2001 อ้างใน Valerie, 2004)

(1) *ด้านการสนับสนุนจากหัวหน้าหรือผู้ป้วย (Supervisor Support)* หมายถึง การรับรู้ที่หัวหน้าหรือผู้ป้วยให้การสนับสนุน ในด้านการยกย่อง ชมเชย และให้กำลังใจพยาบาลประจำการ และกระตุ้นให้พยาบาลประจำการได้แรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา มีความสามารถในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ เกี่ยวกับเทคนิคในการทำงาน และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมตัดสินใจในงานที่ทำการส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ให้โอกาสตัดสินใจช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน

(2) *สภาพแวดล้อมที่มีการควบคุม (Control Setting)* หมายถึง บุคคลที่ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับควบคุม ได้แก่ นโยบาย ความยืดหยุ่นของโครงสร้างองค์กร การติดต่อสื่อสารในองค์กร เพื่อนร่วมงาน กฎระเบียบ ตลอดจนสิ่งต่าง ๆ ภายในองค์กร ที่มองไม่เห็นหรือจับต้องได้ แต่รู้จักหรือรับรู้ได้ ซึ่งบรรยากาศขององค์กรที่ผู้ปฏิบัติงานรับรู้และรู้สึก จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานในด้านความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ ความตั้งใจปฏิบัติงาน ตลอดจนทัศนคติต่อผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และจะส่งผลต่อปริมาณงาน คุณภาพงาน และความพึงพอใจในงาน (Max, 2001) หรืออาจหมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในหอผู้ป่วย ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน มีความปลอดภัย มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน มีอุปกรณ์ใช้อย่างเพียงพอ และใช้งานได้ดี ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุขภายในที่จะปฏิบัติงาน

(3) *การได้รับการยอมรับจากผู้บังคับบัญชา (Superior Recognition)* หมายถึง การได้รับการยอมรับนับถือจากผู้บังคับบัญชา หรือบุคคลในระดับที่อยู่สูงกว่า อาจอยู่ในรูปของการยกย่อง ชมเชย และการแสดงความยินดี การให้กำลังใจ หรือการแสดงออกอื่นๆ ที่ทำให้เห็นถึงการยอมรับในความสามารถในการทำงาน

(4) *ความรับผิดชอบ (Responsibility)* หมายถึง ความรับผิดชอบต่องานและความเอาใจใส่ในงานที่ได้รับมอบหมาย บุคคลจะรู้สึกว่ามีแรงจูงใจถ้าได้รับการมอบหมายอำนาจหน้าที่ เนื่องจากบุคคลต้องการความอิสระ อำนาจในงานและรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานนั้น แต่ต้องให้งานในปริมาณที่เหมาะสม หรือเป็นหน้าที่หรือข้อผูกพันที่ต้องแสดงออก ความพอใจเกิดจากการที่



ได้รับมอบหมาย ให้รับผิดชอบงานใหม่ ๆ งานพิเศษ หรือ ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น มีอำนาจรับผิดชอบเต็มที่ การได้รับมอบหมายภาระงานที่มากเกินไปและเป็นงานที่ไม่ใช่งานการพยาบาลมีโอกาสนำให้พยาบาลเกิดความไม่พึงพอใจในงาน การศึกษาของ วารีวรรณ คงชุ่ม และคณะ (2548) ถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม พฤติกรรมการดูแลของหัวหน้า หรือผู้เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในงานต่ำสุดคือ พยาบาลต้องทำงานธุรการและงานเอกสารมากเกินไป

(5) *สภาพการควบคุม (Control Condition)* หมายถึง การรับรู้ว่าหน่วยงานมีกฎเกณฑ์ หลักการหรือแนวทางในการควบคุมและการตรวจสอบการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการไว้ภายใต้การควบคุมของผู้บริหาร โดยหัวหน้าหรือผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ดูแลพยาบาลประจำการปฏิบัติงานภายใต้กฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด มากกว่าการคำนึงถึงความเป็นบุคคลของพยาบาลประจำการ อาจก่อให้เกิดความเครียด และความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการได้ ดังนั้นในการควบคุมงานควรมีความเหมาะสม ความยืดหยุ่นในการใช้กฎเกณฑ์ระเบียบต่าง ๆ ในการควบคุมการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ การมีส่วนร่วมกับหน่วยงานในการควบคุมการทำงานและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงาน การควบคุมติดตามงาน การตัดสินใจแก้ไขปัญหาดังกล่าว

(6) *อำนาจในการตัดสินใจ (Decision Making)* หมายถึง การให้ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระในการทำงาน สามารถวางแผน และออกแบบงานตั้งแต่เริ่มจนจบ สามารถจัดตารางเวลาด้วยตนเองได้ว่างานจะแล้วเสร็จเมื่อใด ส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาลประจำการตัดสินใจในการทำงานด้วยตนเอง มีความมากน้อยในการสนับสนุนให้มีอิสระในการตัดสินใจหรือปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง หรือยังทำงานได้อย่างมีอิสระมากเท่าใด ยังจะทำให้พยาบาลประจำการได้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้มีการใช้ความรู้และทักษะส่วนตัว และทักษะทางวิชาชีพที่ทำได้สามารถคิดและนำมาพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลได้ดีขึ้น ตรงกันข้าม ถ้าขาดการสนับสนุนให้ทำงาน และไม่ให้อิสระในการตัดสินใจจะทำให้เกิดความคับข้องใจ อาจรู้สึกว่าคุณเองทำงานได้ไม่ดีและเกิดความเบื่อหน่ายได้

การตัดสินใจด้วยตนเอง เป็นการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานว่าคุณมีอิสระและสามารถเลือกได้ว่าตนควรจะปฏิบัติงานอย่างไรในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน การตัดสินใจด้วยตนเองส่งผลต่อระดับการริเริ่มสร้างสรรค์และการควบคุมตนเอง โดยจะสะท้อนถึงความมีอิสระในการริเริ่มสร้างสรรค์ มีพฤติกรรมในการทำงานอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการในการทำงานที่ดี มีการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการทำงาน มีขั้นตอนมีความมุ่งมั่นพยายาม สอดคล้องกับแนวคิดของ เดซี คอนเนล และเรย์ (Deci, Connell and Ryan, 1989 อ้างใน บุญเรือน ชุ่มแจ่ม 2545)

8) ด้านอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านองค์การ และงานที่รับผิดชอบ เป็นความพึงพอใจในงานเกี่ยวกับการทำงานพัฒนาคุณภาพ การทำกิจกรรมในฐานะกรรมการอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย การส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การมีระเบียบวิธีปฏิบัติงานสนับสนุนแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอเหมาะสม และการได้รับการยกย่องชมเชยจากผู้รับบริการ

#### 4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

มีการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่อธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ดังนี้

##### การศึกษาในต่างประเทศ

แอลเคน และคณะ (Aiken et.al., 2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดอัตราค่าจ้าง อัตราตายของผู้ป่วย ความเหนื่อยหน่าย และความไม่พึงพอใจของพยาบาล โดยทำการสำรวจพยาบาล 43,000 คน ในสหรัฐอเมริกาโดยใช้แบบสอบถาม ผลการสำรวจพบว่าปัจจัยที่มีความพึงพอใจในงาน ได้แก่ จำนวน 1 ใน 3 ของแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับกล่าวว่า การมีอัตราค่าจ้างที่พอเพียงทำให้มีความพึงพอใจและมีคุณภาพการดูแลสูง น้อยกว่า 1 ใน 2 ของแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับกล่าวว่าได้รับการสนับสนุนในงานอย่างเหมาะสม ทุกๆ 1 ใน 10 ของแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับกล่าวว่าผู้บริหารทางการแพทย์ให้ความสำคัญพวกเขาเป็นอย่างดี ปัจจัยที่ไม่พึงพอใจ ได้แก่ การสนับสนุนทางอุปกรณ์ เทคโนโลยีไม่เพียงพอ และค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม

เฮาท (Hsiao 2005) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับนโยบายของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อการดูแลรอบคระวกับความพึงพอใจในงาน และการคงอยู่ในวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 247 คน ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่สหรัฐอเมริกา ใช้แบบวัดความพึงพอใจในงานตามแนวคิดของ McCloskey & Mueller ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในวิชาชีพอย่างมาก ได้แก่ ตารางการทำงานที่ยืดหยุ่น การสามารถลางานได้เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย การสนับสนุนจากหัวหน้างาน และความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน และลดการคงอยู่ในวิชาชีพ ได้แก่ ความเครียดจากการต้องปรับสมดุลของชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว

เอลเลนเบคเคอร์ และคณะ (Ellenbecker et.al., 2005) แห่งมหาวิทยาลัยบอสตัน ศึกษาถึงความพึงพอใจในงานและการคงอยู่ในงานของพยาบาลพบว่าความพึงพอใจในงาน และการคงอยู่ในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง การคงอยู่ในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับ ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลปฏิบัติกรกับผู้บริหารทางการแพทย์ การมีอิสระในงาน เงินเดือน ผลประโยชน์ที่ได้รับ ความเครียดจากภาระงาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับคนไข้ ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ จากมากไปหาน้อยตามลำดับ

เมท (Majd, 2005) แห่งมหาวิทยาลัย Hashemite ประเทศจอร์แดน ได้ศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาล และการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาล ในโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 124 คน พยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 314 คน โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจในงานของแมคคอสกี้และมูเลอร์ (McCloskey & Mueller Satisfaction Scale, 1990 MMSS) แบบวัดการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล ใช้แบบวัดของ McCain's Behavior Commitment Scale (McCain & McCloskey, 1987) ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลที่มีความพึงพอใจในงานสูงจะคงอยู่ในวิชาชีพได้นาน พยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมีความพึงพอใจในงานสูงกว่าพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐจำแนกรายด้าน ดังนี้ ด้านรางวัลตอบแทนภายนอกได้แก่ การได้รับวันหยุด ผลประโยชน์หรือสวัสดิการ ตารางการทำงานหรือชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่นได้ โอกาสที่จะทำงานแบบเวรเดียวต่อวัน การได้รับค่าชดเชยการทำงานในวันหยุดที่เหมาะสม ความสมดุลระหว่างชีวิตครอบครัวและการทำงาน การลาคลอดและมีสถานรับเลี้ยงบุตรในสถานที่ทำงาน โอกาสในการปฏิบัติงานล่วงเวลา โอกาสที่จะได้พบปะเพื่อนฝูงหลังเวลาเลิกงาน อย่างไรก็ตามพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐมีความพึงพอใจในงานสูงกว่าพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนในเรื่อง เงินเดือนที่ได้รับและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มพยาบาลที่เป็นเพื่อนร่วมงาน

แคทเทอร์ริน (Katileen, 2006) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการจัดการความขัดแย้งโดยผู้จัดการพยาบาลกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในโรงพยาบาล Acute Care รัฐนิวยอร์ก กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาล 257 คน และผู้จัดการพยาบาล 7 คน พบว่า ปัจจัยที่ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานได้แก่ ลักษณะงาน การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ค่าตอบแทนที่ได้รับมีความเหมาะสมกับตำแหน่งงาน ระดับการศึกษาและประสบการณ์

โจสิค (Josic, 2006) ได้ศึกษาถึงปฏิริยาสะท้อนกลับรุนแรงที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทหารผ่านศึกของสหรัฐอเมริกา พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ความมีอิสระในการทำงาน เทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์ ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน การสนับสนุนจากทีมแพทย์ สิ่งที่ทำให้พยาบาลไม่พึงพอใจในงานได้แก่ ภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก การมีจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานน้อย และมีบุคลากรทางการพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพในสัดส่วนที่มาก

การศึกษาของ วิลเลียม (William, 2006) เกี่ยวกับความพึงพอใจในวิชาชีพพยาบาล และการคงอยู่ในงานของพยาบาลในรัฐเพนซิลวาเนียและเดลิแวร์ (Pennsylvania and Delaware)

พบว่าสิ่งที่ทำนายความพึงพอใจในวิชาชีพพยาบาล ได้ดีที่สุดคือ การที่พยาบาลรู้สึกว่าจะสามารถทำงานได้สำเร็จคุ้มค่างับเวลาที่ทำ ภาระงาน และการได้รับการยอมรับ

คูติส (Curtis, 2007) ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลของประเทศไอร์แลนด์ (Republic of Ireland) จำนวนพยาบาล 2,000 คน โดยใช้แบบวัด ความพึงพอใจในงาน (Index of Work Satisfaction) ที่พัฒนาโดย Stamp ผลการวิจัยพบว่าระดับความพึงพอใจในงานโดยรวมของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลอย่างมากได้แก่ สถานะทางวิชาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในที่ทำงาน และความมีอิสระในการตัดสินใจ ส่วนนโยบายองค์กร และค่าตอบแทนมีผลต่อความพึงพอใจในงานในระดับที่ต่ำกว่า

จันทิมา จรัสทอง (2543) สำรวจความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาล และกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลศิริราชใน 2 องค์กรประกอบ คือ ความพึงพอใจในงานด้านปริกษา ได้แก่ คำนวณ ค่าจ้าง โอกาสก้าวหน้า หัวหน้างาน การนิเทศงาน และเพื่อนร่วมงาน กับความพึงพอใจด้านความรู้สึกรู้สึก ได้แก่ แรงจูงใจภายในเกี่ยวกับงาน ความพึงพอใจเมื่อมีความก้าวหน้าในงาน และความพึงพอใจในงานต่างๆ ไป พบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ปีทมากรณ์ สรรพรชัยพงษ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมการทำงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน เขตภาคกลาง 76 แห่ง ประชากร 882 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 275 คน พบว่าพยาบาลประจำการจะมีความพึงพอใจในงานระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความพึงพอใจในงานด้านปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงานมากที่สุด รองลงมาคือด้านความเป็นอิสระ ด้านสถานะของวิชาชีพ ด้านค่าตอบแทน ด้านนโยบายองค์กร ส่วนด้านลักษณะงานมีความพึงพอใจต่ำสุด

นิตยา สง่างวงษ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ การแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการกับความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจด้านผู้ร่วมงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ความพึงพอใจด้านวิธีการปฏิบัติงาน และการติดต่อสื่อสาร ความพึงพอใจด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทนมีระดับต่ำสุด นอกจากนี้ยังพบว่าการตัดสินใจด้วยตนเองโดยการให้อิสระในการตัดสินใจ การสนับสนุนส่งเสริมให้สามารถแก้ปัญหาการปฏิบัติงานได้ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ลลอ อิริยกุลนิมิต (2545) ศึกษาวิเคราะห์ตัวประกอบที่ทำให้เกิดการคงอยู่ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโรงพยาบาล 25 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง 951 คน ผลการวิเคราะห์ได้ตัวประกอบที่ทำให้เกิดการคงอยู่ในกลุ่มการพยาบาล จำนวน 10 ตัวประกอบ ได้แก่ การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การให้อิสระในงาน ค่าตอบแทนที่เหมาะสม พัฒนาวิชาการและการวิจัย การสนับสนุนการศึกษาต่อของบุคลากร สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและงาน การมีโครงสร้างองค์กรแบบราบ และโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ

มณี ภาณุวัฒน์สุข (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงาน ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหรือผู้ป่วย การสนับสนุนจากองค์กร กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลประจำการโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือด้านปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงานมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงเพียงด้านเดียว ด้านความเป็นอิสระ ด้านลักษณะงาน ด้านสถานภาพของวิชาชีพ และด้านนโยบายองค์กรความพึงพอใจในงานของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านค่าตอบแทน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

ศุภรศรี เดชเกษม (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การทำงาน การบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาลกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่าประสพการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของพยาบาล การบริหารผลการปฏิบัติงานทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยด้านการให้คุณค่ากับบุคลากรมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลมากที่สุด รองลงมา คือด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านการให้บุคลากรมีส่วนร่วม และด้านที่พยาบาลมีความพึงพอใจในงานน้อยที่สุดได้แก่การได้รับค่าตอบแทน

พัทธภรณ์ จินกุล (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ การสนับสนุนจากองค์กรกับความสำเร็จในวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ความสำเร็จในวิชาชีพด้านความพึงพอใจในงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐรับรู้ความสำเร็จในวิชาชีพด้านความพึงพอใจในงานระดับสูงสุด ได้แก่ การได้ปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือผู้อื่น ได้ทำสิ่งที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำงานที่ตนเองรักแม้ว่าภาระงานจะเพิ่มมากขึ้น ด้านความก้าวหน้าในงานพยาบาลวิชาชีพรู้สึกพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ด้านค่าตอบแทน และสวัสดิการที่ได้รับพยาบาลรู้สึกว่าจะไม่เหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติเท่าที่ควร

รัชฎาพร สีคาตาศ (2548) ได้ศึกษาตัวประกอบความพึงพอใจในงานของ  
พยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์  
จำนวน 650 คน จากโรงพยาบาลศูนย์ 14 แห่ง ใช้แบบสอบถามตัวประกอบความพึงพอใจในงาน  
ของพยาบาลประจำการผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกระดับในกลุ่มการพยาบาลมีความเห็น  
ว่า ตัวประกอบในแต่ละด้านมีความสำคัญอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.32 - 4.16  
สามารถเรียงลำดับความสำคัญรายด้านจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ ด้านการได้รับการสนับสนุน  
จากหัวหน้าหอผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในการทำงาน ลักษณะงาน สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน โอกาส  
ก้าวหน้า และรายได้/ผลประโยชน์ตอบแทน

### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ของพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลาง มาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยดังกล่าวระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 – 31 มีนาคม 2551 รวมระยะเวลา 5 เดือน มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ในเขตภาคกลาง ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ทั้งนี้โรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามกระบวนการของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาลซึ่งอ้างอิง Braden scale (1987) (กฤษดา แสงวงศ์ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์ 2544)

#### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มโรงพยาบาลข้างต้นมา จำนวน 3 แห่ง โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง รวมจำนวนหอผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งสิ้น 20 แห่ง ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนหอผู้ป่วยที่ศึกษาจากโรงพยาบาลทั้งสามแห่ง

หอผู้ป่วย	โรงพยาบาล			รวม
	แห่งที่ 1	แห่งที่ 2	แห่งที่ 3	
อายุรกรรม	3	4	2	9
ศัลยกรรม	2	5	1	8
ศัลยกรรมกระดูก	1	-	2	3
รวม	6	9	5	20

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พยาบาลประจำการ ได้แก่ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 3 แห่ง อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อประเมินความพึงพอใจงานของพยาบาล ได้แก่ พยาบาลประจำการทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรม และ ศัลยกรรมกระดูกของ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลาง

กลุ่มที่ 2 เอกสารในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในเอกสารซึ่งแบ่งเป็น

2.1 เอกสารในการประเมินอัตราการกำเริบของพยาธิวิทยาในหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง ได้แก่ แบบบันทึกอัตราการกำเริบของบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวร แต่ละวัน รายงานจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ในการดูแลรอบ 24 ชั่วโมง

2.2 เอกสารในการประเมินอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย โดยประเมินจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกของ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลางที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจากการประเมินโดยบุคลากรในหอผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่สำนักงานพยาบาลกำหนดได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ต้องการความช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่าจากบุคคลอื่น โดยจะพบในประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในแฟ้มประวัติผู้ป่วยเหล่านี้

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารข้างต้นในโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 3 แห่ง ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2550 – 31 มีนาคม 2551 รวมระยะเวลา 5 เดือน

จำนวนผู้ป่วยที่นำมาศึกษาในแต่ละหอผู้ป่วย กำหนดให้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีปัญหาความเคลื่อนไหว หอผู้ป่วยละ 25 ราย เพื่อนำมาคำนวณอัตราการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง



การกำหนดจำนวนผู้ป่วยหอผู้ป่วยละ 25 ราย เนื่องมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับอัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย พบว่า อัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับมีความแตกต่างกันมาก กล่าวคือในต่างประเทศพบอัตราการเกิดแผลกดทับอยู่ระหว่างร้อยละ 5 ถึง ร้อยละ 27 (The National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1989 อ้างในชวนพิศ วงศ์สามัญ และคณะ 2547; Bergstorm, 1996 อ้างใน ชวลี เข้มวงษ์ และคณะ (2544); Capon et.al., 2005) และในประเทศไทยพบอัตราการเกิดแผลกดทับอยู่ระหว่างร้อยละ 4.76 ถึงร้อยละ 10.80 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 อัตราการเกิดแผลกดทับจากการทบทวนวรรณกรรม

แหล่งอ้างอิง	สถานที่ศึกษา	อัตราความชุกการเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ)
The National Pressure Ulcer Advisory Panel 1989 อ้างในชวนพิศ วงศ์สามัญ และคณะ (2547)	- โรงพยาบาลทั่วไปที่ดูแลผู้ป่วยในระยะสั้น - โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในระยะยาว	5-11 15-20
Bergstorm 1996 อ้างใน ชวลี เข้มวงษ์ และคณะ (2544)	โรงพยาบาลตติยภูมิรวมทุกแผนก	8.50-10
Meehan, O'Hara L and Morrison YM (1999)	สถานพักฟื้น(Home Health Agency)	6.80
Capon et.al., (2005)	สถานพักฟื้นระยะยาว 10 แห่งในกรุงโรม ประเทศอิตาลี	27
สมหวัง ค่านชัยวิจิตร และป่วน สุทธิพิงธรรม (2539)	สำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับในประเทศไทย	8.50
วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2547)	หอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	10.80
ยุภา สุนทรกิจ (2549)	โรงพยาบาลรามาริบัติ	4.84
Key Performance Indicator of Siriraj Hospital (2549 - 2550)	โรงพยาบาลศิริราช	7.30 (2549) 4.76 (2550)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้นำอัตราการเกิดแผลกดทับที่ต่ำที่สุดคือ ร้อยละ 4.76 หรือประมาณร้อยละ 5 มาคำนวณหาจำนวนผู้ป่วยที่ต้องศึกษาในหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง โดยเทียบสัดส่วนว่าผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ 5 รายจากจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 100 ราย ดังนั้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดแผลกดทับ

เท่ากับ 1 ต่อ 20 และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างผู้ป่วยอีกร้อยละ 25 หรือเท่ากับ 5 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 25 รายต่อหอผู้ป่วย 1 แห่ง

## 2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกภาระงานประจำหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึก ชื่อหอผู้ป่วย เดือนที่เก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลเป็นรายเวร มีรายการข้อมูลดังนี้ จำนวนเตียง จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด จำนวนบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานแยกทุกระดับ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่พยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้

2.2 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อบันทึก เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จำนวนครั้ง การเกิดแผลกดทับ บริเวณที่เกิดแผลกดทับ และระดับของการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแต่ละราย

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตรในความดูแล อายุของบุตร ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ทำอยู่ในปัจจุบัน จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อวัน จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานติดต่อกันสูงสุดต่อวัน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล: เป็นแบบมาตราส่วนของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ช่วง จาก 1- 5 จากเห็นด้วยมากที่สุด จนถึง ไม่เห็นด้วย จำนวน 55 ข้อ เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาล 8 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในเงินเดือนผลประโยชน์ที่ได้รับ 2) ความพึงพอใจในตารางการทำงาน 3) ความพึงพอใจในความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว 4) ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน 5) ความพึงพอใจในสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ 6) ความพึงพอใจในโอกาสก้าวหน้าทางวิชาการหรือการได้เป็นผู้เชี่ยวชาญ 7) ความพึงพอใจในเงื่อนไขของการทำงานและการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรระดับสูงกว่า 8) ด้านอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านองค์กร และงานที่รับผิดชอบ

## 2.2 การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปหาคุณภาพดังนี้

### 2.2.1 แบบบันทึกภาระงานประจำหอผู้ป่วย และแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิด

**ผลกดทับ** ผู้วิจัยหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือทั้งสองฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดตามภาคผนวก ก) พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล และหลังจากผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยจำนวน 3 แห่ง ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้เป็นอย่างดี

### 2.2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่สร้างขึ้นในเบื้องต้นจำนวน 55 ข้อ ไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดตามภาคผนวก ก) เพื่อประเมินความตรงตามเนื้อหา และพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิข้างต้น ประเมินความสอดคล้องกับเนื้อหาของข้อคำถามที่ต้องการวัดและครอบคลุมสาระของนิยามตัวแปร โดยประเมินข้อคำถามแต่ละข้อในระดับ 1 ถึง 4 ดังนี้

ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่สอดคล้องกันเลย
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	สอดคล้องกันเพียงบางส่วน
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	สอดคล้องกันมาก
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	สอดคล้องกันมากที่สุด

ผู้วิจัยจึงคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยใช้สูตร (Waltz, Strickland and Lenz 1991: 173)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่มีความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

ผู้วิจัยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 ซึ่ง Waltz, Strickland and Lenz (1991: 173) กำหนดให้เป็นเกณฑ์ข้อคำถามที่ดี และปรับปรุงข้อคำถามตาม

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนำมาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจนและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมทั้งความถูกต้องของภาษาอีกครั้ง หลังการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ดังนี้

- (1) ความพึงพอใจในเงินเดือนผลประโยชน์ที่ได้รับ (Satisfaction with salary and benefit) จำนวน 7 ข้อ
- (2) ความพึงพอใจในตารางการทำงาน (Satisfaction with schedule) จำนวน 6 ข้อ
- (3) ความพึงพอใจในความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว (Satisfaction with support for family responsibility) จำนวน 6 ข้อ
- (4) ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน (Satisfaction with collegial relationship) จำนวน 4 ข้อ
- (5) ความพึงพอใจใน สังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ (Satisfaction with social and interaction opportunities) จำนวน 3 ข้อ
- (6) ความพึงพอใจในโอกาสก้าวหน้าทางวิชาการหรือการได้เป็นผู้เชี่ยวชาญ (Satisfaction with scholarly opportunities) จำนวน 4 ข้อ
- (7) ความพึงพอใจในเงื่อนไขของการทำงานและการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรระดับสูงกว่า (Satisfaction with work condition and supervisors support) จำนวน 15 ข้อ
- (8) ด้านอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยด้านงานที่รับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป

$$\text{โดยใช้สูตร } \alpha = \frac{n}{n_1} \left\{ \frac{1 - \sum s_i^2}{s_t^2} \right\}$$

$n$  = จำนวนข้อคำถาม

$s_i^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$s_t^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบสอบถามทั้งฉบับ

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาล  
ประจำการจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามทั้งฉบับจำนวน 50 ข้อ  
เท่ากับ 0.94

### 3. ขั้นตอนในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ทำวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

3.1 เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช เพื่อขอพิจารณาให้ความเห็นชอบ

3.2 ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากประธานกรรมการประจำสาขาวิชา  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขต  
ภาคกลาง 3 แห่งที่ได้รับการสุ่มเลือก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

3.3 เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล  
แต่ละแห่งตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดเพื่อเสนอพิจารณา

3.4 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
ในมนุษย์ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความ  
ร่วมมือในการเก็บข้อมูลดังนี้

3.4.1 ผู้วิจัยพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม  
ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก หัวหน้าแผนกเวชระเบียน ของโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อแนะนำตัว  
ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงว่าการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของ  
ผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บรักษาเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอใน  
ภาพรวม

3.4.2 ผู้วิจัยติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับอัตราค่าลงบุคลากร ข้อมูลผู้ป่วยที่เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ และผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในแต่ละเดือนในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง

3.4.3 ผู้วิจัยติดต่อแผนกเวชระเบียน เพื่อขอศึกษาเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยที่เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาและข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในแต่ละเดือนเฉลี่ยของแต่ละหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

3.4.4 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยการชี้แจงเรื่องการใช่แบบบันทึกข้อมูลการเกิดแผลกดทับเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองปฏิบัติการใช่แบบบันทึกจนสามารถบันทึกข้อมูลได้ตรงกัน

3.4.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยนำแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับไปใช้ในการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการศึกษา ดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกำหนดตารางการทำงานทบทวนเพิ่มประวัติผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล โดยติดต่อแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ล่วงหน้าเพื่อขอความร่วมมือในการเตรียมเพิ่มประวัติผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาและต้องเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง

2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล โดยร่วมกันทบทวนเวชระเบียนเพื่อบันทึกอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยหรือมีความเข้าใจไม่ตรงกันในการบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะร่วมกันปรึกษาหารือจนได้ข้อสรุปที่ตรงกัน ในการเก็บข้อมูลทุกครั้ง

3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแต่ละแห่งที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับจนครบ 25 ราย ทั้งนี้ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความแตกต่างกันตามจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในแต่ละเดือน ซึ่งระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลของหอผู้ป่วยแต่ละแห่งใช้เวลาไม่น้อยที่สุดคือ 3 เดือน และมากที่สุดคือ 5 เดือน

3.4.6 ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับผู้ประสานงานในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อประเมินความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โดยขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามแก่พยาบาลประจำการและขอรับคืนจากผู้ประสานงานภายใน 2 สัปดาห์ ในกรณีที่ได้รับแบบสอบถามคืนไม่ครบ ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานเพื่อขอให้ติดตามอีกครั้งหนึ่ง จนได้แบบสอบถามครบตามจำนวน

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ผู้วิจัยคำนวณ โดยใช้สูตรของสำนักการพยาบาล (สำนักการพยาบาล 2547: 57) ดังนี้

$$\text{ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ} = \frac{\text{ชั่วโมงการพยาบาลของวิชาชีพทั้งหมด เฉลี่ยใน 1 วัน} \times 100}{\text{ชั่วโมงการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลทุกประเภทเฉลี่ย 1 วัน}}$$

ทั้งนี้การคำนวณหาชั่วโมงการพยาบาลวิชาชีพใน 1 วัน ทำโดยการรวมจำนวนพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน - 31 มีนาคม 2551 หารด้วยจำนวนวันและคูณด้วย 7 (1 วันทำงานจริง 7 ชั่วโมง เวลาพัก 1 ชั่วโมง)

4.2 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน (Nursing hour per patient day: NHPPD) โดยใช้สูตรคำนวณ (สำนักการพยาบาล 2547: 57) ดังนี้

$$\text{ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน} = \frac{\text{ชั่วโมงการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดใน 1 วัน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน}}$$

จากสูตรข้างต้น ผู้วิจัยคำนวณหาชั่วโมงการพยาบาลของบุคลากรทั้งหมดใน 1 วัน โดยการรวมจำนวนพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่ต่ำกว่าพยาบาลวิชาชีพ ภายในระยะเวลาที่เก็บข้อมูลการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยนั้นๆจนครบ 25 ราย หารด้วยจำนวนวัน(ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล) และคูณด้วย 7

สำหรับจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันคำนวณ โดยการรวมจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวัน ภายในระยะเวลาที่เก็บข้อมูลการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยนั้นๆจนครบ 25 ราย หารด้วยจำนวนวัน (ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล)

#### 4.3 จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ มีวิธีการคำนวณดังนี้

4.3.1 หาจำนวนชั่วโมงการทำงานปกติเฉลี่ยของแต่ละหอผู้ป่วย โดย

1) หาวันทำการจริงในแต่ละสัปดาห์ที่เก็บข้อมูลคูณด้วย 8 (ชั่วโมงการทำงานต่อวัน) จะได้ชั่วโมงการทำงานปกติของแต่ละสัปดาห์

2) หาจำนวนสัปดาห์จากระยะเวลาการเก็บข้อมูลจริงของแต่ละหอผู้ป่วย เนื่องจากแต่ละหอผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลไม่เท่ากัน คือน้อยที่สุด 3 เดือน มากที่สุด 5 เดือน

3) หาผลรวมของชั่วโมงการทำงานปกติที่ได้ในทุกสัปดาห์ในข้อ 1 หาร ด้วยจำนวนสัปดาห์ที่เก็บข้อมูลในข้อ 2 จะได้จำนวนชั่วโมงการทำงานปกติเฉลี่ยของหอผู้ป่วยนั้นๆ

4.3.2 หาจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานล่วงเวลาเฉลี่ยของแต่ละหอผู้ป่วย โดย

1) หาจำนวนพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามในแต่ละหอผู้ป่วย

2) หาผลรวมจำนวนเวรล่วงเวลาเฉลี่ยของพยาบาลแต่ละคน ที่ตอบไว้ในแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล และหารด้วยจำนวนพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามของหอผู้ป่วยนั้น จะได้จำนวนเวรล่วงเวลาเฉลี่ยของแต่ละหอผู้ป่วย

3) นำจำนวนเวรล่วงเวลาเฉลี่ยของแต่ละหอผู้ป่วยในข้อ 2 คูณด้วย 8 จะได้จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานล่วงเวลาเฉลี่ยของแต่ละหอผู้ป่วย

4.3.3 หาจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของแต่ละหอผู้ป่วย โดยนำจำนวนชั่วโมงการทำงานปกติเฉลี่ยที่ได้ในข้อ 4.3.1 มารวมกับจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานล่วงเวลาเฉลี่ยในข้อ 4.3.2

4.4 อัตราการเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง โดยใช้สูตรคำนวณ (สำนักการพยาบาล 2547: 19) ดังนี้

$$\text{อัตราการเกิดแผลกดทับ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับทั้งหมด}}$$

4.5 คะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลของหอผู้ป่วยคำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.5.1 คำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลของหอผู้ป่วยแต่ละแห่งรายชื่อ

4.5.2 คำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลของหอผู้ป่วยแต่ละแห่งรายชื่อหอผู้ป่วย

การแปรผลคะแนนความพึงพอใจคือเมื่อนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาล ดังนี้ (ธานีรินทร์ ศิลปีจารุ 2548)



คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	หมายถึง	ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

**4.6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ กับ อัตราการเกิดแผลกดทับ ความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)**

การแปลค่าความสัมพันธ์สามารถแปลผลได้โดย (Munro 2005) ทิศทางของความสัมพันธ์จะมีทั้งความสัมพันธ์ทางบวก และความสัมพันธ์ทางลบ ระดับความสัมพันธ์ที่สูงมากทางลบ คือ - 0.90 และระดับความสัมพันธ์ที่สูงมากทางบวก คือ + 0.90 และความสัมพันธ์ในระดับต่างๆ แสดงรายละเอียด ได้ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.00 - 0.25	ระดับต่ำมาก
0.26 - 0.49	ระดับต่ำ
0.50 - 0.69	ระดับปานกลาง
0.70 - 0.89	ระดับสูง
0.90 - 1.00	ระดับสูงมาก

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราค่าล้างกับ อัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานหรือประเด็นปัญหา

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้คำย่อ และสัญลักษณ์ต่างๆ ทางสถิติ ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	หมายถึง	ระดับความสัมพันธ์
Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
%RN	หมายถึง	ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด
%TN	หมายถึง	ร้อยละของพยาบาลเทคนิคต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด
%PN	หมายถึง	ร้อยละของผู้ช่วยพยาบาลต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด
%NA	หมายถึง	ร้อยละของผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด
%TN+PN+NA	หมายถึง	ร้อยละของบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด
NHPPD	หมายถึง	ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน

ตอนที่ 1 สถานภาพของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก จำนวน 20 แห่ง ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลาง ที่ทำการสุ่มเลือก โรงพยาบาลจำนวน 3 แห่ง จาก 6 แห่ง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพยาบาลในหอผู้ป่วยที่

ศึกษาจำนวน 289 ราย และ กลุ่มเอกสาร ซึ่งประกอบด้วยเอกสารในการประเมินอัตรากำลังของพยาบาลในหอผู้ป่วย 20 แห่ง และเอกสารในการประเมินอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย หอผู้ป่วยละ 25 ราย รวมทั้งหมด 500 ราย

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานหรือประเด็นปัญหา

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการ ส่วนที่ 3 อัตราการเกิดแผลกดทับ ความพึงพอใจในงานของพยาบาล และข้อมูลด้านผู้ป่วย ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล

ข้อมูลด้านอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง จำนวนหอผู้ป่วยทั้งสิ้น 20 แห่ง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 5 เดือน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.1- 4.5

ตารางที่ 4.1 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ จำแนกตามหอผู้ป่วย (n= 20)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	NHPPD	% RN	% TN	% PN	% NA	% TN+ PN+NA	ชั่วโมง ทำงานเฉลี่ย ต่อสัปดาห์
1	ศัลยกรรมหญิง 1	3.91	67.49			32.52	32.52	70.00
	ศัลยกรรมชาย 1	3.40	67.51			32.49	32.49	67.00
	อายุรกรรมหญิง 1	3.60	72.28			27.71	27.71	71.00
	อายุรกรรมชาย 1	4.39	69.06	2.65	0.57	27.67	30.94	60.00
	อายุรกรรมชาย 2	2.63	34.18	24.97	5.98	34.75	65.82	58.00
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	6.72	65.39	7.14		27.46	34.60	65.00

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	NHPPD	% RN	% TN	% PN	% NA	% TN+ PN+NA	ชั่วโมง ทำงานเฉลี่ย ต่อสัปดาห์
2	ศัลยกรรมหญิง 1	3.64	72.64	3.05		24.27	27.32	51.00
	ศัลยกรรมชาย 1	6.87	67.54	3.62		28.74	32.36	58.00
	ศัลยกรรมชาย 2	3.53	65.41	8.76		25.75	34.51	48.00
	ศัลยกรรมชาย 3	4.29	64.52	5.09	5.66	24.71	35.46	59.00
	ศัลยกรรมชาย/หญิง	5.07	78.32			21.67	21.67	50.00
	อายุรกรรมหญิง 1	3.98	61.43	8.77		29.79	38.56	53.00
	อายุรกรรมหญิง 2	5.15	59.03	2.99	12.47	25.48	40.94	54.00
	อายุรกรรมชาย 1	4.36	61.09	8.41	4.28	26.21	38.90	51.00
	อายุรกรรมชาย 2	4.30	62.77	3.57	12.23	21.37	37.17	55.00
	ศัลยกรรมชาย 1	3.30	71.62			28.37	28.37	49.00
3	อายุรกรรมหญิง 1	3.46	75.60			24.39	24.39	61.00
	อายุรกรรมชาย 1	3.86	80.61			19.38	19.38	57.00
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	2.65	45.81	24.54		29.68	54.22	48.00
	ศัลยกรรมกระดูกหญิง	2.98	44.80		31.96	23.16	55.12	52.00
	$\bar{X}$	4.10	64.36	8.63	10.45	26.78	35.62	56.85
	S.D.	1.14	11.50	7.89	10.40	3.96	11.50	6.93

จากตารางที่ 4.1 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันสูงสุดของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง คือ 6.87 และต่ำสุดคือ 2.63 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 4.10 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 1.14 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมด สูงสุดของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างคือ 80.61 และต่ำสุดคือ 34.18 ค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมด ( $\bar{X}$ ) = 64.35 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 11.49 ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์สูงสุดของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างคือ 71 และต่ำสุดคือ 48 ค่าเฉลี่ยชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ ( $\bar{X}$ ) = 56.85 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 6.93

ตารางที่ 4.2 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ของหอผู้ป่วยอายุรกรรม (n= 9)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	NHPPD	% RN	% TN	% PN	%NA	% TN+ PN+NA	ชั่วโมง ทำงานเฉลี่ย ต่อสัปดาห์
1	อายุรกรรมหญิง 1	3.60	72.28			27.71	27.71	71.00
	อายุรกรรมชาย 1	4.39	69.06	2.65	0.57	27.67	30.94	60.00
	อายุรกรรมชาย 2	2.63	34.18	24.97	5.98	34.75	65.82	58.00
2	อายุรกรรมหญิง 1	3.98	61.43	8.77		29.79	38.56	53.00
	อายุรกรรมหญิง 2	5.15	59.03	2.99	12.47	25.48	40.94	54.00
	อายุรกรรมชาย 1	4.36	61.09	8.41	4.28	26.21	38.90	51.00
	อายุรกรรมชาย 2	4.30	62.77	3.57	12.23	21.37	37.17	55.00
3	อายุรกรรมหญิง 1	3.46	75.60			24.39	24.39	61.00
	อายุรกรรมชาย 1	3.86	80.61			19.38	19.38	57.00
	$\bar{X}$	3.97	64.00	8.56	7.11	26.31	35.98	57.78
	S.D.	0.71	13.39	7.79	5.00	4.53	13.39	5.60

จากตารางที่ 4.2 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน สูงสุดของหอผู้ป่วยอายุรกรรม คือ 5.15 และต่ำสุด คือ 2.63 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ( $\bar{x}$ )= 3.97 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)= 0.71 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด สูงสุดของหอผู้ป่วยอายุรกรรมคือ 80.61 และต่ำสุด คือ 34.18 ค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทั้งหมด ( $\bar{x}$ )= 64.00 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)= 13.39 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์สูงสุดของหอผู้ป่วยอายุรกรรม คือ 71 และต่ำสุด คือ 51 ค่าเฉลี่ยชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ของหอผู้ป่วยทั้งหมด ( $\bar{x}$ )= 57.78 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)= 5.60

ตารางที่ 4.3 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของหอผู้ป่วยศัลยกรรม (n= 8)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	NHPPD	% RN	% TN	% PN	%NA	%TN+ PN+NA	ชั่วโมง ทำงานเฉลี่ย ต่อสัปดาห์
1	ศัลยกรรมหญิง 1	3.91	67.49			32.52	32.52	70.00
	ศัลยกรรมชาย 1	3.40	67.51			32.49	32.49	61.00
2	ศัลยกรรมหญิง 1	3.64	72.64	3.05		24.27	27.32	51.00
	ศัลยกรรมชาย 1	6.87	67.54	3.62		28.74	32.36	58.00
	ศัลยกรรมชาย 2	3.53	65.41	8.76		25.75	34.51	48.00
	ศัลยกรรมชาย 3	4.29	64.52	5.09	5.66	24.71	35.46	59.00
	ศัลยกรรมชายและหญิง	5.07	78.32			21.67	21.67	50.00
3	ศัลยกรรมชาย 1	3.30	71.62			28.37	28.37	49.00
	$\bar{X}$	4.25	69.38	5.13	5.66	27.32	30.59	56.50
	S.D.	1.21	4.56	3.20		3.92	11.05	7.92

จากตารางที่ 4.3 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน สูงสุดของหอผู้ป่วยศัลยกรรมคือ 6.87 และต่ำสุดคือ 3.30 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยศัลยกรรม ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 4.25 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 1.21 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด สูงสุดของหอผู้ป่วยศัลยกรรมคือ 78.32 และต่ำสุดคือ 64.52 ค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมด ( $\bar{X}$ ) = 69.38 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 4.56 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์สูงสุดของหอผู้ป่วยศัลยกรรมคือ 70.00 และต่ำสุดคือ 49.00 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยศัลยกรรม ค่าเฉลี่ยชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ ( $\bar{X}$ ) = 56.50 ชั่วโมง โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 7.92

ตารางที่ 4.4 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก (n= 3)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	NHPPD	% RN	% TN	% PN	%NA	%TN+ PN+NA	ชั่วโมง ทำงานเฉลี่ย ต่อสัปดาห์
1	ศัลยกรรมกระดูกชาย	6.72	65.39	7.14		27.46	34.60	65.00
3	ศัลยกรรมกระดูกหญิง	2.98	44.80		31.96	23.16	55.12	52.00
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	2.65	45.81	24.54		29.68	54.22	48.00
	$\bar{X}$	4.11	52.00	15.84	31.96	26.77	47.98	55.00
	S.D.	2.26	11.61	12.30		3.315	11.60	7.26

จากตารางที่ 4.4 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน สูงสุดของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกคือ 6.72 และต่ำสุดคือ 2.65 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก พบค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ( $\bar{X}$ )= 4.11 ชั่วโมงโดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)= 2.26 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดสูงสุดของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกคือ 65.39 และต่ำสุดคือ 44.80 ค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ( $\bar{X}$ )= 52 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)= 11.61 ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์สูงสุดของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกคือ 65.00 และต่ำสุดคือ 48.00 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย ( $\bar{X}$ )= 55.00 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 7.26

ตารางที่ 4.5 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และ ศัลยกรรมกระดูก (n= 3)

แผนก	NHPPD	% RN	% TN	% PN	%NA	%TN+ PN+ NA	ชั่วโมง ทำงานเฉลี่ย ต่อสัปดาห์
อายุรกรรม	3.97	64.00	8.56	7.11	26.31	35.98	57.78
ศัลยกรรม	3.47	69.38	5.13	5.66	27.32	30.59	56.50

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

แผนก	NHPPD	% RN	% TN	% PN	%NA	%TN+ PN+ NA	ชั่วโมง ทำงานเฉลี่ย ต่อสัปดาห์
ศัลยกรรมกระดูก	4.11	52.00	15.84	31.96	26.77	47.98	55.00
$\bar{X}$	3.85	61.79	9.84	14.91	26.80	38.18	56.43
S.D.	0.34	8.90	5.47	14.78	0.51	8.90	1.14

จากตารางที่ 4.5 แสดงถึงค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกเท่ากับ 3.97, 3.47 และ 4.11 ตามลำดับ และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ ต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกเท่ากับ 64.00, 69.38 และ 52.00 ตามลำดับ ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก เท่ากับ 57.78, 56.50 และ 55.00 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการ

ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง แสดงผลการวิเคราะห์ใน ตารางที่ 4.6- 4.11

ตารางที่ 4.6 จำนวนเตียง จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน จำนวนพยาบาลประจำการ ชั่วโมงการพยาบาล ต่อผู้ป่วยต่อวัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมด และชั่วโมงการทำงาน เฉลี่ยต่อสัปดาห์ แยกตามหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n= 289)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	จำนวน เตียง	จำนวน ผู้ป่วยเฉลี่ย ต่อวัน	จำนวน พยาบาล ประจำการ	NHPPD	%RN	ชั่วโมง ทำงานเฉลี่ย ต่อสัปดาห์
1	ศัลยกรรมหญิง 1	35	29.00	13	3.91	67.49	70.00
	ศัลยกรรมชาย 1	35	37.00	16	3.40	67.51	67.00
	อายุรกรรมหญิง 1	35	38.00	15	3.60	72.28	71.00
	อายุรกรรมชาย 1	35	37.00	17	4.39	69.06	60.00



ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	จำนวน เตียง	จำนวน ผู้ป่วยเฉลี่ย ต่อวัน	จำนวน พยาบาล ประจำการ	NHPPD	%RN	ชั่วโมง ทำงานเฉลี่ย ต่อสัปดาห์
2	อายุรกรรมชาย 2	30	14.00	10	2.63	34.18	58.00
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	35	27.00	10	6.72	65.39	65.00
	ศัลยกรรมหญิง 1	30	28.32	15	3.64	72.64	51.00
	ศัลยกรรมชาย 1	30	19.64	16	6.87	67.54	58.00
	ศัลยกรรมชาย 2	30	30.10	15	4.29	64.52	59.00
	ศัลยกรรมชาย 3	30	25.58	14	5.07	78.32	50.00
	ศัลยกรรมชาย/หญิง	30	27.29	16	3.30	71.62	49.00
	อายุรกรรมหญิง 1	30	35.37	15	3.98	61.43	53.00
	อายุรกรรมหญิง 2	30	30.82	16	4.36	61.09	51.00
	อายุรกรรมชาย 1	30	33.36	15	4.30	62.77	55.00
3	อายุรกรรมชาย 2	30	34.15	17	5.15	59.03	54.00
	ศัลยกรรมชาย 1	20	21.67	21	3.53	65.41	48.00
	อายุรกรรมหญิง 1	35	38.48	14	3.46	75.60	61.00
	อายุรกรรมชาย 1	35	38.40	16	3.86	80.61	57.00
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	30	27.39	10	2.65	45.81	48.00
	ศัลยกรรมกระดูกหญิง	20	19.45	8	2.98	44.80	52.00
	$\bar{X}$	30.75	29.60	13.81	4.10	64.36	57.00
	S.D.	4.37	6.96	4.35	1.14	11.50	6.93

จากตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยที่มากที่สุดคือ 35 และน้อยที่สุดคือ 20 จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันที่มากที่สุด คือหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ของโรงพยาบาลแห่งที่ 3 = 38.48 น้อยที่สุดคือหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 ของโรงพยาบาลแห่งที่ 1 = 14.00 ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยต่อวัน ( $\bar{X}$ ) = 29.60 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 6.96 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ของโรงพยาบาลแห่งที่ 3 มีจำนวนพยาบาลประจำการมากที่สุด = 21 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงของโรงพยาบาลแห่งที่ 3 มีจำนวนพยาบาลประจำการน้อยที่สุด = 8 โดยหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยของจำนวนพยาบาลประจำการ ( $\bar{X}$ ) = 13.81 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 4.35 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันสูงสุดของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง = 6.87 และต่ำสุด = 2.63 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ย

( $\bar{x}$ ) = 4.10 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 1.14 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมด สูงสุดของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างคือ 80.61 และต่ำสุดคือ 34.18 ค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมด ( $\bar{x}$ ) = 64.36 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 11.50 ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์สูงสุดของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างคือ 71.00 และต่ำสุดคือ 48.00 ค่าเฉลี่ยชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ ( $\bar{x}$ ) = 57.00 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 6.93

ตารางที่ 4.7 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน (n = 289)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
<b>1.เพศ</b>		
ชาย	10	3.50
หญิง	279	96.50
<b>2.อายุ</b>		
น้อยกว่า 25 ปี	17	5.90
25-30 ปี	122	42.20
30-35 ปี	62	21.50
35-40 ปี	34	11.80
มากกว่า 40 ปี	54	18.70
<b>3.สถานภาพสมรส</b>		
โสด	139	48.10
คู่	137	47.40
หม้าย/หย่า/แยก	13	4.50
<b>4.วุฒิการศึกษา</b>		
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	8	2.80
อนุปริญญา/พยาบาลระดับต้น	19	6.60
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	247	85.50
ปริญญาโท	15	5.20

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
<b>5.ประสบการณ์การทำงาน</b>		
6 เดือน- 1 ปี	6	2.10
>1-10 ปี	177	61.20
>10-20 ปี	65	22.50
>20-30 ปี	35	12.10
>30-40 ปี	6	2.10

จากตารางที่ 4.7 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลประจำการทั้งหมดจำนวน 289 คน พบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 96.50 มีอายุระหว่าง 25-30 ปี มากที่สุดร้อยละ 42.20 มีสถานภาพโสดใกล้เคียงกันกับสถานภาพคู่ คือร้อยละ 48.10 และ 47.40 ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 85.50 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 1-10 ปีมากที่สุดร้อยละ 61.20

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดของความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการแยกรายด้าน (n = 289)

ลำดับ	ความพึงพอใจในงาน	( $\bar{X}$ )	S.D.	Min	Max
1	เงินเดือนผลประโยชน์ที่ได้รับ	2.60	0.25	1.00	4.08
2.	ตารางการทำงาน	2.80	0.25	1.00	5.00
3.	ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว	2.78	0.23	1.00	5.00
4.	ความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน	3.46	0.15	1.00	5.00
5	สังคมและการมีปฏิสัมพันธ์	3.28	0.09	1.90	5.00
6	โอกาสก้าวหน้าในทางวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญ	3.04	0.17	1.00	5.00
7	เงื่อนไขของการทำงานและการได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงาน	3.23	0.30	1.20	5.00
8	ด้านองค์การและงานที่รับผิดชอบ	3.16	0.14	1.20	5.00
	เฉลี่ย	3.04	0.22	1.16	4.88

จากตารางที่ 4.8 แสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของประชากร แยกรายด้านพยาบาล โดยพยาบาลประจำการมีความพึงพอใจในงานของพยาบาล มากที่สุดในด้าน ความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงานอยู่ที่ระดับปานกลาง ( $\bar{x}$ ) = 3.46 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.15 และความพึงพอใจในงานต่ำที่สุดในด้านเงินเดือนผลประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $\bar{x}$ ) = 2.60 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.25 เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาล ( $\bar{x}$ ) = 3.04 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.22

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานล่วงเวลา และไม่ได้ปฏิบัติงาน ล่วงเวลา (n= 289)

การปฏิบัติงานล่วงเวลา	จำนวนพยาบาลประจำการ(คน)	ร้อยละของพยาบาลประจำการ
ปฏิบัติงานล่วงเวลา	243	84.08
ไม่ได้ปฏิบัติงานล่วงเวลา	46	15.91
รวม	289	100

จากตารางที่ 4.9 แสดงให้เห็นถึงจำนวนพยาบาลประจำการทั้งหมด 289 คน มีพยาบาล ที่ต้องปฏิบัติงานล่วงเวลา 243 คนคิดเป็นร้อยละ 84.08 ไม่ได้ปฏิบัติงานล่วงเวลา 46 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.91

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยจำนวนเวรปฏิบัติงานล่วงเวลาต่อเดือน อัตราการเกิดแผลกดทับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจแยกรายหอผู้ป่วย (n= 20)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ยจำนวนเวร ปฏิบัติงานล่วงเวลาต่อ เดือน( $\bar{X}$ )	อัตราการเกิด แผลกดทับ (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย คะแนนความพึงพอใจ (คะแนนเต็ม= 5)
1	ศัลยกรรมหญิง 1	14.76	20.00	2.50 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย 1	13.56	12.00	2.68 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมหญิง 1	15.26	28.00	2.93 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมชาย 1	9.76	20.00	3.18 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมชาย 2	8.90	28.00	2.99 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	12.50	0.00	2.90 (ระดับปานกลาง)
2	ศัลยกรรมหญิง 1	5.26	16.00	2.96 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย 1	9.18	0.00	2.74 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย 2	3.80	4.00	3.32 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย 3	9.35	4.00	3.09 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย/หญิง	4.81	4.00	3.20 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมหญิง 1	6.60	12.00	3.17 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมหญิง 2	5.50	0.00	2.93 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมชาย 1	5.13	4.00	3.25 (ระดับปานกลาง)
3	อายุรกรรมชาย 2	7.17	4.00	3.13 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย 1	4.52	8.00	3.29 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมหญิง 1	10.35	8.00	2.93 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมชาย 1	8.43	12.00	3.16 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	5.80	8.00	3.08 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมกระดูกหญิง	3.80	8.00	3.29 (ระดับปานกลาง)
	$\bar{X}$	9.24	10.00	3.04 (ระดับปานกลาง)
	S.D.	3.36	8.56	0.22

จากตารางที่ 4.10 แสดงค่าเฉลี่ยของจำนวนเวรที่ปฏิบัติงานล่วงเวลาของพยาบาล  
ประจำการที่ขึ้นปฏิบัติงานล่วงเวลา ( $\bar{X}$ ) = 9.24 เวน/เดือน โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
(S.D.) = 3.36 ค่าเฉลี่ยจำนวนเวรที่พยาบาลปฏิบัติงานล่วงเวลามากที่สุดคือ 15.26 เวน/เดือน  
น้อยที่สุดคือ 3.80 เวน/เดือน หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงของ โรงพยาบาลแห่งที่ 1 พบอัตราการเกิด

แผลกดทับสูงสุด = 28.00 และต่ำสุดคือหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ของโรงพยาบาลแห่งที่ 2 คือไม่เกิดแผลกดทับเลย เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) = 10.00 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 8.56 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ของโรงพยาบาลแห่งที่ 2 มีคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงสุดอยู่ในระดับปานกลางคือ 3.32 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงของโรงพยาบาลแห่งที่ 1 มีคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลางคือ 2.50 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ( $\bar{x}$ ) = 3.04 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.22 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลของหอผู้ป่วยทุกแห่งอยู่ในระดับปานกลางคืออยู่ระหว่าง 2.50 - 3.32

ตารางที่ 4.11 จำนวน ร้อยละพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานล่วงเวลา และมีชั่วโมงทำงานติดต่อกัน 12 ชั่วโมง, 16 ชั่วโมง, มากกว่า 16 ชั่วโมง และมีชั่วโมงปฏิบัติงานล่วงเวลาดอกโรงพยาบาล (n= 243)

จำนวนชั่วโมงทำงานที่ติดต่อกัน	ปฏิบัติ		ไม่ได้ปฏิบัติ	
	จำนวนพยาบาลประจำการ (คน)	พยาบาลประจำการ (ร้อยละ)	จำนวนพยาบาลประจำการ (คน)	พยาบาลประจำการ (ร้อยละ)
ทำงานติดต่อกัน 12 ชั่วโมง	96	39.50	147	60.50
ทำงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมง	156	64.20	87	35.80
ทำงานติดต่อกัน >16 ชั่วโมง	54	22.20	189	77.80
ปฏิบัติงานล่วงเวลาดอกโรงพยาบาล	50	20.60	193	79.40

จากตารางที่ 4.11 แสดงให้เห็นว่าจากพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานล่วงเวลาทั้งหมด 243 คน มีพยาบาลที่ต้องทำงานติดต่อกัน 12 ชั่วโมง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 39.50 มีพยาบาลต้องทำงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมง 156 คน คิดเป็นร้อยละ 64.20 มีพยาบาลต้องทำงานติดต่อกัน >16 ชั่วโมง 54 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 และมีพยาบาลที่ทำงานล่วงเวลาดอกโรงพยาบาล 50 คน คิดเป็นร้อยละ 20.60

ส่วนที่ 3 อัตราการเกิดแผลกดทับ ความพึงพอใจในงานของพยาบาล และข้อมูลด้านผู้ป่วย ของหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลางแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.12- 4.23

ตารางที่ 4.12 อัตราการเกิดแผลกดทับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาล แยกรายหอผู้ป่วย (n= 20)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย (n= 20)	อัตราการเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ของพยาบาล (คะแนนเต็ม = 5)
1	ศัลยกรรมหญิง 1	20.00	2.50 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย 1	12.00	2.68 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมหญิง 1	28.00	2.93 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมชาย 1	20.00	3.18 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมชาย 2	28.00	2.99 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	0.00	2.90 (ระดับปานกลาง)
2	ศัลยกรรมหญิง 1	16.00	2.96 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย 1	0.00	2.74 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย 2	4.00	3.32 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย 3	4.00	3.09 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย/หญิง	4.00	3.20 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมหญิง 1	12.00	3.17 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมหญิง 2	0.00	2.93 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมชาย 1	4.00	3.25 (ระดับปานกลาง)
อายุรกรรมชาย 2	4.00	3.13 (ระดับปานกลาง)	
3	ศัลยกรรมชาย 1	8.00	3.29 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมหญิง 1	8.00	2.93 (ระดับปานกลาง)
	อายุรกรรมชาย 1	12.00	3.16 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	8.00	3.08 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมกระดูกหญิง	8.00	3.29 (ระดับปานกลาง)
	( $\bar{X}$ )	10.00	3.04 (ระดับปานกลาง)
	S.D.	8.56	0.22

จากตารางที่ 4.12 แสดงถึงหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิงของโรงพยาบาลแห่งที่ 1 พบอัตราการเกิดแผลกดทับสูงสุดเท่ากับ 28.00 และต่ำสุดคือหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง 2 ของโรงพยาบาลแห่งที่ 2 คือไม่เกิดแผลกดทับเลย เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบอัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) = 10.00 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 8.56 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ของโรงพยาบาลแห่งที่ 2 มีคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงสุดระดับปานกลาง คือ 3.32 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงของโรงพยาบาลแห่งที่ 1 ต่ำสุดระดับปานกลาง คือ 2.50 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$ ) = 3.04 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.22

ตารางที่ 4.13 อัตราการเกิดแผลกดทับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลในแผนกอายุกรรม (n= 9)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย (n= 9)	อัตราการเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ของพยาบาล (คะแนนเต็ม= 5)
1	อายุกรรมหญิง	28.00	2.93 (ระดับปานกลาง)
	อายุกรรมชาย	20.00	3.18 (ระดับปานกลาง)
	อายุกรรมชาย 2	28.00	2.99 (ระดับปานกลาง)
2	อายุกรรมหญิง	12.00	3.17 (ระดับปานกลาง)
	อายุกรรมชาย	4.00	3.25 (ระดับปานกลาง)
	อายุกรรมชาย 2	4.00	3.13 (ระดับปานกลาง)
	อายุกรรมหญิง 2	0.00	2.93 (ระดับปานกลาง)
3	อายุกรรมหญิง	8.00	2.93 (ระดับปานกลาง)
	อายุกรรมชาย	12.00	3.16 (ระดับปานกลาง)
	$\bar{X}$	12.89	3.07 (ระดับปานกลาง)
	S.D.	10.35	0.12

จากตารางที่ 4.13 แสดงให้เห็นถึงหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิงโรงพยาบาลแห่งที่ 1 พบอัตราการเกิดแผลกดทับสูงสุดในแผนกอายุกรรม = 28.00 และต่ำสุดคือหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง 2 ของโรงพยาบาลแห่งที่ 2 คือไม่เกิดแผลกดทับ เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยแผนกอายุกรรมพบอัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) = 12.89 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 10.35



หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายของโรงพยาบาลแห่งที่ 2 มีคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงสุด อยู่ในระดับปานกลาง = 3.25 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงของโรงพยาบาลแห่งที่ 3 ต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง = 2.93 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาล ( $\bar{x}$ ) = 3.07 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.12

ตารางที่ 4.14 อัตราการเกิดแผลกดทับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลในแผนกศัลยกรรม (n= 8)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย (n=8)	อัตราการเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ยคะแนน ความพึงพอใจของพยาบาล (คะแนนเต็ม = 5)
1	ศัลยกรรมหญิง	20.00	2.50 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย	12.00	2.68 (ระดับปานกลาง)
2	ศัลยกรรมหญิง	16.00	2.96 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมหญิง 3	4.00	3.09 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย	0.00	2.74 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมชาย 2	4.00	3.32 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมหญิง/ชาย	4.00	3.20 (ระดับปานกลาง)
3	ศัลยกรรมชาย	8.00	3.29 (ระดับปานกลาง)
	$\bar{X}$	8.50	2.98 (ระดับปานกลาง)
	S.D.	6.91	0.30

จากตารางที่ 4.14 แสดงให้เห็นถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงของโรงพยาบาลแห่งที่ 1 พบอัตราการเกิดแผลกดทับสูงสุดของหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมคือ 20.00 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายของโรงพยาบาลแห่งที่ 2 ต่ำสุดคือ ไม่เกิดแผลกดทับ เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมของหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมอัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) = 8.50 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 6.91 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ของ โรงพยาบาลแห่งที่ 2 มีคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงสุดอยู่ในระดับปานกลางคือ 3.32 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงของโรงพยาบาลแห่งที่ 1 มีคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง = 2.50 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลของแผนกศัลยกรรม ( $\bar{x}$ ) = 2.98 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.30

ตารางที่ 4.15 อัตราการเกิดแผลกดทับและค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล แผนก  
ศัลยกรรมกระดูก (n= 3)

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย (n=3)	อัตราการเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ของพยาบาล (คะแนนเต็ม=5)
1	ศัลยกรรมกระดูกชาย	0.00	2.90 (ระดับปานกลาง)
3	ศัลยกรรมกระดูกชาย	8.00	3.08 (ระดับปานกลาง)
	ศัลยกรรมกระดูกหญิง	8.00	3.29 (ระดับปานกลาง)
	$\bar{X}$	5.33	3.09 (ระดับปานกลาง)
	S.D.	4.62	0.20

จากตารางที่ 4.15 แสดงให้เห็นถึงหอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกชายของโรงพยาบาล  
แห่งที่ 3 พบอัตราการเกิดแผลกดทับสูงสุดของแผนกศัลยกรรมกระดูกคือ 8.00 และหอผู้ป่วย  
ศัลยกรรมกระดูกชายของโรงพยาบาลแห่งที่ 1 ต่ำสุดคือไม่เกิดแผลกดทับ เมื่อวิเคราะห์ภาพรวม  
ของแผนกศัลยกรรมกระดูกอัตราการเกิดแผลกดทับเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) = 5.33 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
(S.D.) = 4.62 ศัลยกรรมกระดูกหญิงของโรงพยาบาลแห่งที่ 3 พบมีคะแนนความพึงพอใจในงาน  
ของพยาบาลสูงสุดอยู่ในระดับปานกลางของแผนกศัลยกรรมกระดูกคือ 3.29 และหอผู้ป่วย  
ศัลยกรรมกระดูกชายของโรงพยาบาลแห่งที่ 1 มีคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลต่ำสุด  
อยู่ในระดับปานกลาง = 2.90 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลของแผนก  
ศัลยกรรมกระดูก ( $\bar{x}$ ) = 3.09 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.20

ตาราง 4.16 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละแผนก จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ และร้อยละของการเกิดแผลกดทับ จำแนกตามแผนกผู้ป่วย (n= 500)

แผนก	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดใน		การเกิดแผลกดทับ			
	แต่ละแผนก		เกิดแผลกดทับ		ไม่เกิดแผลกดทับ	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุรกรรม	225	45.00	25	11.10	200	88.89
ศัลยกรรม	200	40.00	17	8.50	183	91.50
ศัลยกรรมกระดูก	75	15.00	5	6.60	70	93.33
รวม	500	100.00	47	8.73	453	91.23

จากตารางที่ 4.16 แสดงให้เห็นว่าหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม 225 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.10 โดยมีจำนวนการเกิดแผลกดทับในแต่ละหอผู้ป่วยตั้งแต่ 0 - 7 ราย แผนกศัลยกรรมมีผู้ป่วย จำนวน 200 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.50 โดยมีจำนวนการเกิดแผลกดทับในแต่ละหอผู้ป่วยตั้งแต่ 0 - 5 ราย และแผนกศัลยกรรมกระดูกมีผู้ป่วย 75 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.60 โดยมีจำนวนการเกิดแผลกดทับในแต่ละหอผู้ป่วยตั้งแต่ 0 - 5 ราย

### ข้อมูลด้านผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลางที่ทำการศึกษานี้จำนวน 3 แห่ง ทำการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย หอผู้ป่วยสามัญที่ทำการรักษาทั้งหมด 20 หอผู้ป่วย แบ่งเป็น หอผู้ป่วยอายุรกรรม 9 แห่ง หอผู้ป่วยศัลยกรรม 8 แห่ง หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 3 แห่ง เก็บข้อมูลหอผู้ป่วยละ 25 คน รวมจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 500 ราย ได้ผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4.17 จำนวน และร้อยละผู้ป่วยแยกตามอายุ (n= 500)

กลุ่มอายุของผู้ป่วย	จำนวน (n= 500)	ร้อยละ
อายุ $\leq 40$ ปี	74	14.80
อายุ 41-50 ปี	57	11.40
อายุ 51-60 ปี	87	17.40
อายุ 61-70 ปี	97	19.40
อายุ 71-80 ปี	173	34.60
อายุ 81 ปี ขึ้นไป	12	2.40
$\bar{X}$	61.05	
S.D.	18.64	

จากตารางที่ 4.17 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) = 61.05 ปี (S.D. = 18.64) กลุ่มอายุของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ อายุ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.60 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.40 กลุ่มอายุของผู้ป่วยที่มีน้อยที่สุดคืออายุ 81 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 2.40 ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่สุดคืออายุ 15 ปี ผู้ป่วยที่มีอายุมากที่สุดคืออายุ 97 ปี

ตารางที่ 4.18 จำนวน และระดับของการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (n= 64)

ระดับการเกิดแผลกดทับ	จำนวนครั้งการเกิดแผลกดทับ(ครั้ง)	ร้อยละ
ระดับ 2	63.00	98.40
ระดับ 3	0.00	0.00
ระดับ 4	1.00	1.60
รวม	64.00	100.00

จากตารางที่ 4.18 แสดงจำนวนการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลทั้งหมด 64 ครั้ง เกิดแผลกดทับระดับ 2 จำนวน 63 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 98.40 เกิดแผลกดทับระดับ 4 จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.60 และไม่เกิดแผลกดทับระดับ 3

ตารางที่ 4.19 ตำแหน่งการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (n= 64)

ตำแหน่งเกิดแผลกดทับ	จำนวนครั้งการเกิดแผลกดทับ (ครั้ง)	ร้อยละ
ก้นกบ	56.00	87.50
แก้มก้น	1.00	1.60
สะโพก	5.00	7.80
ใบหู	2.00	3.10
รวม	64.00	100.00

จากตารางที่ 4.19 แสดงให้เห็นตำแหน่งการเกิดแผลกดทับ โดยพบว่าเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบมากที่สุดจำนวน 56 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.50 รองลงมาเกิดแผลกดทับบริเวณสะโพกจำนวน 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 7.80 และเกิดแผลกดทับบริเวณแก้มก้นน้อยที่สุด 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.60

ตารางที่ 4.20 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จำแนกตามโรงพยาบาล (n= 500)

โรงพยาบาล	ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล											
	2-10 วัน		11-20 วัน		21-30 วัน		31-40 วัน		41-50 วัน		>50 วัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลที่ 1	80	53.30	37	24.70	14	9.30	3	2	8	5.30	8	5.30
โรงพยาบาลที่ 2	139	61.80	56	24.90	16	7.10	8	3.60	1	0.40	5	2.20
โรงพยาบาลที่ 3	64	51.20	37	29.60	9	7.20	6	4.80	3	2.40	6	4.80
รวม	283	55.43	130	26.40	39	7.87	17	3.47	12	2.70	19	4.10

$\bar{X} = 14.77, S.D. = 17.30$

จากตารางที่ 4.20 แสดงถึงจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย คือตั้งแต่รับไว้ในหอผู้ป่วยจนจำหน่าย/ย้าย/เสียชีวิต จำนวนวันนอนที่พบมากที่สุดคือ 2-10 วัน พบในผู้ป่วย 283 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.43 และจำนวนวันนอนที่พบน้อยที่สุดคือ 41-50 วัน พบในผู้ป่วย 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.70 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ( $\bar{x}$ ) = 14.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 17.30

ตารางที่ 4.21 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลแยกตามแผนก

แผนก	ค่าเฉลี่ย วันนอน( $\bar{X}$ ) แยกตามแผนก	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.) แยกตามแผนก	จำนวนวันนอน ที่น้อยที่สุด (Minimum)	จำนวนวันนอน ที่มากที่สุด (Maximum)
อายุรกรรม	12.22	15.21	2	116
ศัลยกรรม	13.60	11.50	2	135
ศัลยกรรมกระดูก	16.76	20.31	3	60
เฉลี่ย	14.19	15.67		

จากตารางที่ 4.21 แสดงให้เห็นค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยทั้งหมดเท่ากับ ( $\bar{X}$ ) = 14.19 (S.D.= 15.67) เมื่อแยกตามแผนกพบว่าแผนกศัลยกรรมกระดูกมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากที่สุดคือ 16.76 วัน(S.D. = 20.31) และแผนกอายุรกรรมมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 12.22 วัน (S.D. = 15.21) โดยแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรมมีจำนวนวันนอนที่น้อยที่สุด คือ 2 วัน และแผนกศัลยกรรม มีจำนวนวันนอนมากที่สุดคือ 135 วัน

ตารางที่ 4.22 จำนวน และร้อยละของโรคผู้ป่วย 10 อันดับแรก และโรคอื่นๆ (n= 585)

อันดับโรค	โรค	จำนวนครั้งการวินิจฉัย(ครั้ง)	ร้อยละ
1	Fracture femur	57.00	9.70
2	ICH	49.00	8.30
3	Sepsis	44.00	7.50
4	Pneumonia	39.00	6.60
5	Ischemic stroke	19.00	3.20
6	CHF	15.00	2.50
7	UGIH	8.00	1.36
8	COPD	6.00	1.02

ตารางที่ 4.22 (ต่อ)

อันดับโรค	โรค	จำนวนครั้งการวินิจฉัย(ครั้ง)	ร้อยละ
9	Bedsore	6.00	1.02
10	Acute pyelo nephritis	4.00	0.68
11	โรคอื่นๆ	338.00	58.12
รวม	จำนวนครั้งการวินิจฉัยโรคทั้งหมด	585.00	100.00

จากตารางที่ 4.22 แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 500 ราย ผู้ป่วยบางราย มีโรคมามากกว่า 1 โรค จึงมีโรครวมกันทั้งหมด 585 โรค โดย 10 อันดับ มีจำนวนการวินิจฉัย 247 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 42.88 อันดับ โรคแรกคือ Fracture femur มีจำนวนครั้งการวินิจฉัยมากที่สุด 57 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.40 รองลงมาคือ Intra cerebral hemorrhaged (ICH) มีจำนวนครั้งการวินิจฉัย 49 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.80 โรคอันดับที่ 10 คือ Acute pyelo nephritis มีจำนวนครั้งการวินิจฉัย 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.68 และอันดับ โรคอื่นๆ มีจำนวนครั้งการวินิจฉัย 338 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 58.12

ตารางที่ 4.23 คะแนนบราเดนแยกตามกลุ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ(n= 500)

คะแนนบราเดน	จำนวนผู้ป่วย(ราย)	ร้อยละ
≤ 12 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมาก	199	39.80
13 -14 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับปานกลาง	108	21.60
15 - 16 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อย	79	15.80
≥ 17 เผื่อระวังการเกิดแผลกดทับ	114	22.80
รวม	500	100.00

จากตารางที่ 4.23 แสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 500 ราย เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มคะแนนบราเดน ≤ 12 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากจำนวน 199 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.80 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มคะแนนบราเดน 13-14 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับปานกลางจำนวน 108 ราย

คิดเป็นร้อยละ 21.60 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มคะแนนบราเคน 15-16 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อย  
จำนวน 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.80 และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มคะแนนบราเคน  $\geq 17$  ซึ่งต้องเฝ้า  
ระวังการเกิดแผลกดทับจำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.80

#### ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา เมื่อนำตัวแปรด้านอัตราการก้ำลง 3 ตัวแปร  
คือร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อ  
วัน ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของ  
พยาบาล ของหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลระดับ  
ตติยภูมิ ในเขตภาคกลางมาทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่า

4.1 ตัวแปรที่ต้องการหาความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กันในรูปเชิงเส้น และตัว  
แปรเชิงปริมาณทั้ง 2 ที่นำมาหาความสัมพันธ์มีการแจกแจงแบบปกติ (รายละเอียดแสดงใน  
ภาคผนวก ฉ)

4.2 หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาแสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

	ชั่วโมง การพยาบาล ต่อผู้ป่วยต่อวัน	ร้อยละ พยาบาลวิชาชีพ	ชั่วโมง ทำงานเฉลี่ย ต่อสัปดาห์	อัตรา การเกิดแผล กดทับ	ความพึงพอใจ ในงาน ของพยาบาล
ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วย ต่อวัน	1				
ร้อยละพยาบาลวิชาชีพ	.34	1			
ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์	-.38	-.11	1		
อัตราการเกิดแผลกดทับ	-.55*	-.13	.64**	1	
ความพึงพอใจในงานของ พยาบาล	.25	-.09	-.48*	-.22	1

\* ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value < 0.05)

\*\* ระดับนัยสำคัญ 0.01 (P-value < 0.01)



จากตารางที่ 4.24 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับอัตราการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.55, p < 0.05$ ) ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดกับอัตราการเกิดแผลกดทับไม่มีความสัมพันธ์กัน ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับอัตราการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.64, p < 0.01$ ) และ ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.48, p < 0.05$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง สุ่มเลือกโรงพยาบาลจำนวน 20 หอผู้ป่วย จากโรงพยาบาลจำนวน 3 แห่ง

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดกับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

1.1.2 เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

1.1.3 เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล

สมมติฐานการวิจัยมีดังนี้

- 1) ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด มีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตราการเกิดแผลกดทับ
- 2) ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อนุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล
- 3) ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตราการเกิดแผลกดทับ
- 4) ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล

5) จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ อัตราการเกิดแผลกดทับ

6) จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

## 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

**1.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้** การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลาง สุ่มเลือก โรงพยาบาลจำนวน 20 หอผู้ป่วย จากโรงพยาบาลจำนวน 3 แห่ง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 289 ราย และกลุ่มเอกสาร ซึ่งประกอบด้วยเอกสารในการประเมินอัตราค่าลงของพยาบาลในหอผู้ป่วย 20 แห่ง และเอกสารในการประเมินอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย เก็บข้อมูลโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย หอผู้ป่วยละ 25 ราย รวมทั้งหมด 500 ราย

**1.2.2 เครื่องมือในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกภาระงานประจำหน่วยงาน แบบรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับ และแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นข้อคำถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ด้าน (จำนวน 50 ข้อ) ได้แก่ ด้านเงินเดือนผลประโยชน์ที่ได้รับ ด้านตารางการทำงาน ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน ด้านสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ ด้านโอกาสก้าวหน้าทางวิชาการหรือการได้เป็นผู้เชี่ยวชาญ ด้านเงื่อนไขของการทำงานและการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรระดับสูง และด้านองค์การและงานที่รับผิดชอบ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งในสถาบันการศึกษาและสถานบริการจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความสำนวนภาษาตลอดจนข้อเสนอแนะ และนำแบบสอบถาม ไปทดลองกับในกลุ่มประชากรที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .94 และแบบเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเกิดแผลกดทับ บริเวณที่เกิดแผลกดทับ และระดับของการเกิดแผลกดทับ

**1.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปคำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

### 1.3 ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1.3.1 ข้อมูลอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ ค่าตอบแทนจากหอผู้ป่วย 20 แห่ง แสดงผลการวิเคราะห์ได้ ดังนี้

1) ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันของหอผู้ป่วยที่ศึกษา ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.10 (S.D. = 1.14) ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันสูงสุดของหอผู้ป่วยที่ศึกษาเท่ากับ 6.87 และต่ำสุดเท่ากับ 2.63

2) ค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดของหอผู้ป่วยที่ศึกษา ( $\bar{x}$ ) เท่ากับร้อยละ 64.35 (S.D. = 11.50) ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดสูงสุดของหอผู้ป่วยที่ศึกษาเท่ากับร้อยละ 80.61 และต่ำสุดเท่ากับ ร้อยละ 34.18

3) ค่าเฉลี่ยชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ของพยาบาล ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 56.85 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (S.D. = 6.93) ชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์สูงสุดของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ศึกษาเท่ากับ 71 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และต่ำสุดเท่ากับ 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

#### 1.3.2 ความพึงพอใจในงานของพยาบาล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้แก่ พยาบาลประจำการทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษามาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวนทั้งหมด 289 คน พบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 96.50 มีอายุระหว่าง 25-30 ปี มากที่สุดร้อยละ 42.20 มีอายุน้อยกว่า 25 ปี น้อยที่สุดร้อยละ 5.90 มีสถานภาพโสดใกล้เคียงกันกับสถานภาพคู่คือร้อยละ 48.10 และ 47.40 มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1-10 ปี มากที่สุดร้อยละ 61.20 มีประสบการณ์การทำงาน 6 เดือน - 1 ปีและ ประสบการณ์การทำงาน 30-40 ปีในสัดส่วนที่เท่ากันและน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 2.10 ด้านการปฏิบัติงานล่วงเวลา พยาบาลประจำการทั้งหมด 289 คน มีพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานล่วงเวลา 243 คน คิดเป็นร้อยละ 84.10 ไม่ได้ปฏิบัติงานล่วงเวลา 46 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60 ค่าเฉลี่ยของจำนวนเวรที่พยาบาลปฏิบัติงานล่วงเวลา ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 9.24 เสร/เดือน (S.D. = 6.08) จำนวนเวรที่พยาบาลปฏิบัติงานล่วงเวลามากที่สุดคือ 25 เสร/ต่อเดือน น้อยที่สุด 1 เสร /เดือน ด้านจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ติดต่อกัน พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานล่วงเวลาทั้งหมด 243 คน มีพยาบาลที่ต้องทำงานติดต่อกัน 12 ชั่วโมง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 39.50 ทำงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมง 156 คน คิดเป็นร้อยละ 64.20 ทำงานติดต่อกัน >16 ชั่วโมง 54 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 และพยาบาลทำงานล่วงเวลานอกโรงพยาบาล 50 คน คิดเป็นร้อยละ 20.60

2) ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษารายงาน 289 คน พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลเท่ากับ 3.05 (S.D. = 0.25) คะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงสุดของหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างคือ 3.32 และต่ำสุดคือ 2.5 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานของพยาบาลในแผนกอายุรกรรมเท่ากับ 3.07 (S.D. = 0.12) แผนกศัลยกรรมกระดูกเท่ากับ 3.09 (S.D. = 0.20) และแผนกศัลยกรรมเท่ากับ 2.98 (S.D. = 0.30) เมื่อพิจารณารายด้านของปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ ( $\bar{x}$ ) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ดังนี้ ความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงานเท่ากับ 3.46 (S.D. = 0.15) สังคมและการมีปฏิสัมพันธ์เท่ากับ 3.28 (S.D. = 0.09) เงื่อนไขของการทำงานและการได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานเท่ากับ 3.23 (S.D. = 0.30) โอกาสก้าวหน้าในทางวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญเท่ากับ 3.04 (S.D. = 0.17) ด้านองค์การและงานที่รับผิดชอบเท่ากับ 3.16 (S.D. = 0.1) ตารางการทำงานเท่ากับ 2.8 (S.D. = 0.25) ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัวเท่ากับ 2.78 (S.D. = 0.23) และเงินเดือนผลประโยชน์ ที่ได้รับเท่ากับ 2.6 (S.D. = 0.25)

### 1.3.3 อัตราการเกิดแผลกดทับ

อัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้ง 20 แห่ง ผลการศึกษาแสดงได้ดังนี้

ข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ของหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษา 20 แห่ง แบ่งเป็น หอผู้ป่วยอายุรกรรม 9 แห่ง หอผู้ป่วยศัลยกรรม 8 แห่ง หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 3 แห่ง เก็บข้อมูลหอผู้ป่วยละ 25 คน รวมจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 500 ราย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีอายุเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) 61.05 ปี (S.D.= 18.64) ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาพบมีอายุระหว่าง 71-80 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.60 รองลงมา มีอายุระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.40 พบผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 81 ปี ขึ้นไป น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 2.40 อายุ น้อยที่สุดของผู้ป่วยในกลุ่มที่ทำการศึกษาคือ 15 ปี อายุมากที่สุดคืออายุ 97 ปี ในกลุ่มที่เกิดแผลกดทับ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมากที่สุด ( $\bar{x}$ ) คือ 65 ปี พบการเกิดแผลกดทับในเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิงดังนี้ เกิดแผลกดทับในเพศชาย 33 ราย (ร้อยละ 51.60) เกิดในเพศหญิง 31 ราย (ร้อยละ 48.40) พบการเกิดแผลกดทับบริเวณก้นมากที่สุดจำนวน 56 ครั้ง (ร้อยละ 87.50) รองลงมาเกิดบริเวณสะโพกจำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 7.80) และเกิดบริเวณแก้มก้นน้อยที่สุด 1 ครั้ง (ร้อยละ 1.60) พบการเกิดแผลกดทับระดับ 2 มากที่สุดจำนวน 63 ครั้ง (ร้อยละ 98.40) เกิดระดับ 4 จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 1.60) และไม่พบว่าเกิดแผลกดทับระดับที่ 3

### 1.3.4 หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา เมื่อนำตัวแปรด้านอัตราการกำลัง 3 ตัวแปร คือร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ มาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์กับ ตัวแปรอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลของหอผู้ป่วยทั้ง 20 แห่งที่ทำการศึกษา แสดงผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

- 1) ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับอัตราการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.55, p < 0.05$ )
- 2) ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน
- 3) ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดกับอัตราการเกิดแผลกดทับไม่มีความสัมพันธ์กัน
- 4) ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน
- 5) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับอัตราการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.64, p < 0.01$ )
- 6) ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.48, p < 0.05$ )

## 2. อภิปรายผล

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลของหอผู้ป่วยสามัญชากรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลาง 3 แห่ง

2.1 กลุ่มผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ พบอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับมากที่สุด ( $\bar{x}$ ) คือ 65 ปี เกิดแผลกดทับในเพศชาย 33 ราย (ร้อยละ 51.60) โกล้เคียงกับเพศหญิง 31 ราย (ร้อยละ 48.40) สอดคล้องกับงานวิจัยของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2547) ที่พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับไม่แตกต่างกันในเพศชาย และเพศหญิง พบการเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบมากที่สุด จำนวน 56 ครั้ง (ร้อยละ 87.50) สอดคล้องกับผลการวิจัยหลายแห่งที่พบว่าส่วนใหญ่จะเกิดแผลกดทับ

บริเวณก้นกบมากที่สุด (Gawron 1994; Mitra & Anne, 1999; Meehan and Morrison, 1999; Lahmann, Halfens and Dassen, 2003; George Allen, 2005; Magareta และ วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ 2547) รองลงมาเกิดแผลกดทับบริเวณสะโพกจำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 7.80) และเกิดบริเวณแก้มก้นน้อยที่สุด 1 ครั้ง (ร้อยละ 1.60) พบการเกิดแผลกดทับระดับ 2 มากที่สุดจำนวน 63 ครั้ง (ร้อยละ 98.40) สอดคล้องกับการศึกษาหลายแห่งที่พบว่าเกิดแผลกดทับระดับที่ 2 มากที่สุด (Lahmann, Halfens and Dassen, 2003; Gawron, 1994; Meehan and Morrison, 1999; Baumgarten et.al., 2006 and Gallagher et.al., 2008 และ รัชณี สุจินทรรัตน์ 2549) เกิดแผลกดทับระดับ 4 จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 1.60) และ ไม่พบการเกิดแผลกดทับระดับ 3

อัตราการเกิดแผลกดทับในการศึกษาครั้งนี้พบอัตราการเกิดแผลกดทับร้อยละ 10 ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราการเกิดแผลกดทับจากการศึกษาหลายแห่ง ได้แก่ บูมกาเทน และคณะ (Baumgarten et.al., 2006) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลระหว่างปี 1998-2001 พบอัตราการเกิดแผลกดทับร้อยละ 6.20 (95 % confidence interval, 5.40 -7.10 %) เบอร์กสตอมศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ พบอุบัติการณ์ร้อยละ 8.5-10 (Bergstorm, 1996 อ้างใน ชวลี เข้มวงษ์ และคณะ 2544) ชวนพิศ วงศ์สำมัญ และคณะ (2547) ศึกษาในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในระยะยาวพบอัตราการเกิดแผลกดทับร้อยละ 15-20 รัชณี สุจินทรรัตน์ (2549) ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร พบอัตราการเกิดแผลกดทับร้อยละ 13.30 แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ปัญหาของการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ทำการศึกษา อยู่ในระดับใกล้เคียงกันกับสถานบริการสุขภาพทั้งใน และ ต่างประเทศ

อัตราความชุกของแผลกดทับจากการศึกษาครั้งนี้พบอัตราความชุกของแผลกดทับร้อยละ 10.40 ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับการศึกษาจากแหล่งอื่น สถานการณ์ปัญหาของการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันกับ การศึกษาหลายแห่ง ได้แก่ การศึกษาของสมหวัง ค่านชัยวิจิตร และป่วน สุทธิพิงธรรม สํารวจความชุกของการเกิดแผลกดทับในประเทศไทยปี 2539 พบร้อยละ 8.50 วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2545) ศึกษาความชุกของการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยพบร้อยละ 10.80 การศึกษาของไดเดอริ และคณะ (Daideri et. al., 2003) ในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐประเทศฝรั่งเศสจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา 1,607 คน พบอัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับร้อยละ 16.60 การศึกษาของลาแมน เฮฟเฟิน และเดสเซน (Lahmann, Halfens and Dassen, 2003) ศึกษาความชุกของการเกิดแผลกดทับ ที่ประเทศเยอรมันในสถานบริการทางสุขภาพ 147 แห่ง ผู้ป่วยทั้งหมด 21,574 ราย ระหว่างปี 2002-2003 พบอัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับร้อยละ 21.60 โดยในโรงพยาบาล อัตราความชุกของการเกิดแผลกดทับร้อยละ 24.60 ในสถานพักฟื้นพบร้อยละ 13.90 อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษาจากหลายแห่งเป็นการสำรวจความชุกจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาในการศึกษา 5 เดือนและจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเท่ากับ 1,500 ราย ซึ่งถ้าเป็นการสำรวจอัตราความชุกเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดแผลกดทับจริงอาจต้องใช้กลุ่มตัวอย่างใหญ่ขึ้น และเพิ่มระยะเวลาในการสำรวจนานขึ้น

**2.2 การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมด ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาลของหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคกลาง 3 แห่ง**

**2.2.1 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับอัตราการเกิดแผลกดทับ** มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.55, p < 0.05$ ) การศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน ( $\bar{x}$ ) ของหอผู้ป่วยที่ศึกษาเท่ากับ 4.10 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลตติยภูมิ ตามที่สำนักงานการพยาบาล (กฤษฎา แสงวงดี 2545) แนะนำไว้ว่าควรมีชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน เท่ากับ 4.50 และจากการสนทนากลุ่มถึงการศึกษาชั่วโมงความต้องการการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลเฉพาะหัวหน้าพยาบาลหรือตัวแทน โดยตรง จำนวน 29 คน จากโรงพยาบาลตติยภูมิและตติยภูมิทั้งหมด 26 แห่ง ข้อเสนอจากการประชุมเสนอแนะ ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกว่าควรมี ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน เท่ากับ 6.00, 4.80 และ 4.80 ตามลำดับ (ทัศนา บุญทอง 2547) ส่วนการศึกษาครั้งนี้พบว่าได้ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก ดังนี้ 3.97, 3.47 และ 4.00 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับจำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันที่แนะนำให้มีส่วนเกินจะเห็นว่าน้อยกว่าค่อนข้างมาก จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันแสดงถึงเวลาที่ใช้สำหรับการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งถ้าโรงพยาบาลใดมีจำนวน ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันสูง แสดงว่าโรงพยาบาลนั้นมีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม โรงพยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าโรงพยาบาลที่มีจำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันน้อย จากผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันต่ำกว่าเกณฑ์ค่อนข้างมาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลที่ทำการวัดในครั้งนี้คืออัตราการเกิดแผลกดทับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายแห่งที่สนับสนุนว่าการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม สามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ คาปอล และคณะ (Capon et.al., 2005 and Alessandra et al., 2006) ศึกษาในหอผู้ป่วยที่พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วย 1: 10 เปรียบเทียบกับ 1: 5 พบว่าหอผู้ป่วยที่มีสัดส่วนพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วย 1: 10 ผู้ป่วยมีอัตราการเกิดแผลกดทับมากกว่า ชังฮันโซ และคณะ (Sung-Hyun Cho et.al., 2001) ได้ศึกษาอิทธิพลของการจัดอัตรากำลังต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผลการศึกษาระบุว่า



จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดแผลกดทับอย่างมาก เจียงยัง (Jeongyoung, 2007) ทำการศึกษามาตรฐานอัตราค่าล้างที่น้อยที่สุด และคุณภาพการดูแลในสถานพักฟื้นพบว่า การเพิ่มชั่วโมงการพยาบาลสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับในสถานพักฟื้นได้ เช่นเดียวกับคาธี (Kathy 2005) ที่ระบุว่าสถานพักฟื้นที่ทำการศึกษาร้อยละ 70 ของสถานพักฟื้นทั้งหมดจำนวน 690 แห่ง มีอัตราค่าล้างน้อยกว่าที่ควรจะมีซึ่งมีผลทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับมากขึ้น การศึกษาของไดแอน จูโล และซีซีเลีย (Diane, Julie & Cecilia, 2002) พบว่าชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่จัดให้มีการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยสัมพันธ์กับการลดโอกาสเกิดแผลกดทับได้ และมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของชั่วโมงการดูแลของบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดกับอัตราการเกิดแผลกดทับ (D'hoore, Guisset and Tilquin, 1997; McCloskey, 1998; Blegan, Goode and Reed, 1998; Bloton et.al., 2001; Donaldson et.al., 2004 and Alan et.al., 2006) และมีการศึกษาของแยง กับลิตติค คูฟ และมิล โยแลนด์ ที่สนับสนุนว่าชั่วโมงการดูแลเป็นตัวทำนายการเกิดแผลกดทับที่ดีที่สุด (Yang, 2003 and Lichtig, Knauf & Milholand, 1999 อ้างใน รัชณี ศุภจินทรรัตน์ 2549)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันจากการศึกษาครั้งนี้ เปรียบเทียบกับอัตราเกิดแผลกดทับในแต่ละหอผู้ป่วยพบว่ามีความสอดคล้องกันดังนี้ ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก เท่ากับ 3.97, 3.47 และ 4.00 ด้านอัตราการเกิดแผลกดทับแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก เท่ากับ 12.89, 8.50 และ 5.33 แสดงให้เห็นว่าในหอผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันต่ำ อัตราการเกิดแผลกดทับจะสูง แม้ว่าแผลกดทับเป็นสิ่งสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 95 ของการเกิด (Waterlow, 1996) แต่การที่มีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานแสดงถึงอัตราค่าล้างที่จัดให้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน แต่ละเวร ไม่เพียงพอ การมีบุคลากรไม่เพียงพอเป็นปัญหาความเสี่ยงเนื่องจากภาวะงานล้นมือ สิ่งที่คนเราจะทำคือ การเลือกไม่สนใจบางเรื่อง การเร่งทำงานให้เร็วขึ้นโดยขอมลลดความถูกต้อง เลื่อนงานบางอย่างไปทำเวลาอื่นที่เงียบสงบ (วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ 2547) แต่การดูแลแผลกดทับเป็นสิ่งที่รอไม่ได้ ถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในท่าเดิมด้วยแรงกดที่ 70 mmHg ที่กดลงบนปุ่มกระดูกเป็นเวลานาน 2 ชั่วโมงพบว่าเป็นสาเหตุการเกิดแผลกดทับจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (Ferreira and Calil, 2001 อ้างใน Marta et.al., 2006) การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง จึงเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับบนลินทิพย์ ดำนานทอง และ วีระชัย ใคว์สุวรรณ (2540) ที่ระบุว่าส่วนมากแผลกดทับจะเกิดจากการขาดแคลนบุคลากร สาเหตุที่สำคัญของการเกิดแผลกดทับด้านบุคลากรคือภาระงานมากทำให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง อลิซาเบท (Elizabeth, 2004) ระบุว่าถ้าแต่ละหอผู้ป่วยเพิ่มอัตราค่าล้างสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับ

ได้ร้อยละ 23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) เช่นเดียวกับ การศึกษาของบาราต (Baratt, 1990) อ้างใน Jan and Hajo, 1996) ที่พบว่าความไม่เพียงพอด้านอัตรากำลังพยาบาลเป็นเหตุให้เพิ่ม โอกาส การเกิดแผลกดทับได้ร้อยละ 50 ต่อการเกิดแผล 1 ราย การป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ บุคลากรผู้ดูแล จะต้องมีความรู้ด้านพยาธิสภาพและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับรวมทั้งสามารถประเมินการเกิด แผลกดทับได้อย่างถูกต้อง พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงและสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกด ทับให้น้อยลง การดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงนั้นเป็นงานที่ละเอียดอ่อนและต้องมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับแต่ละรายอย่างเพียงพอ จึงจะสามารถวางแผนการดูแลได้อย่าง ครบถ้วน ตั้งแต่แรกเริ่มที่ต้องมีการประเมินจำแนกกลุ่มเสี่ยงเพื่อการดูแลที่เหมาะสม การให้ข้อมูล การสอนผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจและร่วมมือในการดูแล การประเมินผิวหนังตลอดจน การดูแลความสะอาดผิวหนังอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะปุ่มกระดูก การดูแลเรื่องความเปียกชื้นของ ผิวหนัง การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันแรง ฉีก การดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ การบริหารข้อต่างๆ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ 2547)

เมื่อเปรียบเทียบชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันจากการศึกษาในประเทศ ไทยโดยรัชณี สุจินทรรัตน์ (2547) กับการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งระยะเวลาในการศึกษาห่างกัน 4 ปี และ เป็นการศึกษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขเช่นเดียวกัน พบความแตกต่างคือ การศึกษาของรัชณีได้ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อ ผู้ป่วยต่อวันในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมเท่ากับ 5.01 และ 5.99 ส่วนการศึกษานี้ได้ ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันของหอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรมเท่ากับ 3.97 และ 3.47 ซึ่งพบว่าน้อยลงค่อนข้างมาก แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันความขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลเกิดขึ้น จริงและรุนแรงขึ้น จากชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันที่ลดลงอย่างชัดเจน อัตรากำลังที่ขาดแคลน ย่อมส่งผลโดยตรงต่ออัตราการเกิดแผลกดทับที่เป็นตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ทำการ ศึกษา ดังนั้นการลดอัตราการเกิดแผลกดทับ ปัจจัยสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือการจัดอัตรากำลังที่ เหมาะสม การจัดสรรจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่เพียงพอต่อปริมาณงานในแต่ละวันแต่ละเวร ที่ส่งผลให้มีชั่วโมงการพยาบาลเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถแบ่ง เวลาในการดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง ลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ชั่วโมงการพยาบาลต่อคนต่อวัน จึงเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญอันก่อให้เกิดกระบวนการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐาน ซึ่งทั้งในต่างประเทศ ได้แก่ สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Nurse Association) และสำนักงานพยาบาลของ

ประเทศไทยใช้ชั่วโมงการพยาบาลต่อคนต่อวันเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้าน โครงสร้างเป็น  
เกณฑ์ส่วนหนึ่งในการกำหนดอัตรากำลังที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแล

2.1.2 ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่มี  
ความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน  
กับความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศดังนี้ การศึกษาของ  
เทลเลอร์ (Tallier, 2003) ในโรงพยาบาลชุมชน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงานของ  
พยาบาลกับชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน และให้ข้อเสนอแนะว่าการเพิ่มสัดส่วนของชั่วโมงการ  
พยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันควรคำนึงถึงสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพประกอบไปด้วยจึงจะช่วยให้การจัด  
อัตรากำลังนั้นเหมาะสม การศึกษาของราเชล (Rachel, 2004) เป็นการทดลองในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน  
ก่อนและหลัง โดยจัดจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแต่ละวันให้แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่พบ  
ความสัมพันธ์ของการจัดจำนวนบุคลากรในแต่ละวันกับความพึงพอใจในงาน ความตั้งใจจะลาออก  
และการคงอยู่ในงานของพยาบาล การศึกษาของอีแลน และคณะ (Elaine et. al., 2005) ทดลองจัด  
อัตรากำลังด้วยชั่วโมงการพยาบาลที่แตกต่างกันในสถานพักฟื้น 35 แห่ง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน  
ของความพึงพอใจในงานของพยาบาล จากผลการศึกษาครั้งนี้ และงานวิจัยที่กล่าวถึงข้างต้น สามารถ  
อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลจะมีความพึงพอใจในงานขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ซึ่งตามแนวคิดของ  
แมคคอสสกี และมูเลอร์ (McCloskey and Mueller, 2003) ปัจจัยด้านภาระงาน ที่อธิบายด้วยชั่วโมง  
การพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในปัจจัยหลายด้าน จึงเป็นไปได้ว่าแม้พยาบาลจะรู้สึก  
ไม่พึงพอใจในงาน ด้านภาระงานที่มากเกินไป แต่กลับมีปัจจัยด้านอื่นๆที่มีผลทำให้ ความพึงพอใจ  
โดยรวมไม่สัมพันธ์กับชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน โดยสามารถพิจารณาความพึงพอใจราย  
ด้าน ตามแนวคิดของแมคคอสสกี และมูเลอร์ จากผลการวิจัยในครั้งนี้ เรียงลำดับจากความพึงพอใจ  
มากไปน้อย ดังนี้ ความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงานเท่ากับ 3.46 (S.D.= 0.15) การอยู่ในสังคมและการ  
มีปฏิสัมพันธ์เท่ากับ 3.28 (S.D.= 0.09) เงื่อนไขของการทำงานและการได้รับการสนับสนุนจาก  
บุคลากรระดับสูงกว่า 3.23 (S.D.= 0.30) โอกาสก้าวหน้าทางวิชาการเท่ากับ 3.04 (S.D.= 0.17) ความ  
พึงพอใจในตารางการทำงานเท่ากับ 2.80 (S.D.=0.25) ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิต  
ส่วนตัวเท่ากับ 2.78 (S.D.= 0.23) ความพึงพอใจด้านเงินเดือนผลประโยชน์ที่ได้รับเท่ากับ 2.60  
(S.D.=0.25) และถ้าพิจารณาเฉพาะปัจจัยด้านภาระงาน ที่แสดงถึงตัวแปรที่ศึกษาคือชั่วโมงการ  
พยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน คือด้านเงื่อนไขของการทำงาน และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากร  
ระดับสูงกว่าซึ่งในด้านนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ พบว่ามีข้อคำถามที่ได้คะแนนความพึงพอใจ  
มาก จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ การได้ใช้ความรู้ความสามารถในการทำงาน ( $\bar{X} = 3.70$ , S.D.= 0.66) และ  
ความมีอิสระในการทำงาน ( $\bar{X} = 3.50$ , S.D.= 0.77) และมีข้อคำถามที่ได้คะแนนความพึงพอใจน้อย

จำนวน 1 ข้อ คือ ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร ( $\bar{x}$ ) = 2.45, S.D.= 0.76) แสดงว่าในสถานการณ์จริง พยาบาลประจำการรู้สึกไม่พึงพอใจกับจำนวนภาระงานที่มากและชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันที่จัดให้ไม่เหมาะสมคือน้อยเกินไป ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงแต่อย่างไรก็ตามพยาบาลยังรู้สึกพึงพอใจในงานต่อปัจจัยด้านอื่นๆ จึงส่งผลให้คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคือ 3.04 (S.D.= 0.22)

มีงานวิจัยในต่างประเทศที่ผลการศึกษามีความแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ การศึกษาของคารายอน และกัส (Carayon and Gurses, 2006) ที่ศึกษาในหอผู้ป่วยไอซียูพบว่าภาระงานที่หนักของพยาบาล ทำให้พยาบาลสื่อสารกับคนไข้ได้น้อย พยาบาลไม่พึงพอใจในงาน และอ่อนล้าจากการทำงานได้ง่าย เคท และคาร์เมล (Kate and Carmel, 2006) กล่าวว่าสิ่งที่ทำให้พยาบาลในสถานพักฟื้นเกิดความเครียดมากที่สุดคือจำนวนพยาบาลไม่พอ มีภาระงานที่ต้องทำมาก สักส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกาพบว่าการลดจำนวนพยาบาลทำให้สัดส่วนคนไข้ต่อพยาบาลที่สูงขึ้น ส่งผลให้ขวัญกำลังใจพยาบาลน้อยลง ความพึงพอใจของพยาบาลลดลง เกิดความเหนื่อยหน่าย พยาบาลคิดถึงการจะยังคงอยู่ในระบบน้อยลง การค้นหาพยาบาลเข้ามาทดแทน และเสี่ยงต่อการฟ้องร้องเนื่องจากการปฏิบัติไม่ได้มาตรฐานซึ่งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายไปกับการฟ้องร้องมากกว่าการจ้างพยาบาลเพิ่มขึ้น (Garretson and Sharon 2004; Anne et al., 2006) ลินดา ฌอน และคัลลาส (Linda, Sean and Douglas, 2002) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบของการจัดอัตรากำลังในโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา(แคลิฟอร์เนีย) แคนาดา (ออนตาริโอ และบริติชโคลัมเบีย) อังกฤษและสก็อตแลนด์ พบว่าความเหนื่อยหน่าย ความไม่พึงพอใจ ความกังวลเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาลเกิดขึ้นเป็นปกติในท่ามกลางพยาบาลใน โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง และยังพบว่าการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมรวมทั้งระบบการทำงานที่เกื้อหนุนการทำงานของพยาบาลจะช่วยลดความเหนื่อยหน่าย ความไม่พึงพอใจได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และยังเป็นหัวใจสำคัญที่จะปรับปรุงคุณภาพการดูแล แอน และคณะ (Anne et al., 2006) ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มพยาบาลที่มีสัดส่วนผู้ป่วยในความดูแลน้อย และกลุ่มพยาบาลที่มีสัดส่วนผู้ป่วยในความดูแลมาก พยาบาลในกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยมากมีความพึงพอใจในงานต่ำ มีระดับความเหนื่อยหน่ายสูง อัตราการลาออกสูง ปัจจัยที่ทำนายการเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาล ได้คือปัจจัยหนึ่งคือภาระงานมาก ในรอบปีที่ผ่านมาพยาบาลรู้สึกว่าได้รับคนไข้ในความดูแลที่มีอาการซับซ้อนและจำนวนคนไข้เพิ่มขึ้น ประเด็นหลักของความไม่พึงพอใจคือภาระงานหนัก ไม่มีเวลาแม้แต่เบรกและดื่มน้ำ งานเอกสารมากเกินไป ความไม่พึงพอใจในงานของพยาบาล ความเหนื่อยหน่าย เกิดความเครียดในงาน ความคิดที่จะลาออกและมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพการดูแลเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นในพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำว่าถ้าต้องการลดความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลควรมีการปรับรูปแบบการทำงานรวมทั้งจัดตารางการทำงานและอัตรากำลัง

ให้เหมาะสมมากขึ้น (Linda, Sean and Dougla, 2002; Simoens, Scott and Sibbald, 2002; Mark, 2004; Khurshid et.al., 2005 and Siying et.al., 2006)

ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาที่แตกต่างกับผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สมสมัย สุทธิรสานต์ (2544) ศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าสิ่งที่พยาบาลต้องการให้มีการปรับปรุงมากที่สุด คือการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอกับปริมาณงาน นवलพรรณ เอี่ยมตระกูล (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการพยาบาลเลิศสินพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกเกี่ยวกับลักษณะงานและบรรยากาศองค์กรใน 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าประเด็นปัญหาหนึ่งที่พบคือปริมาณงานไม่สมดุลกับจำนวนเจ้าหน้าที่ และมีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่พบมากที่สุดคือปริมาณงานที่มีมากไม่สมดุลกับจำนวนบุคลากรที่มีปฏิบัติงาน (ทัศนยา บุญทอง 2542) พิมลพรรณ (พิมลพรรณ ทิพาคำ 2543) ศึกษาความเครียดในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร โรงพยาบาลชุมชนเขต 10 อธิบายว่าพยาบาลประจำการมีแนวโน้มที่จะอยู่ในองค์กรแห่งนี้ในระดับปานกลาง ซึ่งความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่เป็นความรู้สึกรู้สึกผูกพันจากการได้รับสิทธิ์ประโยชน์ค่าตอบแทน สวัสดิการต่างๆ ที่ควรได้รับจากองค์กร เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจการได้รับสิทธิ์ประโยชน์ค่าตอบแทน สวัสดิการต่างๆ ไม่เหมาะสมกับงาน ความไม่สมดุลระหว่างปริมาณงานกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ และเกิดความเครียดจากปริมาณงานมาก การศึกษาของสภาการพยาบาล โดยชุตติมา ปัญญาพินิจกุล และคณะ (2544) เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลพบว่ามีปัญหาในการปฏิบัติงานหลายด้าน ที่พบมากที่สุดคือมีปริมาณงานมากกว่าเกินกว่าที่จะทำงานแต่ละอย่างให้สมบูรณ์ได้ ปัญหาเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการทำงาน แม้ว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล เนื่องจากการที่พยาบาลจะมีความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีผลมาจากปัจจัยหลายประการ ปัจจัยด้านภาระงานเป็นปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่ง ในหลายๆปัจจัย อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องทำการศึกษาเกี่ยวกับชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันในแต่ละสถานบริการสุขภาพ ที่จะต้องมีการศึกษาว่าควรมีอัตรากำลังขั้นต่ำเท่าใดจึงจะเหมาะสมที่จะสามารถให้การดูแลคนไข้ได้ทั่วถึง และคำนึงถึงความพึงพอใจในงานของพยาบาลเนื่องจากพยาบาลที่มีความพึงพอใจในงานของพยาบาลสูงย่อมทำงานเต็มกำลังความรู้ความสามารถ เต็มศักยภาพตรงกันข้ามถ้าผู้ปฏิบัติงานขาดความพึงพอใจในงานแนวโน้มของการลาออก โอนย้ายสูงขึ้น (Dolan, 1987) และพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีภาระรับผิดชอบสูงในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการรวมทั้งต้องใช้ทักษะเฉพาะของศาสตร์ทางการพยาบาลซึ่งหากพยาบาลปฏิบัติงานภายใต้บรรยากาศที่ไม่เอื้ออำนวย การทำงานด้วยความกดดันและทำงานแข่งกับเวลา เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ (สุนทรดา ตะบูนพงษ์ และนิตยา ดากวิริยะนันท์ 2543) ย่อมทำให้พยาบาลไม่

มีความสุข ประสิทธิภาพการทำงานลดลง การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมเพื่อให้พยาบาลมีชั่วโมงการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ทัวถึง เป็นการสร้างความพึงพอใจในงาน จูงใจให้พยาบาลทำงานอย่างมีความสุข พร้อมจะทุ่มเทให้ห้องค์การช่วยให้การดำเนินพันธกิจขององค์การพยาบาลบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

**2.2.3 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดกับอัตราการเกิดแผลกดทับ ไม่มีความสัมพันธ์กัน**

การกำหนดสัดส่วนบุคลากรแต่ละประเภท ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละสถาบันอาจเป็นพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรอื่นเท่ากับ 50:50 เช่นในโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่ใช่โรงพยาบาลระดับประเทศ แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนมากอาจมีการกำหนดพยาบาลวิชาชีพในสัดส่วนที่สูงขึ้น (Gillies, 1994 อ้างในรัชณี สุจิจันทร์รัตน์ และคณะ 2549) ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2002 แนะนำให้มีพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพ 65:35 หรือ 2:1 (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และ พูลสุข หิงคานนท์ 2549) และจากการสำรวจของรัชณี สุจิจันทร์รัตน์ และคณะ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทยเมื่อปี 2547 พบร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดเท่ากับ 57.49 (รัชณี สุจิจันทร์รัตน์, ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ และปรางทิพย์ อูจะรัตน์ 2547) ส่วนในการศึกษาคั้งนี้พบร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดเท่ากับ 65: 35 และพบค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมดแยกรายแผนก ดังนี้ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกมีค่าร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมดเท่ากับ 64: 36, 64: 36, 69: 31 และ 52: 68 ด้านอัตราการเกิดแผลกดทับพบอัตราการเกิดแผลกดทับในภาพรวมเท่ากับ 10 อัตราการเกิดแผลกดทับแยกรายแผนก ดังนี้ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกมีอัตราการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 12.89, 8.50 และ 5.33ตามลำดับ

ผลการศึกษาในคั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดกับอัตราการเกิดแผลกดทับ ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาหลายๆ แห่งที่พบว่า การที่มีสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับที่ลดลงได้แก่ ลิคคิก คูฟ และมิล โฮแลนด์ (Lichtig, Knauf&Milholand, 1999 อ้างในรัชณี สุจิจันทร์รัตน์ 2549) ได้ทำศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการจัดอัตรากำลังกับผลไม่พึงประสงค์ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่สูงขึ้นกับอัตราการเกิดแผลกดทับที่ลดลง ทอมสัน และคณะ กับ อตัน และคณะ (Thomson et.al., 2006; Alan et.al., 2006) ระบุว่าสัดส่วนร้อยละพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การพยาบาลในเรื่องแผลกดทับ เซโก และคณะ (Seago et.al., 2006) พบว่า

ถ้าเพิ่มชั่วโมงการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพจะทำให้เพิ่มการเกิดแผลกดทับที่สูงขึ้น เจียงและวอง (Jiang & Wong, 2004) ศึกษาการจัดอัตรากำลังที่มีผลดี ผลเสียและความคาดหวังในคุณภาพการดูแลในโรงพยาบาลของรัฐแคลิฟอร์เนียผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ทางลบของชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยต่อวัน (RN hours per adjusted patient day) และร้อยละพยาบาลวิชาชีพต่อไม่ใช่วิชาชีพกับอัตราการเกิดแผลกดทับ

ส่วนผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดกับอัตราการเกิดแผลกดทับ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเอลิซาเบท (Elizabeth, 2004) ที่พบว่าการผสมผสานอัตรากำลังหรือสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ แต่อัตราการเกิดแผลกดทับสัมพันธ์กับอัตรากำลังทั้งหมดที่ขึ้นปฏิบัติงานว่ามีอัตรากำลังในจำนวนที่เพียงพอหรือไม่ โดยการศึกษาของมาร์ค และคณะ (Mark et.al., 2004) ถึงอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพกับคุณภาพการดูแล พบว่าการเพิ่มอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพสามารถลดอัตราตาย แต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์การเกิดแผลกดทับ แนนซี และคณะ (Nancy et.al., 2004) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาล Magnet กับ Non-Magnet ที่เป็น โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงขนาดเดียวกันในหอผู้ป่วย ไอซียู กึ่งวิกฤติ อายุรกรรม และศัลยกรรม โดยโรงพยาบาล Magnet มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่าโรงพยาบาล Non-Magnet ร้อยละ 8.50 แต่ไม่พบความแตกต่างของการเกิดแผลกดทับในทั้ง 2 โรงพยาบาล และ โมนิกา (Monica, 2007) ศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะความเชี่ยวชาญเฉพาะอัตรากำลังพยาบาลกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาล 3 แห่ง ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ของระดับความเชี่ยวชาญของพยาบาลกับการเกิดแผลกดทับ

ในประเทศไทยมีการศึกษาที่แตกต่างจากผลการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ การศึกษาของรัชณี ศุภจินทรรัตน์ (2547) ที่พบร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมดเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 54.20 (S.D. = 16.55) และพบว่าร้อยละพยาบาลวิชาชีพกับการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์กันในทางลบ โดยถ้าเพิ่มพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 10 สามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับลงร้อยละ 2.29 แต่การศึกษาของรัชณีพบว่ามีความเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันเท่ากับ 5.32 (S.D. = 1.41) ส่วนในการศึกษาครั้งนี้ พบร้อยละพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมดเฉลี่ย 65 (S.D. = 11.50) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละพยาบาลวิชาชีพกับการเกิดแผลกดทับ และพบค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันเท่ากับ 4.10 (S.D. = 1.14) จะเห็นได้ว่างานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้ ทำการศึกษาในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน 4 ปี ผลการศึกษาที่พบแตกต่างกัน ใน 3 ประเด็น คือ ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน และความสัมพันธ์ อธิบายได้ว่า การศึกษาของรัชณีมีค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ต่ำ แต่มีชั่วโมง

การพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันสูง (5.32) แสดงว่ามีอัตรากำลังทั้งหมดที่จัดให้ในการดูแลผู้ป่วยที่มากกว่า และเพียงพอกว่า อัตรากำลังที่จัดให้ในการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่ามิชัว โมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันต่ำ (4.10) ในการศึกษาของรัชนีที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่ำ (54.20) ทำให้เมื่อเพิ่มสัดส่วนร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจึงส่งผลถึงการเกิดแผลกดทับที่ลดลง แต่การศึกษาคั้งนี้หอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่มีร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข คือพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพ 65: 35 อันเนื่องมาจากที่ประเทศไทยมีการยกเลิกการผลิตผู้ช่วยพยาบาลและหยุดผลิตพยาบาลเทคนิคมาช่วงหนึ่ง ขณะเดียวกันมีการผลักดันให้พยาบาลเทคนิคเรียนต่อเพื่อปรับเป็นพยาบาลวิชาชีพ จึงทำให้ระบบบริการสุขภาพขณะนี้ มีพยาบาลวิชาชีพในแต่ละเวรเพียงพตามเกณฑ์มาตรฐาน แม้จะเพิ่มสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพในแต่ละเวรมากขึ้น แต่ไม่สามารถเพิ่มสัดส่วนอัตรากำลังทั้งหมดในเวรได้ เนื่องจากความขาดแคลนพยาบาล การป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นงานที่พยาบาลต้องใช้เวลาเพื่อดำเนินการหลายอย่างไปพร้อมๆกัน ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การคงสภาพผิวหนังที่ดี เพิ่มความคงทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกด การลดแรงกดแรงเสียดทานและแรงเฉือน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการร่วมป้องกัน (ปองฤทัย พุ่มระย้า 2546) การมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามเกณฑ์ แต่ขาดแคลนอัตรากำลังโดยรวม ส่งผลให้อัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกประเด็นดังกล่าวข้างต้น การเกิดแผลกดทับจึงมีความสัมพันธ์กับอัตรากำลังโดยรวมทั้งหมดหรือชั่วโมงการพยาบาลโดยตรงที่จัดให้ มากกว่าสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ

และประเด็นของการเพิ่มสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ ไม่ได้ทำให้การพยาบาลโดยตรงเพิ่มขึ้นเสมอไป เช่น การศึกษาของแมคคอสสกี และมูเลอร์ (McCloskey, 1998) ที่พบความสัมพันธ์ทางลบของชั่วโมงการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพกับอัตราการเกิดแผลกดทับ และ การศึกษาของโรบน์ (Robyn, 2002) พบว่าค่าเฉลี่ยของชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 54 ต่อเวรใช้ไปในการให้การพยาบาล โดยตรง ส่วนร้อยละ 52 ใช้ไปในการให้การพยาบาลโดยอ้อม และเมื่อเพิ่มสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ เวลาร้อยละ 31.50 ที่เพิ่มขึ้น ถูกใช้ไปจริงสำหรับชั่วโมงการพยาบาล และร้อยละ 2.70 ถูกใช้ไปในการทำงานเกี่ยวกับเอกสาร หนังสือ ออร์พินซ์ เจริญผล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่พยาบาลภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติพบว่าปัญหาส่วนใหญ่มาจากปริมาณงานมากโดยเฉพาะงานเอกสาร งานหนักรับผิดชอบสูงตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งขณะทำการศึกษาเป็นเวลาที่โรงพยาบาลอยู่ในช่วงของการพัฒนาเพื่อขอรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการทำงาน ให้มีมาตรฐานตรวจสอบได้ จึงมีส่วน



ต้องเพิ่มภาระงานด้านเอกสารมากขึ้น และจากสถานการณ์จริงของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เช่นเดียวกันทั้ง 3 แห่ง การพัฒนาคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่โรงพยาบาลทุกแห่งต้องดำเนินการ เนื่องจากต้องดูแลสุขภาพประชาชนตามอุดมการณ์ของรัฐธรรมนูญที่เน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ทั้งถึงและเท่าเทียม สถานการณ์ของระบบสุขภาพในปัจจุบันที่ต้องพร้อมต่อการตรวจสอบจากผู้รับบริการ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล 2551) แม้ว่าภาระงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่สำคัญที่สุด การพัฒนาคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไป การตรวจสอบงานคุณภาพนั้น จำเป็นต้องมีหลักฐานในทุกส่วนของงาน การเพิ่มงานเอกสารจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ พยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันจึงต้องใช้เวลาบางส่วนในการเข้าร่วมประชุมและทำงานด้านเอกสาร สิ่งสำคัญที่ต้องสนใจคือ เมื่อเพิ่มสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ ควรใช้เวลาที่เพิ่มในส่วนของการให้การพยาบาลโดยตรงและเมื่อต้องทำงานเอกสารหรือการเข้าร่วมประชุมควรมีการจัดสรรเวลาในส่วนนี้เพิ่มให้ เพื่อจะได้ไม่เบียดบังเวลาที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาในรายแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรมและ ศัลยกรรมกระดูก พบว่ามีค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ ตามลำดับดังนี้ 64: 36, 69: 31 และ 52: 48 นำมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันในรายแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และ ศัลยกรรมกระดูก พบว่ามีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันตามลำดับดังนี้ 3.97, 3.47 และ 4.11 จึงอาจเป็นไปได้ว่า แม้แผนกศัลยกรรมกระดูกจะมีสัดส่วนร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คือ 52: 48 แต่กลับมีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันสูงกว่าแผนกอื่น บุคลากรในแผนกศัลยกรรมกระดูกจึงมีชั่วโมงในการพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยมากกว่า เมื่อเทียบกับชั่วโมงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรมที่มีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันต่ำกว่า จึงมีผลทำให้เกิดอัตราการเกิดแผลกดทับในแผนกศัลยกรรมกระดูกต่ำกว่าแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม คือ แผนกศัลยกรรมกระดูกมีอัตราการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 5.33 แผนกอายุรกรรมเท่ากับ 12.89 และแผนกศัลยกรรมเท่ากับ 8.50 และเมื่อพิจารณาแยกในหอผู้ป่วย 4 แห่งที่มีร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (65: 35) ดังนี้ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 (โรงพยาบาลแห่งที่ 1) เท่ากับ 34, อายุรกรรมหญิง 2 (โรงพยาบาลแห่งที่ 2) เท่ากับ 59, ศัลยกรรมกระดูกชาย (โรงพยาบาลแห่งที่ 3) เท่ากับ 46, และ ศัลยกรรมกระดูกหญิง (โรงพยาบาลแห่งที่ 3) เท่ากับ 45 เมื่อพิจารณาในหอผู้ป่วยดังกล่าวพบว่ามีสัดส่วนของพยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยพยาบาลเท่ากับ 31, 15, 25 และ 32 ตามลำดับ พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจคือ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยพยาบาลของหอผู้ป่วย 4 แห่ง มีค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการทำงาน ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 24 ปี

(S.D. = 0.56) ซึ่งเป็นประสบการณ์การทำงานที่นาน จนเกิดความชำนาญในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างคล่องตัว เหมาะสม เข้าใจงาน ต่างจากพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีส่วนสัมพันธ์กับอายุการทำงานระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดความชำนาญ รวมทั้งรู้ขั้นตอนการพัฒนางานและมีความสามารถในการพัฒนาตนเอง (ทิพย์รัตน์ สุทธิพงศ์ 2537 อ้างใน อิศรี เหลืองวิทย์ 2545) ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จในวิชาชีพปัจจัยหนึ่งได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานเป็นระยะเวลานานจนเกิดความชำนาญ (Judge และคณะ 1995 อ้างใน เปรมฤดี ปองมงคล และยุพิน อังสุโรจน์ 2548) มีทักษะความสามารถที่หลากหลายตามหน้าที่ความรับผิดชอบ สามารถสร้างสรรค์งานบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการและผู้ร่วมงาน การศึกษาอาจมีผลต่อการทำงานในระยะต้นของการเข้าสู่วิชาชีพแต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป การศึกษาอาจมีความสำคัญน้อยลง ในทางตรงกันข้ามประสบการณ์การทำงานจะมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลไม่ได้ใช้ความรู้ทางการพยาบาลอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยศาสตร์สาขาอื่นๆที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน (สมจิต หนูเจริญกุล 2540) รวมทั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานมานานย่อมได้รับความรู้จากการประชุมวิชาการ การอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติเฉพาะในหอผู้ป่วยของตนเองอยู่เสมอๆ ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในวิชาชีพ กล่าวคือพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากจะมีทักษะความชำนาญในการทำงานมากกว่า (เปรมฤดี ปองมงคล และยุพิน อังสุโรจน์ 2548) พยาบาลที่ทำงานมานานจะมีความรู้ความชำนาญมากขึ้น ซึ่งความรู้ในคลินิกเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในการทำงาน และในทางตรงกันข้ามพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย (Benner, 1984 อ้างใน วารวิวรรณ คงชุม และคณะ 2548) อาจสรุปได้ว่าพยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยพยาบาลของทั้ง 4 หอผู้ป่วย ดังกล่าว มีประสบการณ์การทำงานมายาวนาน ย่อมมีความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะในหอผู้ป่วยของตนสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ดี แม้เพิ่มสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพมากขึ้นกว่านี้ จึงจะไม่ส่งผลต่ออัตราการเกิดแผลกดทับ

และการที่แผนกศัลยกรรมกระดูกมีอัตราการเกิดแผลกดทับต่ำต่างๆที่มีสัดส่วนร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คือ 52: 48 น่าจะเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยของแผนกศัลยกรรมกระดูกถึงจะมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกายที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ แต่ผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกศัลยกรรมกระดูกส่วนใหญ่เป็นผู้เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอายุผู้ป่วย 52 ปี (range 89-15 ปี) แผนกอายุรกรรม 65 ปี (range 97-15 ปี) แผนกศัลยกรรม 60 ปี (range 96-15) มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่แผลกดทับจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีอายุมาก ได้แก่ การศึกษาของ มาการเรทา (Margarreta, 1999), จอร์จ และเอลเลน (George and Allen, 2005) อาร์ บรูณกุล

(2002) และ รัศมีนันท์ ขวัญเมือง (2545) ที่พบค่าเฉลี่ยอายุผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับตามลำดับดังนี้มากกว่า 65, 72.60, 66.07 และ 60-70 ปี นอกจากนี้การศึกษาของฮอร์น และคณะ (Horn et.al., 2004) พบว่าเมื่อเพิ่มการพยาบาลโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น 10 นาที มีความสัมพันธ์กับการลดการเกิดแผลกดทับลงได้ หมายความว่าเมื่อเพิ่มจำนวนพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น แต่ต้องเพิ่มเวลาในการให้การพยาบาลโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพและยังพบอีกว่าการเพิ่มผู้ช่วยพยาบาล (nursing assistant) หรือพยาบาลที่เน้นการปฏิบัติดูแลคนไข้ (licensed practical nurse) สัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับที่น้อยลงได้เช่นกัน โดยเมื่อควบคุมระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยแล้วพบว่า การพยาบาลโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตราการเกิดแผลกดทับ ( $r = -0.485, p < 0.05$ ) ดังนั้นการจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วย ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรระมัดระวังเกี่ยวกับการที่พยาบาลต้องทำงานเอกสารมากเกินไปจนทำให้ไม่มีเวลาให้การพยาบาลโดยตรง (วารัวรรณ คงชุ่ม และคณะ 2548) การจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสม จึงต้องคำนึงถึงการเพิ่มจำนวนชั่วโมงการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยตรงซึ่งจะสามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลได้ และอาจคำนึงถึงปัจจัยอัตรากำลังด้านอื่นๆประกอบด้วย

**2.2.4 ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน**

การศึกษาครั้งนี้พบร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทางการพยาบาลทั้งหมดเท่ากับ 65: 35 ค่าเฉลี่ยร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมดแยกรายแผนก แสดงตามลำดับได้ดังนี้ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกมีค่าร้อยละของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคลากรทั้งหมดเท่ากับ 64: 36, 64: 36, 69: 31 และ 52: 48 ด้านค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคือ 3.04 (S.D.= 0.22) ในรายแผนก ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาล แสดงได้ดังนี้ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก เท่ากับ 3.07, 2.98 และ 3.09 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายข้อคำถามที่ถามเรื่องการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการทำงานของบุคลากรในหอผู้ป่วย การทำงานร่วมกันของทีมพยาบาล และความสัมพันธระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลที่ทำงานด้วยกัน พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลในระดับมากที่สุดคือ 3.53, 3.53 และ 3.55 ตามลำดับ

งานวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศทางฝั่งตะวันตก ได้แก่ พาริเนลโล และ โซชาสกี (Parrinello, 1990; Sochalski et.al., 1997) ที่พบว่าร้อยละของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล แต่จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ อารีรัตน์ ขำอยู่ (2002) ศึกษาใน

โรงพยาบาลของรัฐพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล อาจเนื่องมาจากระบบการมอบหมายงาน และการแบ่งงานกันตามหน้าที่ของทีมการพยาบาลในประเทศฝั่งตะวันตกชัดเจนกว่าทีมพยาบาลไทย ซึ่งจากการศึกษาของ จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2550) ที่ทำการค้นหาปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลพบปัญหาสำคัญด้านระบบงานคือ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมการพยาบาลไทยไม่ชัดเจน การมอบหมายงานไม่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยเป็นแบบทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งแตกต่างจากประเทศตะวันตกที่จะมีการแบ่งทีมการพยาบาลการกำหนดบทบาทหน้าที่พยาบาลแต่ละระดับของทีมการพยาบาลอย่างชัดเจน และปฏิบัติตรงตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย ส่วนในทีมการพยาบาลของประเทศไทยการปฏิบัติงานจริง นิยมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่นการศึกษาของคุษฎี โยเหลา, อภิญญา โพธิ์ศรีทอง และ ปรีชญานันท์ วันจันทร์ (2538) พบว่ากลุ่มพยาบาลไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ลักษณะของสังคมชาวพุทธมีความเป็นมิตรสูง มีน้ำใจ ให้ความเคารพในผู้อาวุโส ช่วยเหลือเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน เมื่อพิจารณารายชื่อคำถามของการวิจัยครั้งนี้ ที่ถามถึงเรื่องการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการทำงานของบุคลากรในหอผู้ป่วย การทำงานร่วมกันของทีมพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลที่ทำงานด้วย พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลในระดับมากคือ 3.53, 3.53 และ 3.55 สอดคล้องกับเพ็ญผกา พุ่มพวง (2547) ที่ศึกษาระดับวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์พมิดิต้านมุง ไมตรีสัมพันธ์ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหาในงาน บรรยากาศการทำงานอบอุ่นเหมือนบ้านที่มีความเข้าใจซึ่งกันและกันอยู่ในระดับสูง และพบว่าสมรรถนะเชิงวิชาชีพด้านคุณธรรมจริยธรรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเนื่องจากทีมการพยาบาลไทยปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ยึดคุณธรรมจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่องาน ซื่อสัตย์ต่อตนเอง และผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ (วรรณวิไล จันทรภา 2545) มีการศึกษาหลายแห่งที่ระบุว่าทีมการพยาบาลไทยมีการประสานร่วมมือกันอย่างดี มีการทำงานเป็นทีม พยาบาลได้รับการยอมรับ มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนพยาบาล เพื่อนร่วมงานในระดับของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาลหรือแม้แต่พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเอื้ออาทร สมาชิกทีมต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีการติดต่อสื่อสารประสานงานที่ดี มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจนส่งผลให้งานประสบความสำเร็จในระดับสูง มีการประสานร่วมมือกันเป็นอย่างดี มีความเป็นมิตร เต็มใจช่วยเหลือเกื้อกูลร่วมมือกัน ยินดีให้ความช่วยเหลือโดยไม่ต้องร้องขอ การได้รับความร่วมมือและช่วยเหลือจากเพื่อน มีความเข้าใจเอื้ออาทร มีความสัมพันธ์ด้านงานและส่วนตัวอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจด้านปฏิสัมพันธ์สูง (สมสมัย สุธีรสานต์ 2544; อิศริย์ เหลืองวิไล 2545; ปัทมาภรณ์ สรรพรชัยพงษ์ 2545; ศุภรศรี เศษเกษม 2545; บุญเรือน ชุ่มแจ่ม 2545; มณี ภาณุวัฒนสุข 2546) เบรนและคณะ (Branin et.al., 1997) ระบุว่าการทำงานร่วม

กลุ่มกัน โดยช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นอย่างดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในงาน สังคม  
 ผู้ร่วมงาน (work social contact) หมายถึงการติดต่อไม่ว่าจะเป็นปฏิกิริยา หรือกิจกรรมการทำงาน  
 ร่วมกัน ซึ่งเป็นไปในทางราบรื่น สนับสนุนมีความเข้าใจอันดีต่อกัน มีความจริงใจ ให้เกียรติ เคารพ  
 ซึ่งกันและกัน รวมถึงความสามารถในการทำงานร่วมกันสัมพันธ์ภาพเชิงช่วยเหลือไว้วางใจ (Watson  
 1985) เป็นสิ่งสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีการทำงาน  
 ร่วมกันเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถแตกต่างกันมาทำงานร่วมกันเป็นทีม  
 มาปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างกัน เพราะในการปฏิบัติการพยาบาลจะสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของเพื่อน  
 ร่วมงานทั้งเวร เช้า เหว่ยบ่าย เหว่คึก สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญมีความจำเป็นและ  
 เป็นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุขทำให้มีแรงจูงใจในการทำงาน เกิด  
 ความรู้สึกรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของงาน เห็นคุณค่าและความสำคัญของงานร่วมกันทำงานจนสำเร็จ

ส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่  
 แนนซี และคณะ (Nancy et.al., 2004) ศึกษาเปรียบเทียบโรงพยาบาล Magnet กับ Non-Magnet ที่  
 เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงขนาดเดียวกันในหอผู้ป่วยไอซียู กึ่งวิกฤติ อายุรกรรมและศัลยกรรม  
 โดยโรงพยาบาล Magnet มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่าโรงพยาบาล Non-Magnet ร้อยละ 8.5  
 แต่พบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล Magnet มีความพึงพอใจในงานสูงกว่าโรงพยาบาล  
 Non-Magnet โดยเฉพาะในเรื่องของการมีอิสระในการตัดสินใจ และโอกาสความก้าวหน้าในวิชาชีพ  
 อาจเป็นไปได้ว่าการมีร้อยละพยาบาลวิชาชีพในสัดส่วนที่แตกต่างกันนี้ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะ  
 สามารถเพิ่มความพึงพอใจในงานได้ พยาบาลของโรงพยาบาล Magnet แม้จะมีสัดส่วนพยาบาล  
 วิชาชีพน้อยกว่าแต่มีปัจจัยด้านการมีอิสระในการตัดสินใจ และโอกาสความก้าวหน้าในวิชาชีพทำ  
 ให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานมากกว่า

### 2.2.5 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับอัตราการเกิดแผลกดทับมี

ความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.64, p < 0.01$ )

จากการศึกษาพบค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของหอ  
 ผู้ป่วยทั้งหมดเท่ากับ 56.85 เมื่อพิจารณารายแผนกพบค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อ  
 สัปดาห์ของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกเท่ากับ 57.78, 56.5 และ 55 ด้าน  
 อัตราการเกิดแผลกดทับพบอัตราการเกิดแผลกดทับในภาพรวมเท่ากับ 10 อัตราการเกิดแผลกดทับ  
 แยกรายแผนก ดังนี้ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกมีอัตราการเกิดแผลกดทับ  
 เท่ากับ 12.89, 8.50 และ 5.33 ด้านการปฏิบัติงานล่วงเวลา มีพยาบาลปฏิบัติงานล่วงเวลา 243 คน  
 จาก 289 คน คิดเป็นร้อยละ 84.10 และจำนวนเวรที่ปฏิบัติงานล่วงเวลาเฉลี่ยต่อคนต่อเดือน

เท่ากับ 9.24 เวก (9.24 x 8 = 74 ชม./เดือน) และในจำนวนผู้ที่ปฏิบัติงานล่วงเวลาทั้งหมด มีผู้ต้อง  
ปฏิบัติงานติดต่อกัน 12 ชั่วโมง, 16 ชั่วโมง และ > 16 ชั่วโมง ร้อยละ 40 , 65 และ 22 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับ  
อัตราการเกิดแผลกดทับ ในทิศทางบวกระดับปานกลาง มีความสอดคล้องกับงานวิจัยหลายแห่ง ได้แก่  
เรทโรบินสัน และทอคค์ (Reid, Robinson และ Todd, 1989 อ้างในวาริ ชะลอธรรม 2544) ที่ทำการ  
ศึกษาคุณภาพการพยาบาล ในหอผู้ป่วยที่มีการจัดตารางเวรแบบ 8 และ 12 ชั่วโมง/วัน ในหอผู้ป่วย  
จำนวน 10 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2 แห่งของรัฐไอร์แลนด์เหนือ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพการ  
พยาบาลของการจัดตารางเวรแบบ 12 ชั่วโมง/วัน ต่ำกว่าการจัดตารางเวรแบบ 8 ชั่วโมง/วัน เชพเพท  
เคนเนดี และแมคกี (Sheppard, Kennedy and Mackey, 2006) ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแล  
ผิวหนังที่ถูกต้องพบว่ามีความสัมพันธ์ในด้านลบต่ออัตราการเกิดแผลกดทับ และได้ให้ข้อเสนอแนะ  
แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของไว้ว่า สิ่งสำคัญที่จะป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้อย่าง  
มีประสิทธิภาพคือการระแวดระวังการเกิดแผลกดทับของพยาบาล และการเพิ่มความตั้งใจในขณะ  
ปฏิบัติงานการพยาบาลจะช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับได้เป็นอย่างดี จากตารางที่ 4.9 แสดงให้เห็น  
ว่าพยาบาลร้อยละ 84.10 ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องปฏิบัติงานล่วงเวลา โดยมีชั่วโมง  
การทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์เท่ากับ 57 ชั่วโมง/สัปดาห์ ซึ่งตามปกติบุคคลมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อ  
สัปดาห์เท่ากับ 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ และตารางที่ 4.11 แสดงถึงพยาบาลในกลุ่มที่ปฏิบัติงานล่วงเวลา  
มีชั่วโมงทำงานที่ติดต่อกัน ดังนี้ การปฏิบัติงานติดต่อกัน 12 ชั่วโมงร้อยละ 39.50 การปฏิบัติงาน  
ติดต่อกัน 16 ชั่วโมงร้อยละ 64.20 และการปฏิบัติงานติดต่อกันมากกว่า 16 ชั่วโมงร้อยละ 22.20  
ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน ล็อกคีย์ และคณะ (Lockley et al., 2007)  
พบว่าพยาบาลที่ทำงานมากกว่า 12.50 ชั่วโมงเพิ่มความเสี่ยงและลดความระมัดระวังในงาน อาจเกิด  
อุบัติเหตุในงาน ให้ยาผิดพลาด ถ้าเปรียบเทียบกับการทำงาน 16 ชั่วโมงของแพทย์ฝึกหัด/เวรพบว่ามีความ  
ตั้งใจในการทำงานล้มเหลว และเมื่อต้องทำงานกลางคืนพบโอกาสให้ยาผิดพลาดถึงร้อยละ 36 โดย  
ระบุว่าสาเหตุสำคัญที่สุดของการให้ยาผิดพลาด มาจากความเหนื่อยล้าในการทำงาน เช่นเดียวกับ  
การศึกษาในครั้งนี้ที่พยาบาลต้องทำงานต่อเวร 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 39.50) 16 ชั่วโมง (ร้อยละ 64.20)  
มากกว่า 16 ชั่วโมง (ร้อยละ 22.20) จึงเป็นไปได้ว่าพยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าในงาน และในการดูแล  
ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ต้องการการพยาบาลที่ละเอียดรอบคอบ ใส่ใจและมีเวลาให้อย่าง  
เพียงพอ เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงรอบด้านเพื่อวางแผนป้องกันการเกิดแผล  
กดทับ เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจะต้องดำเนินการป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับให้ครบทุกด้าน  
ได้แก่ การดูแลทั่วไปคือดูแลในเรื่องการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อร่วมมือในการป้องกัน การ  
ประเมินผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกวัน หรือทุกครั้งที่พลิกตัว การดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด การ

กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว การเคลื่อนย้ายให้ถูกวิธี การดูแลด้านอาหารให้ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอ การดูแลเรื่องยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับที่อาจเพิ่มโอกาสเกิดแผลกดทับ การดูแลผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ต่างๆให้เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่าย แม้กระทั่งการสอนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถร่วมดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง (ยุวดี เกตุสัมพันธ์ และคณะ 2546) สิ่งเหล่านี้ล้วนต้องใช้พยาบาลที่มีความพร้อม มีความตื่นตัวในการทำงาน การรู้ใจ และคอนคอน (Caruso and Condon, 2004) ระบุว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างช่วงช่วงของการทำงานของพยาบาล การทำโอที จำนวนชั่วโมงการทำงาน กับภาระงานความผิดพลาด และพบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่อต้องทำโอทีหลังจากทำงานผ่านไป 12 ชั่วโมง การทำโอทีมีผลทำให้ความเมื่อยล้าในการทำงานน้อยลง ความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง (Hodge, 2002) ความรับผิดชอบต่อความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าของพยาบาลแต่ละบุคคล ถือเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลที่ต้องคำนึงถึง และพักผ่อนก่อนมาทำงาน ต้องวางแผนขณะทำงานอย่างมั่นใจ หยุดพักในขณะทำงานอย่างเหมาะสม พยาบาลควรได้มีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการทำงาน ชั่วโมงทั้งหมดของตนเองกับทีมบริหารการพยาบาล และเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลที่จะทราบว่าตนเองควรทำงานที่มีชั่วโมงการทำงานนานขึ้นได้ระดับไหน สามารถวางแผนการทำงานของตนเองที่จะมั่นใจได้ว่าทำงานได้อย่างมีคุณภาพ และผู้ป่วยปลอดภัย แต่ในสถานการณ์จริง พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติเช่นนี้ได้ เนื่องจากพยาบาลถูกภาวะจำยอมที่ต้องปฏิบัติงานต่างๆที่ต้องการหยุดพักแต่ไม่มีอัตราค่าจ้าง พยาบาลพอในการดูแลผู้ป่วย การต้องอดทนขึ้นปฏิบัติงานโอที และต่อเวรอย่างต่อเนื่อง นอกจากจะส่งผลให้พยาบาลเหนื่อยล้า ลดประสิทธิภาพในการทำงาน เพิ่มโอกาสเกิดความผิดพลาดในงานและทำให้พยาบาลเกิดความไม่มีพึงพอใจในงาน ตามมา ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ในขณะที่แผลกดทับยังเป็นปัญหาเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเองซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องมาโดยตลอดและต้องการการดูแลเพื่อการป้องกันการเกิดอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากถ้ายอมให้แผลกดทับเกิดขึ้นแล้วจะมีการรักษาใช้ค่าใช้จ่ายสูง นลินทิพย์ ตำนานทอง และวีระชัย โคว์สุวรรณ (2540) พบค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับของโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยจำนวน 30 คน เป็นระยะเวลา 2 ปี 3 เดือน มีต้นทุนในการรักษา 1,167,926.46 บาท เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และภาระงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป การป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรพิจารณาจัดตารางการทำงานให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงปัจจัยสำคัญได้แก่ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร

### 2.2.6 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลมี

ความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.48, p < 0.05$ )

จากการศึกษาพบค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของ

หอยผู้ป่วยทั้งหมดเท่ากับ 57 ชั่วโมง/สัปดาห์ เมื่อพิจารณารายแผนก พบค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูกเท่ากับ 57.78, 56.50 และ 55 ด้านค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคือ 3.04 ในรายแผนก ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาล แสดงได้ดังนี้ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก เท่ากับ 3.07, 2.98 และ 3.09 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อคำถามที่ถามถึง จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงที่ทำงานติดต่อกันในแต่ละวัน จำนวนเวรที่ต้องปฏิบัติงานล่วงเวลาต่อเดือน พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง คือ 3.06, 3.05 และ 2.90 และเมื่อถามถึงความสมดุลระหว่างการทำงานกับชีวิตครอบครัวพบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ คือ 2.46

จากการศึกษาชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าตามที่คณะกรรมการพลเรือนได้กำหนดเกณฑ์เวลามาตรฐาน (Standard Time) ให้นุคลากรทางพยาบาลปฏิบัติไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน หรือไม่เกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (รัชนี ศุภจินทรรัตน์ 2546 และทัศนยา บุญทอง 2547) รวมทั้งพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานของประเทศไทยปี 2540 กำหนดให้บุคคลทำงาน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เช่นกัน แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเฉลี่ยต่อสัปดาห์เท่ากับ 57 คือสูงกว่าเกณฑ์ปกติของบุคคลทั่วไป โดยมีหอยผู้ป่วยจำนวน 3 แห่ง มีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์อยู่ในช่วง 40- 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หอยผู้ป่วยจำนวน 11 แห่ง มีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์อยู่ในช่วง 50- 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีหอยผู้ป่วยจำนวน 5 แห่ง มีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์อยู่ในช่วง 60-70 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีหอยผู้ป่วยจำนวน 1 แห่ง มีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์มากกว่า 70 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สถานการณ์การปฏิบัติงานล่วงเวลาเช่นนี้ปฏิบัติมานานเป็นเวลา 3-4 ปี นับตั้งแต่เริ่มมีความขาดแคลนพยาบาลรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ลักษณะงานพยาบาลเป็นงานมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การทำงานติดต่อกันนานเกินไป คือปฏิบัติงานตั้งแต่เวรเช้าจนถึงเวรบ่าย หรือปฏิบัติงานในเวรบ่ายต่อเวรดึก เพื่อให้มีพยาบาลพอในการดูแลผู้ป่วยดังตารางที่ 4.9 และ 4.11 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลร้อยละ 84.10 ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องปฏิบัติงานล่วงเวลา ในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานล่วงเวลา มีการปฏิบัติงานติดต่อกัน 12 ชั่วโมงร้อยละ 39.50 การปฏิบัติงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมงร้อยละ 64.20 และการปฏิบัติงานติดต่อกัน มากกว่า 16 ชั่วโมงร้อยละ 22.20 ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในงานของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง 3.04 เมื่อพิจารณารายข้อคำถามที่ถามถึง จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงที่ทำงานติดต่อกันในแต่ละวัน จำนวนเวรที่ต้องปฏิบัติงานล่วงเวลาต่อเดือน พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง คือ 3.06,



3.05 และ 2.90 เมื่อถามถึงความสมดุลระหว่างการทำงานกับชีวิตครอบครัว พบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ คือ 2.46 เนื่องจากพยาบาลที่ทำการสำรวจทั้งหมด 289 ราย มีอายุระหว่าง 25- 30 ปี มากที่สุดร้อยละ 42.2 มีสถานภาพโสดใกล้เคียงกันกับสถานภาพคู่ คือร้อยละ 48.10 และ 47.0 จำนวนพยาบาลที่มีบุตรในความดูแล 149 คน (ร้อยละ 61.31) พยาบาลสมรสแล้วและมีบุตร ย่อมต้องการเวลาในการดูแลครอบครัวและบุตร การต้องใช้เวลาที่ควรจะได้ดูแลครอบครัว มาขึ้น ปฏิบัติงานล่วงเวลา ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน ดังเช่น การศึกษาของสมสมัย สุธีรสานต์ (2544) ที่พบว่าพยาบาลโสดมีความพึงพอใจในงานมากกว่าพยาบาลที่สมรสแล้ว ลักษณะงานของพยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงจึงต้องเข้าเวรเป็นผลัด ผลัดละ 8 ชั่วโมงคือผลัดเช้า ผลัดบ่ายและผลัดดึก การทำงานเป็นผลัด มีผลบั่นทอนสุขภาพของพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พัทสนนท์ คຸ້ມທົຽພຣ ແລະ ສຸຂຽນາ ພູລໂກຄຸສ (2001) พบว่าพยาบาลจากกระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจกับการปฏิบัติงานในเวรเช้า เนื่องจากเวรเช้าจะมีภาระงานมากกว่าในเวรอื่นๆ ไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานในเวรบ่ายเนื่องจากปริมาณงานมาก ไม่มีเวลาให้ครอบครัว ลดโอกาสสังสรรค์กับเพื่อนฝูง รวมทั้งทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยอ่อนเพลีย และเครียด และไม่พอใจการปฏิบัติงานในผลัดดึกเนื่องจากทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย การที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานนานกว่า 12 ชั่วโมงจะเพิ่มโอกาสของความเหนื่อยล้า ตัดสินใจและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Guba and Haward, 2002 อ้างใน วิณา จิระแพทย์ 2549) ซึ่งด้านสาเหตุของความเหนื่อยล้าเกิดจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือทำงานตลอดคืน ทำงานติดต่อกันตลอด ตั้งแต่เช้าจนถึงกลางดึก ทำงานช่วงเวลากลางคืนติดต่อกันหลายวัน เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบในครั้งนี้ คือพยาบาลมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 57 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ พยาบาลจึงได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดเวลาส่วนตัวและเวลาในการดูแลสุขภาพ ขาดเวลาผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความสมดุลระหว่างชีวิตครอบครัวกับการทำงานเป็นสิ่งที่ผู้บริหารควรคำนึงถึง มีงานวิจัยหลายแห่งเห็นสอดคล้องกันว่าพยาบาลไม่พึงพอใจในงานเมื่อขาดความสมดุลระหว่างชีวิตครอบครัวกับการทำงาน พยาบาลต้องการโอกาสที่จะทำงานแบบเวรเดี๋ยวด่วน ตารางการทำงานที่ยืดหยุ่น จำนวนวันหยุดสุดสัปดาห์ที่เพิ่มขึ้น การสามารถลางานได้เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย การได้รับสิทธิการลาตลอดอย่างครบถ้วน และมีสถานรับเลี้ยงบุตรในสถานที่ทำงาน โอกาสที่จะได้พบปะเพื่อนฝูง หลังเวลาเลิกงาน ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน และลดการคงอยู่ในวิชาชีพ ได้แก่ ความเครียดจากการต้องปรับสมดุลของชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว ความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและงานเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ การทำงานเป็นเพียงปัจจัยในการดำรงชีวิตของมนุษย์ มนุษย์ทุกคนย่อมต้องการเวลาส่วนตัว ที่ไม่ต้องการให้สิ่งใดมารบกวนนอกจากเวลางานแล้วทุกคนต้องการเวลาพัก แต่เนื่องจากลักษณะของงานพยาบาลเป็นผลัดต้องหมุนเวียน 24 ชั่วโมงและหาก

ต้องใช้เวลาทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงในแต่ละวัน ทำงานในช่วงเวลาที่คนอื่นพัก ได้หยุดไม่ตรงกับคนอื่น ๆ วันหยุดที่ควรจะได้หยุดกลับต้องมาขึ้นปฏิบัติงานล่วงเวลาทำให้เกิดความลำบาก และพลาดโอกาสในกิจกรรมที่ต้องทำ อาจมีผลทำให้คับข้องใจ ไม่พอใจในงาน (McCloskey, 1974; Cangelosi, Markham and Bounds, 1998; Majd, Tawfeeq and Mrayan, 2005; สุรีย์พร กุมภาคม 2542; อมรรัตน์ สว่างอารมณ์ 2549; ลออ อิริยกุลนิมิต 2546)) การที่โรงพยาบาลขยายเวลาทำงานเพิ่มขึ้นจากชั่วโมงทำงานปกติ ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าคุณบังคับ ขาดความตั้งใจทำงาน และมีโอกาสทำผิดพลาดมากขึ้น (Bunpicha Chipakdee, 2005) ชิเวอร์ค และคณะ (Sheward et. al., 2005) ทำการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า พยาบาลที่ต้องทำงานล่วงเวลาติดต่อกันหลาย ๆ วันหรือทำงานโดยปราศจากการสนับสนุนที่เพียงพอ มีแนวโน้มที่จะขาดงานสูง มีสุขภาพทรุดโทรมลง และจะไม่พึงพอใจต่องานที่ทำอยู่ การศึกษาของคองโลส (Congelosi et.al., 1998 อ้างใน ลออ อิริยกุลนิมิต 2546) ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่และการลาออกของพยาบาลวิชาชีพในสหรัฐอเมริกาพบว่าพยาบาลที่ทำเงินได้มาก ไม่ได้มีความพึงพอใจในงานมากกว่าพยาบาลที่ทำเงินได้น้อย งานที่เครียด ชั่วโมงการทำงานที่ไม่ต้องการ ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน เมื่อได้รับค่าตอบแทนถึงระดับหนึ่ง แต่ไม่มีความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและงาน บุคคลจะมีความสุขและต้องการพักผ่อน การจัดการที่เอื้อต่อการปฏิบัติที่ช่วยให้ชีวิตส่วนตัวและงานไปด้วยกันได้จะทำให้บุคลากรมีความสุขในการทำงานและชีวิตส่วนตัว จะช่วยเสริมแรงจูงใจในการทำงานและคงอยู่ในงานพยาบาลต่อไป ด้านชั่วโมงการทำงานที่มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ไชมอน สก๊อต และซิมเบท (Simoens, Scott, Sibbald, 2002) พบว่าแพทย์ที่ทำงานน้อยกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีความพึงพอใจในงานสูงและมีความเครียดในระดับต่ำ โกบอล และคณะ (Gopal et.al., 2005) ศึกษาเรื่องความเหนื่อยหน่ายต่องานของแพทย์ฝึกหัดที่มีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานที่ต่างกันโดยแพทย์ฝึกหัดกลุ่มแรกมีค่าเฉลี่ย ชั่วโมงการทำงานเท่ากับ 74.60 ชั่วโมง/สัปดาห์ และกลุ่มที่สองมีค่าเฉลี่ย ชั่วโมงการทำงาน 67.10 ชั่วโมง/สัปดาห์ ผลการศึกษาเปรียบเทียบของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 พบว่าแพทย์รู้สึกเหนื่อยลดลงจากร้อยละ 42 เป็นร้อยละ 29 ( $p = 0.03$ ) แพทย์รู้สึกไม่เป็นส่วนตัวลดลง จาก ร้อยละ 61 เป็นร้อยละ 55 ( $p = 0.13$ ) แพทย์รู้สึกมีส่วนร่วมของการชิมแสร้าลดลงจากร้อยละ 51 เป็นร้อยละ 41 ( $P = .11$ ) และการศึกษาของเคลลี และคณะ (Kelly, 1991) พบว่าเมื่อควบคุมจำนวนชั่วโมงการทำงานของแพทย์ฝึกหัดไม่ให้เกิน 80 ชั่วโมง/สัปดาห์ทำให้คุณภาพชีวิตแพทย์ฝึกหัดดีขึ้น คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักมากที่สุดในการพยากรณ์ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา หากผู้ปฏิบัติงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำงานอย่างมีความสุข ย่อมทำให้มีแรงจูงใจในการทำงานย่อมทำให้ผลผลิตของงานมีคุณภาพ (ดวงดาว วีระนะ 2546) และถ้าพยาบาลมีความพึงพอใจในงานจะมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ที่ต้องการทำงานให้สำเร็จ พร้อมเผชิญ

ปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาให้ลุล่วง อันทำให้เกิดความสำเร็จและประสิทธิผลของงาน (พัชมนันต์ 2546) การให้พยาบาลทำงานมีชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม ไม่มากเกินไปย่อมทำให้พยาบาลสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ยังคงมีความสุขในการทำงาน มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ส่งผลต่อคุณภาพของงานที่พึงประสงค์

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า

3.1.1 **ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ** ทางลบในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลทางบวกในระดับปานกลาง แผลกดทับเป็นดัชนีวัดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลโดยตรง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความสูญเสียทุกด้านได้แก่ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพิ่มระยะเวลาอนินในโรงพยาบาล ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก จึงมีความพยายามพัฒนากระบวนการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับมาโดยตลอด ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดสรรอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องคำนึงถึง เนื่องจากอัตราค่าจ้างที่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ ส่วนความพึงพอใจในงานเป็นปัจจัยด้านกระบวนการที่สำคัญที่สุดต่อคุณภาพการพยาบาล พยาบาลที่มีความพึงพอใจในงานจะมีแรงจูงใจในการทำงาน ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจ เต็มกำลังความสามารถ รวมทั้งคงอยู่ในวิชาชีพ และมีความยึดมั่นผูกพันกับองค์กร ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน และสนองความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การมีชั่วโมงการพยาบาลที่จัดให้เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่น้อยแสดงถึงอัตราส่วนระหว่างจำนวนพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ทำให้พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ผลที่ตามมาคือ พยาบาลรู้สึกเบื่อหน่าย เกรียด ไม่พึงพอใจในงาน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยจะต้องไม่ละเลยที่จะคำนึงถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตพยาบาลควบคู่กันไปโดยการจัดอัตราค่าจ้างให้เหมาะสม ไม่ให้พยาบาลต้องแบกรับภาระการทำงานที่หนักเกินกำลังอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจได้ว่าผู้ให้บริการจะได้รับคุณภาพชีวิตที่เพียงพอ ในอันที่จะดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

3.1.2 **ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดแผลกดทับ** ทางบวกในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลในทิศทางลบในระดับปานกลาง ผลการศึกษานับสนุนว่าชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ มีผลกระทบ

โดยตรงต่อคุณภาพการพยาบาลในทางตรงคือพยาบาลที่มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์มากเกินไป จะเกิดความเหนื่อยล้า ความพึงพอใจในงานต่ำ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านแผลกดทับในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การเพิ่มชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน โดยใช้พยาบาลชุดเดิมเวียนขึ้นปฏิบัติงานล่วงเวลาเพื่อให้มีชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันที่เพียงพอ อาจจะไม่ใช่วิธีแก้ปัญหาที่ถูกต้องเสมอไป การเพิ่มชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันแก่ผู้ป่วย จำเป็นต้องปรับให้มีความสมดุลระหว่าง ชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันที่จัดเพิ่มขึ้นกับชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ที่พอเหมาะ ให้พยาบาลมีความสมดุลของชีวิตการทำงานและครอบครัวไปพร้อมๆกัน จึงจะเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

#### 3.2.1 จากการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวัน

กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล แสดงให้เห็นว่าประเด็น แนวโน้มการบริหารอัตรากำลัง เพื่อกำหนดอัตรากำลังที่ควรจะมีต่อเวรต่อวันในแต่ละหอผู้ป่วย ที่จะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วย ไม่ละเลยที่จะคำนึงถึงขวัญกำลังใจของพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจได้ว่าผู้ให้บริการจะได้รับคุณภาพชีวิตที่เพียงพอ และผู้รับบริการปลอดภัย จึงควรทำการวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการปรับค่าชั่วโมงความต้องการการพยาบาล โดยการใช้ตารางการทำงานที่ยืดหยุ่น ตามความผันแปรของปริมาณงานการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลทางสารสนเทศ ทางด้านอัตรากำลังที่มีอยู่ มาใช้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และสามารถปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมตามสถานการณ์ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และลดลงอย่างทันเวลาในแต่ละวันแต่ละเวร

#### 3.2.2 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ ต่อบุคลากร

ทางการพยาบาลทั้งหมดกับอัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล สิ่งที่ควรสนใจศึกษาเพิ่มเติมคือศึกษาเวลาที่พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาล โดยตรงแก่ผู้ป่วยใน สถานการณ์ปัจจุบันที่มีการพัฒนามาตรฐาน คุณภาพของงานแต่พบว่ามีการประสานงานด้านการเข้าร่วม ประชุมเพื่อพัฒนางาน และทำงานด้านเอกสารเพิ่มขึ้น ทำให้พยาบาลวิชาชีพลดเวลาบางส่วนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสามารถบริหารอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมตามสถานการณ์จริง

#### 3.2.3 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง

กับอัตราการเกิดแผลกดทับ และทางลบระดับปานกลางกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล จึงควรทำการศึกษาถึงจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ที่เหมาะสม สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานเบื้องต้นในการควบคุมดูแล ให้เกิดสมดุลระหว่างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตที่เพียงพอของบุคลากรทางการพยาบาล

## บรรณานุกรม

### บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา (2550) การใช้SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล พิมพ์ครั้งที่ 10  
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กฤษฎา แสงวงดี (2545) แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล กรุงเทพมหานคร  
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- \_\_\_\_\_ (2549) "Nursing Shortage: The Global Issues" เอกสารประกอบการบรรยาย
- \_\_\_\_\_ (2549) "สถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยปัจจุบัน" เอกสาร  
ประกอบการประชุมการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 13 ณ ห้องประชุมกองทัพเรือ
- กฤษฎา แสงวงดี และคณะ (2542) มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่1)  
กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- กฤษฎา แสงวงดี นฤมล ตริเพชรศรีอุไร และอมรรัตน์ อนุวัฒน์นทเขตต์ (2544) แนวทางการเก็บ  
รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.
- กฤษฎา แสงวงดี จีรพร สกิริอังกูร, สวิกา นิตยาง, เรวดี ศิรินนคร และมนทกานต์ ตระกูลศิษย์  
(2542) มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่1) กรุงเทพมหานคร  
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- ขนิษฐา นันทบุตร (2549) "แนวทางการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลที่ยั่งยืน" เอกสารประกอบ  
การบรรยาย
- จิราพร สาลี (2546) "การศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลตามความต้องการ  
ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด: กรณีศึกษาสถาบันสุขภาพเด็ก  
แห่งชาติมหาราชินี" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
บริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จำเริญลักษณ์ เกิดสุวรรณ (2523) "การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลระหว่างการจัดการ  
การปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมงและ 10 ชั่วโมงต่อหนึ่งวัน" วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร  
มหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษามหาบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จันทิมา จรัสทอง (2543) "รายงานการวิจัย การสำรวจความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ  
งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร" วารสาร  
พยาบาลศาสตร์ 18(1): 38-47

- จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2550) “การใช้แนวคิด Evidence – Based Practice ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามรูปแบบเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล” เอกสารประกอบการบรรยาย
- ชุติมา ปัญญาพินิจกุล และคณะ (2544) “การปฏิรูประบบบริการพยาบาลไทย” วารสารพยาบาล  
 ชวนพิศ วงศ์สามัญญและคณะ (2545) “การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (โครงการย่อยที่ 1 ของโครงการหลักHE450730)” คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ชวลี เข้มวงษ์และคณะ (2544) “การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ: รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ” วารสารสภาการพยาบาล 20,1 (มกราคม-มีนาคม 2548) :1-3
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา (2547) การบริหารอัตรากำลัง กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ พี.เอ.ลีฟวิ่ง
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และคณะ (2547) การบริหารอัตรากำลัง: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ พี.เอ.ลีฟวิ่ง
- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ (2549) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ในระบบบริการพยาบาล ใน ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพ ระบบบริการพยาบาล  
 หน่วยที่ 7 หน้า 56 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- \_\_\_\_\_ (2549) “การบริหารอัตรากำลังในระบบบริการพยาบาล” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 7 หน้า 14 นนทบุรี  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ดวงดาว วีระนะ (2546) “ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างกลุ่มการพยาบาลภาวะผู้นำของหอผู้ป่วย  
 คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ กับคุณภาพของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล  
 วิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคกลาง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร  
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ดวงใจ สุริยะ (2546) “ความพึงพอใจในงานของพยาบาล กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการ  
 พยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตากสิน” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- คุณฎิ โยเหลา, อภิญญา โพธิ์ศรีทอง และ ปริญญา ณ วันจันทร์ (2538) “ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ  
 ระหว่าง ลักษณะทางพุทธศาสนาลักษณะทางจิตและผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ของ  
 ครูและพยาบาล”
- ทัศนา บุญทอง (2542) “ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทย  
 ที่พึงประสงค์ในอนาคต” กรุงเทพมหานคร ศิริยอดการพิมพ์

- ทัศนาศา บุญทอง และคณะ (2547) “ความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยปี 2549-2558” นนทบุรี จุฬาทอง
- ธานีรินทร์ ศิลป์จารุ (2548) การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร วิ.อินเตอร์พรีนซ์
- นวลพรรณ เอี่ยมตระกูล (2550) “คุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการพยาบาลเลิศสิน” เอกสารประกอบการประชุมการประชุมแห่งชาติ ครั้งที่ 13 ณ ห้องประชุมกองทัพเรือ ถนนอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) การบริหารการพยาบาล กรุงเทพมหานคร ประชุมช่าง
- นิตยา สว่างษ์ (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ การแลกเปลี่ยนระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นริศรา จีนอยู่ (2548) “ผลของโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรมและความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นลินทิพย์ ตำนานทองและวิระชัย โคว์สุวรรณ (2540) “The Cost of Treating Pressure Ulcer” *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2540 12(2): 74-82
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2547) *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* กรุงเทพมหานคร ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย
- \_\_\_\_\_. (2550) *ภาวะผู้นำแลกเปลี่ยนการจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21* กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- บุญเรือน ชุ่มแจ่ม (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างบริบทในการทำงานกับการเสริมสร้างพลังอำนาจทางจิตใจของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปัทมาภรณ์ สรรพรชัยพงษ์ (2545) “ความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนภาคกลาง” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



- เปรมฤดี ปองมงคล และยุพิน อังสุโรจน์ (2548) “ปัจจัยส่วนบุคคล ความผูกพันในวิชาชีพ การมีแหล่งประโยชน์ทางสังคม กับความสำเร็จในวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ” วารสารพยาบาลศาสตร์ กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 17, 1 (มกราคม-เมษายน 2548): 46-67
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ (2550) “สุขภาพประชาชนกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ” ฉบับที่ 10 เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 13 ณ ห้องประชุมกองทัพเรือ ถนนอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2544) จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล กรุงเทพมหานคร พิมพ์ดี ประพัฒน์ วัฒนกิจ (2541) การบริหารการพยาบาล ระดับหัวหน้างาน หัวหน้าหอผู้ป่วย กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- ปรียาภรณ์ ปัญฉวนิช (2545) “ความพึงพอใจในงานของพยาบาลกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ปองฤทัย พุ่มระย้า (2546) “ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานพ.ศ. 2541 Retrieved December 10, 2007, From <http://hrm.siamhrm.com/>
- พิมลพรรณ ทิพาคำ (2543) “ความเครียดในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรโรงพยาบาลชุมชนเขต 10” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พูลสุข หิงคานนท์ (2549) “ทฤษฎีเกี่ยวกับการบริหารระบบบริการพยาบาล” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 3 หน้า 7 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- \_\_\_\_\_ (2549) “ทฤษฎีและแนวคิดภาวะผู้นำ” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 3 หน้า 47 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- \_\_\_\_\_ (2549) ทฤษฎีและแนวคิดด้านการบริหารเชิงพฤติกรรมศาสตร์” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 3 หน้า 32 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- พรทิพย์ มาลาธรรม และ ประคอง อินทรสมบัติ (2549) “การประเมินคุณภาพการพยาบาล:  
ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์” *รามาริบัติพยาบาลสาร* 12, 1 (มกราคม- เมษายน 2549): 25-34
- พิศมณท์ คุ่มทวีพรและ สุชญา พูลโกศล (2545) “ปัจจัยส่งเสริมและบั่นทอนความพอใจกับการ  
ปฏิบัติงานผลัดเข้าผลัดบ่ายผลัดคึกของพยาบาล” *วารสารพยาบาล นครปฐม* สถาบัน  
พัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 50, 2(เมษายน- มิถุนายน 2545):  
25-30
- พัชมน อินโต (2546) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในงาน ระดับใน  
การสร้างนวัตกรรมองค์การกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ”  
เขตกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
บริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2544) *ก้าวใหม่สู่บทบาทในการบริหารการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร  
เพ็ญผกา พุ่มพวง (2547) “ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะเชิงวิชาชีพ วัฒนธรรมองค์การลักษณะ  
สร้างสรรค์ คุณภาพชีวิตการทำงาน กับความยึดมั่นผูกพันในองค์การ ของพยาบาล  
ประจำการ โรงพยาบาลศูนย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มาริษา สมบัติบุรณ์ (2546) “แนวคิดการบริหารอัตรากำลังในหน่วยบริการพยาบาลฝ่ายการ  
พยาบาล โรงพยาบาลศิริราช” กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์พี.เอ.ลีฟวิ่ง
- มาลี งามประเสริฐ (2545) “ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
มหาวิทยาลัยมหิดล
- มณี ภาณุวัฒนสุข (2546) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงาน ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมของ  
หัวหน้าหอผู้ป่วย การสนับสนุนจากองค์การกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล  
ประจำการ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์” กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย
- ยูภา สุนทรกิจ (2549) “การประชุมเชิงปฏิบัติการ Pressure Ulcer.”  
<http://gotoknow.org/blog/pressureulcer/85038> สืบค้น 11/12/2550
- ยุวดี เกิดสัมพันธ์และคณะ (2546) *การดูแลแผลกดทับรอบด้าน* กรุงเทพมหานคร ชมรมผู้ดูแลแผล  
แห่งประเทศไทย

- ยูดี เกตสัมพันธ์ จุฬาร ประสงค์ และ นิรวรรณ นันทสุขเกษม (2550) "Clinical Tracer: Pressure Ulcer" เอกสารประกอบการประชุมการประชุมแห่งชาติ ครั้งที่ 13 ณ ห้องประชุมกองทัพเรือ ถนนอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
- รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์ (2544) "ดัชนีบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล" วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 19, 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2544): 8-17
- \_\_\_\_\_. (2546) การบริหารงานบุคคลทางการพยาบาล: ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร บุญศิริการพิมพ์
- \_\_\_\_\_. (2549) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน้า 6-28 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์และคณะ (2547) "ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลกับการเกิดแผลกดทับ" วารสารพยาบาลศาสตร์ 24, 71 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2549): 58-70
- \_\_\_\_\_. (2549) "การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลศัลยกรรม เขตกรุงเทพมหานครดัชนีบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล" กรุงเทพมหานคร บุญศิริการพิมพ์
- รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์, ณิชสุรางค์ บุญจันทร์ และปราศรัย อูจะรัตน์ (2547) "ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพและชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อวันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทย" วารสารสภาพพยาบาล (ตุลาคม-ธันวาคม 2547) 9, 4: 11-20
- เรณู พุกบุญมี (2006) *"Safe Staffing and Nursing Outcomes: Theory Research and Practice"* เอกสารประกอบการบรรยาย ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
- รักษนันท์ ขวัญเมือง (2001) "การประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีการจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหว" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- เรมวอล นันท์สุภวัฒน์ (2541) *ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในองค์กร* เชียงใหม่ นนทบุรีการพิมพ์
- ลออ อิริยกุลนิมิต (2546) "การวิเคราะห์ตัวประกอบที่ทำให้เกิดการคงอยู่ในกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วรรณวิไล จันทระกา (2545) *แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ* นนทบุรี ศิริโชคการพิมพ์
- วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ (2547) "รายงานการวิจัยการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล"
- \_\_\_\_\_. (2547) *การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ* เชียงใหม่ โรงพิมพ์นันทพันธ์

- วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2543) *คุณภาพคือการปรับปรุง* กรุงเทพมหานคร ประชาชน
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และคณะ (2549) *การศึกษาภาวะสุขภาพพยาบาลและมาตรฐานการบริการ  
พยาบาล การประชุมวิชาการสภาพยาบาลประจำปี 2549*
- วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ (2547) *ชั่วโมงการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ต้นทุนและผลิตภาพงาน  
การบริหารอัตรากำลัง กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ พี.เอ.ลีฟวิ่ง*
- วิภาดา คุณาวิกติกุล (2545) *ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล: คู่มือเก็บรวบรวมข้อมูล เชียงใหม่  
โรงพิมพ์ครีเอทีฟพริ้นติ้งกรุ๊ป*
- วิภาดา คุณาวิกติกุล เรมवल นันทศุภวัฒน์ กิ่งแก้ว เก็บเจริญและอนงค์ วนากมล (2542)  
“รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดการด้านคุณภาพการพยาบาล”  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วราภรณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล และคณะ (2548) “รายงานการวิจัยโครงการย่อยการติดตามและการ  
ประเมินผล การใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และแบบประเมิน  
คุณภาพกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ” มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วารีวรรณ คงขุ่มและคณะ (2548) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม  
ร่วมพฤติกรรมการดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล  
วิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา
- วิภา จีระแพทย์ (2549) “การบริหารความปลอดภัยในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระ  
ชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการการพยาบาล* หน้าที่ 11 หน้า 7- 25 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ศิริพร พูนชัย (2547) “ผู้นำและภาวะผู้นำ การพัฒนาภาวะผู้นำและบทบาทของผู้บริหาร” เอกสาร  
ประกอบการสอนวิชา พ.402 การบริหารการพยาบาลกองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาล  
กองทัพบก
- ศุภรศรี เดชเกษม (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงาน การบริหารผลการ  
ปฏิบัติงานของกลุ่มการพยาบาล กับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการ  
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย
- สมหวัง ค่านชัยวิจิตรและป่วน สุทธิพิงกรรม (2539) *การป้องกันการติดเชื้อที่ผิวหนังและแผลกดทับ  
ใน สมหวัง ค่านชัยวิจิตร(บรรณาธิการ) โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ม.ป.ท.*

- สฤณี ศรีโยธิน (2541) “ผลกระทบจากการทำงานที่มีต่อความเหนื่อยล้าและสุขภาพของพนักงานสตรีผลิตเสื้อผ้าสำเร็จรูป” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา  
อุตสาหกรรมภาควิชาจิตวิทยาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สร้อยตระกูล (ดิทยานนท์) อรรถมานะ (2541) พฤติกรรมองค์การ: ทฤษฎีและการประยุกต์  
กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สุเทพ พงศ์ศรีวัฒน์ (2544) “ภาวะผู้นำ: ทฤษฎีและปฏิบัติ” เชียงราย สถาบันราชภัฏเชียงราย  
หน้า 194- 224
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช (2549) “การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล” เอกสารประกอบการบรรยาย 24- 25  
มิถุนายน: ห้องประชุม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2547) หลักสูตรการบริหารการ  
พยาบาลแนวใหม่ กรุงเทพมหานคร
- \_\_\_\_\_ (2547) การพัฒนาการในการคัดเลือกตัวชี้วัดคุณภาพในโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร
- สุนทรี ศักดิ์ศรี (2548) “ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าและสภาพแวดล้อมในการทำงานกับ  
ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐ เขตอำเภอเมืองจังหวัดปราจีนบุรี”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การมหาบัณฑิต สถาบันเทคโนโลยี  
พระจอมเกล้าพระนครเหนือ
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2549) “พยาบาลปลอดภัยประชาชนไทยมีสุข”  
เอกสารประกอบการบรรยาย กรุงเทพมหานคร
- สุนทรี เหลี้ยวตระกูล (2545) “คุณภาพการพยาบาลของงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์  
โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สุภาวี อวาสกุลสุทธิ (2546) “การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลตามความต้องการ  
ทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยใน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี”  
วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาลบัณฑิต  
วิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- สมจิต หนูเจริญกุล (2540) “แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง” สารสภากาพยาบาล  
12(2): 1-32
- สมสมัย สุธีรสานต์ (2544) “ความพึงพอใจในงานของพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์”  
วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 13, 3 (กันยายน-ธันวาคม 2544): 10-32

- สุชาติ เจตนแสน และคณะ (2542) *คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา* กรุงเทพมหานคร  
 โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- สหภาพพยาบาล ชมรมและสมาคมต่างๆ (2551) เอกสารข้อเสนอเพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤตกำลังคน  
 สาขาพยาบาลศาสตร์: เสนอต่อพณฯ ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข  
 (18 กุมภาพันธ์ 2551)
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) *HA คืออะไร*  
[http://www.ha.or.th/m\\_09\\_01.asp](http://www.ha.or.th/m_09_01.asp) สืบค้นวันที่ 10/05/2551
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล *คุณภาพคืออะไร*  
[http://www.ha.or.th/m\\_09\\_01.asp](http://www.ha.or.th/m_09_01.asp) สืบค้นวันที่ 10/05/2551
- สุรีย์พร กุมภกาม (2542) “ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ สภาพแวดล้อมในการทำงาน  
 ความเหนื่อยหน่ายและความตั้งใจลาออกของพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี”  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม บัณฑิต  
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สุมลดา พรหมมา (2543) “ผลการใช้ตารางปฏิบัติงานแบบยืดหยุ่นต่อความพึงพอใจในงานของ  
 พยาบาลวิชาชีพ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา
- อมรรัตน์ สว่างอารมณ์ (2549) “ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน และความพึงพอใจ  
 ในงานกับความตั้งใจลาออกจากงานของพนักงานฝ่ายผลิต กรณีศึกษาโรงงานผลิต  
 ขนมปังตัวอย่าง” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม  
 และองค์การ ภาควิชามนุษยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า  
 พระนครเหนือ
- อัมภา ศรารัชต์, จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ และ อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์ (2547) *การจำแนก  
 ประเภทผู้ป่วยงานบริการพยาบาลผู้ป่วย* ใน กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การรับส่ง  
 สินค้าและพัสดุภัณฑ์
- อรพินทร์ เจริญผลและคณะ (2544) “ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล  
 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ” *รามาริบัติพยาบาลสาร* 11, 1  
 (มกราคม-เมษายน 2548): 60- 71

- อิสรี เหลืองวิสัย (2545) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมในงานด้านจิตใจ การทำงานเป็นกลุ่มกับพฤติกรรมความเป็นวิชาชีพ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล ศูนย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อำพล จินดาวัฒนะและคณะ (2542) *ผลกระทบของวิกฤติเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคน ด้านสุขภาพ* กรุงเทพมหานคร สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
- Alan Pearson et al.,(2006) “Systematic review of evidence on the impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments International” 4, 4 *Journal of Evidence-Based Healthcare* (December 2006): 337-384.
- Ann E. Tourangeau,Linda McGills Hall,Diane M. Doran and Teresa Petch (2006) Measurement of Nurse Job Satisfaction Using the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale Nursing Research March/april 2006 55, 2: 128-136.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. (2002). “Hospital nurse staffing patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction”. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Alessandra et al (2006) “Pressure ulcer risk in long-term unit: prevalence and associate factors” *Journal of Advanced Nursing* (May 2007)58, 3: 263-272.
- Amlung, Stephanie R, Miller, Wendy L, Bosley, Linda M. (2001). “ National Pressure Ulcer Prevalence Survey: A benchmarking approach” *The Advances in Skin & Wound Care*, Nov-Dec 2001.
- Aree Buranakul (2002) “Pressure ulcer Risk Factors among Hospitalized neurological patient” A Thesis submitted in partial Fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science(adult nursing) faculty of graduate studies Mahidol University.
- Areerut Kumyu. (2002) “Nurse Staffing, Nurse’s Job Satisfaction and Patient Satisfaction with Nursing Care in Public Hospital in Thailand ” Submitted to the Graduate faculties of the University of Alabama at Birmingham in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Science in Nursing.

- Baumgarten M et. al., (2006 ). "Pressure ulcers among elderly patients early in the hospital stay". *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006 Jul; 61, 7: 749-54. Department of Epidemiology and Preventive Medicine, Division of Gerontology, University of Maryland School of Medicine, Baltimore.
- Branin JJ, Griemel ER;. "Professional burnout among nursing home personnel: effects of a training intervention". *Abstr Book Assoc Health Serv Res Meet*. 1997; 14: 352. Association for Health Services Research. Meeting .University of California at Los Angeles, Altadena.
- Braden,B.J. (1987). "A conceptual schema for the study of the etiology of pressure Sores". *Rehabilitation Nursing* 12, 1: 8-12.
- Braden,B.J.and Bergstrom. (2000). "A conceptual schema for the study of the etiology of pressure Sores" *Rehabilitation Nursing* 25, 3: 105-109.
- Barbara Berney. (2003) "Use,trends and impact of nurse overtime in New York Hospital, 1995-2000" Submitted in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy 2003.
- Barbara Berney& Jack Needleman. (2005). "Trends in Nurse Overtime, 1995-2002". *Policy, Politics, & Nursing Practice* 6, 3: 183-190.
- Blegan MA,Goode CJ&Reed. (1998). "Nursing Staffing and Patient outcomes". *Nursing Research* 47,1:43-50.
- Barbara J. Braden and Joann Maklebust. (2005) "Prevent Pressure sore with Braden Scale" *America Journal of Nursing* (June 2005)105, 6.
- Berney ,Barbara L. (2003). "Use trend and impacts of nurse overtime in New York hospital,1995" Submitted in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy Boston university
- Bloton LB et.al., (2001) "A response to California's mandate nursing ratios" *Journal Nursing Scholarsh* 2001; 33(2) : 179-84
- Bostick JE,Rantz MJ,Flesner MK and Riggs CJ (2006) "Systematic review of staffing and quality in nursing homes" *Journal Am Med Dir Assoc* 2006 July; 7(6)366-76



- Byun JW, Kang MS, Yoon CO, Park GT, Lee OY, Yoon BC, Hahm JS, Lee MH. (2001)  
 "Assessment of malnutrition in patients with liver cirrhosis". *Korean J Med*. 2001  
 Oct;61(4): 384-390.
- C Theaker . (2003). "Pressure Prevention in the critical ill:What you don't know, What you  
 should know and Why important" .*Intensive and Critical Care Nursing* .163-1638.
- Curtis E.A. (2007). Job satisfaction: a survey of nurses in the Republic of Ireland. *International  
 Nursing Review* 54: 92-99.
- Croese PS. (1999). "Job Characteristics relate to job satisfaction in rehabilitation nursing".  
*Rehabilitation Nursing*. 1999 May-Jun;24(3): 95-102.
- Cangelosi JD Jr, Markham FS & Bounds WT. (1998). "Factors related to nurse retention and  
 Turnover": an updated study. *Health Mark Q*. 1998;15(3): 25-43. Department of  
 Marketing & Management, University of Central Arkansa.
- Capon Alessandra , Pavoni Noemi, Mastromattei Antonio and Di Lallo Domenico. (2007)  
 "Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors" 58,3  
*Journal of Advanced Nursing*, (May 2007): 263-272 (10) Retrieved December10,  
 2007, From <http://www.ingentaconnect.com>
- Carayon and Gurses. (2006) "Excessive nurse workload is key factor affecting the safety of  
 patient in intensive care unit" Retrieved December10, 2007, From  
<http://www.ahrq.gov/research/feb06/0206ra2.htm>.
- Caruso CC & Condon ME. (2004). "Night shifts and fatigue: coping skills for the working  
 nurse". *Am J Nurs*. 2006 Aug;106(8):88. Oklahoma Nurses Association 2005 House  
 of Delegates resolution. Implications of fatigue on patient safety.
- Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, Smith DG. (2003) "The Effect of Nurse staffing on adverse  
 event, morbidity, mortality, and medical costs" *Nursing Research* 2003; 52: 71-79  
 Department of Internal Medicine, Hanyang University College of Medicine, Seoul,  
 Korea. Eumseong Mental Hospital, Eumseong, Korea.
- Daideri G, Berthier F, Brocker P, Darmon MJ, Mignolet F, Quaranta JF, Staccini P. Prevalence of  
 pressure sores in a university hospital in 2003" *Département d'Information et  
 d'Informatique Médicale, CHU de Nice, Hôpital de Cimiez*, From  
<http://www.ahrq.gov/research/feb06/0206ra2.htm>.

- Dolan, N. (1987). "The relationship between burnout and job satisfaction in nurse" *Journal of Advance Nursing*, 12(1), 3-12.
- Donaldson N et al. (2004). "Impact of Unit Level Nurse Workload on Hospital Acquired Pressure Ulcers". *Abstr AcademyHealth Meet.* 2004;21 UCSF School of Nursing, San Francisco.
- D'hoore W, Guisset AL, Tilquin C. (1997). "Increased nursing-time requirements due to pressure sores in long-term-care residents in Quebec". *Clin Perform Qual Health Care.* 1997 Oct-Dec; 5(4): 189-94.
- Dickhaut, S. C., DeLee, J. C., and Page, C. P., "Nutritional status: importance in predicting wound-healing after amputation". *J Bone Joint Surg Am* 66: 71-75, 1984.
- David L. Gee. (1990) "Assessment of Protein Status.Nutrition" Assessment Laboratory. Central Washington University.
- Davidson, H., Folcarell, P., Crawford, S., Duprat, L., and Clifford, J (1997) "The effect of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses" *Med care*, 35(6)643-645.
- Diane K. Langemo, Julie Anderson & Cecilia M. Volden. (2002). "Nursing Outcome Indicator: the North Dakota Study" *Journal of Nursing administration*, 32, 2 (January 2002): 98-105.
- Elizabeth P. Houser. (2004). "Nursing Staffing Level and Patient Outcomes". A Dissertation submitted to the School of Nursing of Johns Hopkins University in conformity with the requirements for the degree of doctor of nursing science.
- Ellenbecker C et al. (2005). "Home Healthcare Nurse Job Satisfaction and Intent to Stay". *Abstr AcademyHealth Meet.* 2005;22:abstract no. 4465. University of Massachusetts Boston, Nursing, 100 Morrissy Boulevard, Boston.
- Garretson Sharon. (2004). "Nurse to patient ratios in America health care" Retrieved December 10, 2007, From File://G:Ovid Search Results5.htm.
- Gawron CL. (1994) "Risk factors for and prevalence of pressure ulcers among hospitalized Patients". *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 1994 Nov; 21(6): 232-40.
- Greene, K. A., Wilde, A. H., and Stulberg, B. N., (1991). "Preoperative nutritional status of total joint patients. Relationship to postoperative wound complications" *J Arthroplasty* 6: 321-325.

- George, J.m., and Jones, G.R. (1999). "Understanding and managing: Organizational Behavior. 2 nd .Massachusetts: Addison-wesley" Retrieved December 10, 2007, From File://G:Ovid Search Results5.htm.
- George Allen. (2005). "Pressure Risk Factor". *Journal of Advanced Nursing* 2006 83,3 750- 754.
- Gopal R et al. (2005) "Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions". *Arch Intern Med.* 2005 Dec 12-26;165(22):2595-600. Division of General Internal Medicine, Department of Internal Medicine, University of Colorado Health Science Center, Aurora, CO, USA.
- Heather et. al., (1996) "Pressure ulcer: implementation of evidence-based nursing practice". *Journal of advance nursing*, 49(6), 578-590.
- Hickey EC, Young GI, Parker VA, Czanowski EJ, Saliba D and Berlowitz DR. (2005). "The Effect of changes in nursing home staffing on pressure ulcer rates" *Journal Am Med Dir Assoc* 2005 January/February; 6(1)50-3.
- Hodge M. (2002) "Factor Affecting Cognitive Function in Acute Care Nurses Working 12 Hours Shift" *Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet.* 2002; 19: 6.
- Horn SD, Buerhaus P, Bergstrom N, Smout RJ. (2004) "RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents: pressure ulcers and other adverse outcomes are less likely as RNs spend more time on direct patient care". *American Journal of nursing*.
- Hsiao-Chen-Tang. (2005). "Hospital Nurse Perception of Family Responsive Work Place Policies Relationship to Job satisfaction and Intent to stay". The Thesis submitted in partial Fulfillment of the requirements for the doctor of Philosophy degree in nursing in the Graduate College of the University of Iowa.
- Janet L. Mayo. (2004). "The Effect of Work Environment on Job Satisfaction in The Nursing Workforce" A Dissertation Submitted to the University of New York in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy .
- Jan. T.m. Weststrate & Hajo A. Bruining. (1996) "Pressure Ulcer in an intensive care unit and related variables: a descriptive study". *Intensive and Critical care Nursing*. 12, 280-284

- Jeongyoung park. (2007). "The Effect of state minimum staffing standards on staffing, Quality of care and Financial performance in Nursing Homes" A Dissertation Submitted to the faculty of the University of North Carolina Hill in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy in the department of Health Policy and Administration School of Public Health.
- Joanne McCloskey. (1974). "Influence of Rewards and incentives on staff nurse turnover rate." *Nursing research*. 23, 3: 239-247.
- Josic Quison-Guatn. (2006). "Critical Reflection on Job satisfaction of nurse practitioner employed by the department of Veterans Affairs". Submitted in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor the faculty of the school of education international and Multicultural education department.
- Josten e.j.c., Ng-a-tham j.e.e. & Thierry h. (2003) "The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing". *Journal of Advanced Nursing* 44(6), 643-652.
- Jiang HJ, Wong C. (2004). "Measuring nurse staffing: the Good, the Bad, and the Hope". *Abstr AcademyHealth Meet*. 2004; 21: abstract no. 2077. Agency for Healthcare Research and Quality, Center for Delivery, Organization, and Markets, 540 Gaither Road, Rockville.
- JoAnn Maklebust, et al., (2007) "Computer-based Testing of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk". *Wound*. 2007, 19(1)20-24.
- Josten EJ, Ng-A-Tham JE, Thierry H. (2003). "The effects of extended workdays on fatigue, health, performance and satisfaction in nursing." *J Adv Nurs*. 2003 Dec; 44(6): 643-52. OSA Institute for Labour Studies, The Netherlands.
- Johnson J,&Pachano A, (1981) "Planning patients's discharge" *Supervisor Nurse*. (February) : 44-48.
- Kathy Gray -Siracusa. (2005). "Acuity-Based Staffing in long term Care:it Influence Quality?" Dissertation Submitted to the faculty of the Graduate School of the University of Maryland, Baltimore in partial Fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.

- Kelly A, Marks F, Westhoff C, Rosen M. (1991). "The effect of the New York State restrictions on resident work hours". *Obstet Gynecol.* 1991 Sep; 78(3 Pt 1): 468-73. Department of Obstetrics and Gynecology, Columbia Presbyterian Medical Center, New York.
- Khurshid et.al., (2005). "Registered nurses perception of work satisfaction at the tertiary Care University Hospita". *Journal of nursing Management* Volume .13: 32-39.
- Katileen M.Sciier. (2006). "Conflict Management Style Of Nurse Manager and its impact on staff nurse job satisfaction". Submitted in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of education the school of education university of Bridgeport.
- Kimberly Catania ,Poly James and Molly Moran. (2007). "The Pressure Ulcer Prevention Protocol Intervention" Retrieved may 10,2008,From [Http://www.nursingcenter.com](http://www.nursingcenter.com).
- Koval, K. J., Maurer, S. G., Su, E. T., Aharonoff, G. B., and Zuckerman, J. D., (1999) "The effects of nutritional status on outcome after hip fracture". *J Orthop.Trauma* 13: 164-169, 1999. Retrieved may 10, 2008, From [http://home.gwu.edu/~orthopod/nutrition\\_risks.htm](http://home.gwu.edu/~orthopod/nutrition_risks.htm).
- Kate L. Iapane & Carmel M. Hughes. (2006). "Considering the Employee Point of View: Perception of Job satisfaction and Stress Among Nursing Staff in Nursing Homes". *JAMDA*-Month 2006.
- Lacey L. (2001). "Retaining Staff Nurses in North Carolina". *Abstr AcademyHealth Meet.* 2003; 20:abstract no. 897. North Carolina Center for Nursing, 222 N. Person St., Raleigh, NC 27601.
- Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. (2003) "Pressure ulcers in German nursing homes and acute care hospitals: prevalence, frequency, and ulcer characteristics." *Institut für Medizin/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin, In German healthcare facilities.*
- Lipscomb JA, Trinkoff AM, Geiger-Brown J, Brady B. (2000). "Work-schedule characteristics and reported musculoskeletal disorders of registered nurses" *Scand J Work Environ Health.* 2002 Dec; 28(6): 394-401. Department of Behavioral and Community Health, University of Maryland School of Nursing, Baltimore.

- Lockley SW et al., (2007). "Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance". *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007 Nov; 33(11 Suppl): 7-18. Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, USA.
- Linda Brugler ,Ana k. Stankovic,Madeleien Schlefer and Larry Bernstein. (2004). "A simplifie nutrition screen for hospitalized patient using readily available laboratory and patient information". *Nutrition* 21(2005): 650-658.
- Linda MaGillis Hall,Dianne Doran&George H. Pink. (2004). "Nurse Staffing Models, Nursing Hours,and Patient Safety Outcomes". 34, 1 *Journal of Nursing administration.* (Jannurary, 2004): 41-45.
- Linda Adams- Wendling. (2005). "The Relationship between nurse staffing and Quality in Nursing. Faculties". The Thesis submitted to the School of Nursing and the Faculty of the Graduate School of the University of Kansas in partial Fulfillment of the requirements for the doctor of Philosophy.
- Linda H. Aiken, Sean P. Clarke & Douglas M. Sloane. (2002). .Hospital Staffing, Organization, and Quality of Cara: Cross-National Findings".*Nurs Outlook* 2002; 50187-94 September-October 2002.
- Lynn Unruh. (2003). "Licensed Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitals *Medical Care* 41(1): 142-152, January 2003., Retrieved December10, 2007, From <http://www.lww- medicalcare.com/pt/re/medcare/abstract>.
- Manojlovich,M., and Laschinger,H.K.S (2002) "The relationship of empowerment and selected personality chalacteristic to nursing job satisfaction" *Journal of Nursing Administration* 32 ,11: 586-595.
- Marta G Magalhaes et al., (2007). "Risk factor for Pressure Ulcer in Hospital Elderly Without Significant Cognitive Impairment". Retrieved December 10, 2007 <http://www.Medscape.com>.
- Mark BA, Harless DW, McCue M, Xu Y. (1995) "A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care". *Health Serv Res.* 2004 Apr;39(2):279.
- Margareta Lindgren,Mitra Unosson Ann,Margret Kantz and Anna-Christina. (2004). "Pressure sore Risk in undergoing surgery".*Journal of Advance Nursing*, 50(6), 605-612.

- Marta G. Magalhães, et al., (2006). "Risk Factors for Pressure Ulcers in Hospitalized Elderly without Significant Cognitive Impairment". Retrieved December 10, 2007  
<http://www.medscape.com/viewarticle/555140>.
- Magareta Lindgren, Mitra Unosson & Anne –Christina Ek. (1999). "Pressure sore prevalence within a public health services area". *International Journal of Nursing Practice* (2000): 6: 333-337.
- Mark W. Stanton. (2004). "Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. Agency for Healthcare Research and Quality". Retrieved December 10, 2007 [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov).
- Majd Tawfeeq Mrayan . (2005). "Nurse Job satisfaction and Retention Comparing public to private Hospital in Jordan". *Journal of nursing Management*. 13: 40-50.
- McCloskey JM. (1998). "Nurse staffing and patient outcomes". *Nursing Outlook* 1998 Sep-Oct; 46,5: 199-200. University of Iowa College of Nursing, Iowa City, USA.
- McCloskey and Mueller. (1990). "Nurses' Job Satisfaction A Propose to Measure" *Nursing Research* (March/ April 1990) 39, 2: 113-117.
- \_\_\_\_\_. (2003). "Measurement of Nurse Job Satisfaction Using the McCloskey and Mueller Satisfaction scale" *Nursing Research* 2006 March-April ,55: 128-136.
- McCloskey. (1998). "Nurse Staffing and patient outcomes" *Nursing Outlook* 1998 (September/October) 46, 5: 199-200.
- Meehan M, O'Hara L, Morrison YM. (1999) "Report on the prevalence of skin ulcers in a home health agency population". *Adv Wound Care*. 1999 Nov-Dec; 12; 9: 459-67.
- Mini Haberfeilde, Diane Bedecarre and Marta Buffum. (2005). "Nurse-sensitive Patient Outcomes" *Journal of Nursing Administration*. (June 2005) 35, 6: 293-299
- Monica A. Redekopp. (2007). "Relationship Or Professional Nurse Characteristics and Nurse Staffing to Adverse Patient Outcomes" A Dissertation submitted in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy in nursing The University of Wisconsin-Milwaukee.
- Munro, Barbara Hazard. (2005). *Statistical methods for health care research*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Muchinkey, P.M. (1993). "Psychology applied to work: An introduction to industrial and organization psychology" .4<sup>th</sup> ed Pacific Grove: Brooks Cole Publishing.

- Nancy Dunton, Byron Gajewski & Ali Ammouri . (2004). " Nurse Staffing and Patient Outcomes of Magnet & Non-Magnet Facilities". Director, National Database of Nursing Quality Indicators University of Kansas School of Nursing October 16, 2004.
- Nancy A. Flanagan. (2006). "Testing the Relationship Between Job Stress and Satisfaction in Correction Nurses" *Nursing Research* (September/October 2006) 55, 5: 316-327.
- Omanchonu. (1990). "Quality of care and patient:New Criteria for evaluation"*Journal of Health Care Management Review* 15, 4: 43-50.
- Portela LF, Rotenberg L and Waissmann W. (2005). "Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses". *Rev Saude Publica.* 39, 5 Oct 2005: 802-808.
- Rachanee SujiJantararat. (2001). "Nursing-Sensitive Qaulity Indicators:Nosocomail Urinary Tract Infection in Thai Hospital" A Dissertation submitted to the graduate faculty of the University of Alabama at Birmingham in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Science in nursing.
- Rachel A. Armstrong. (2004). "Mandated Staffing Ratios:Efect on nurse Satisfaction, Anticipated Turnover,and Nurse Retention in Acute Care Hospital" A Dissertation submitted in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy at George Mason University.
- Ruggiero JS. (2005). "Health, work variables, and job satisfaction among nurses". *Journal of Nursing Administration* ( 2005 May) 35, 5: 254-63. .
- Richardson A et. al., (2007). "A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff." *Journal of Nursing Management.* (2007 Nov);15,8: 838-46.
- Robyn B Cheung. (2002). "The Relationship between Nursing Staffing, Nursing time,and adverse event in acute care hospital". The Dissertation submitted in partial Fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy College of nursing in University of South Florida.
- Sanjey Gupta, Vivienne Avramoff, Kanwar Rauhila, Nadia Rana, Nehal Shukla, Edward Ladyzhenksiy, Rachel Perl and Sabrina" *Ahmed Acad Emerg Med* 14, 5 Supplement : 119.



- Seago, Jean Ann et al., (2006). "longitudinal Analyses of Nursing Staffing and Patient Outcomes: More About Failure to Rescue". *Journal of Nursing administration* 36, 1 January 2006. : 13-21.
- Sheward Louisa, Hunt Jennifer, Hagen Suzanne, Macleod Margaret and Jane Ball. (2005). "The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction" *Journal of Nursing Management* 13, 1 2005 January: 51-60  
Retrieved December 10, 2007, From <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs>.
- Siying et al., (2006). "The Relationship between burnt out and occupation stress among nurses in china". 59, 3 *Journal of Advanced Nursing*: 233-239.
- Simoens S, Scott A, Sibbald B. (2002). "Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPs". *Scott Med J*. 2002 Aug; 47(4): 80-6.
- Spector, P.E. (1997). "Job Satisfaction Application, assessment, cause, and Consequences". Thousand Oaks: Sage Publication.
- Stamp, P.L., and Piedmonte, E.B. (1986). *Nurse and work satisfaction*. Michigan: Health Administration Press.
- Sung-Hyun Cho et al., (2001) "The Effect of Nurse Staffing on Adverse Event, Morbidity, Mortality, and Medical Costs" *Nursing Research* (March/April 2003) 52, 2: 71-79.
- Tallier, Peggy Claire. (2003). "Nurse staffing ratios and patient outcomes". Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctor of Education Teachers College, Columbia University.
- Thomson et al. (2006). "Systemic review evidence on the impact of nursing work and staffing on establishing healthy work environment". *International Journal of Evidence-Based Healthcare* (December 2006) 4, 4: 337-384
- Thitnut Sasichay. (2001). "The Relationship between nurse staffing and patient outcomes". A Dissertation in Nursing. The Faculties of the University of Pennsylvania.
- Tom Defloor. (1998). "The Risk of Pressure: a Conceptual Model" *Journal of Clinical Nursing* 1999, 8: 206-216.

- Thomas A lang, Margaret Hodge and Valerie Olson. (2004). "A Systemtematic Review on the Effect of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes" .  
*Journal of Nursing administration* (July/august 2004) 34, 7/8: 326-335.
- Valerie Denise Opher. (2004). "Addressing the Nursing Shortage in Southwestern Pennsylvania Through Steward Leadership" A Phenomenological Study a Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Management in Organizational Leadership University of Phoenix.
- Waltz FC, Strickland LO, and Lenz RE. (1991). *Measurement in Nursing Research*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Wanee Tapaneyakorn. (2002). "Nurse Admistators: Preception of Quality Indicator of nursing Care in Thailand". A Thesis submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctor of Philosophy in nursing in the Graduate College of the University of Iowa.
- William N.Evans, Beomsoo Kim. (2005). "Patient outcomes when hospitals experience a surge in admissions" *Journal of Health Economics* 25(2006): 365-388.
- Watson. (1985). *The Philosophy and Science of Caring* .Colorado: The University Press of Colorado.
- Yang KP. (2003). "Relationships between nurse staffing and patient outcomes".  
*Journal Nursing Reserach* Sep; 11, 3: 149-58.
- Key Performance Indicator of SirirajHospital. (2549). Retrieved December10,2007,From <http://www.med.cmu.ac.th>.
- The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Retrieved December10,2007,From <http://www.npuap.org/>.

## ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**

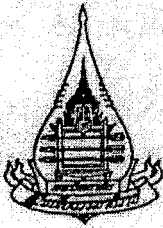
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย**

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1. อาจารย์กฤษดา แสงดี  
สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. อาจารย์เทวี รักวานิช  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
3. อาจารย์วรรณี บุญช่วยเหลือ  
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล
4. อาจารย์สุกานดา นิมทองคำ  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย ลิงห์ข้างชัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ภาคผนวก ข**

**เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

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

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

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

**เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**

เลขที่ 1 / 2551

ชื่อโครงการวิจัย ..... ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราค่าจ้างกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล

เลขที่โครงการ/รหัส ..... ID 2485100925

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย ..... นางรณม พงศ์ภัทรพร

ที่ทำงาน ..... โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อำเภอพระนครศรีอยุธยา  
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม ..... *(Signature)*

(อาจารย์ ดร.อารี ชิวเกษมสุข)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม ..... *(Signature)*

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุลลพิษ หิงคานนท์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง ..... 28 มกราคม 2551

**ภาคผนวก ก**  
**แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล**



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

มกราคม 2551

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วยดิฉัน นาง รมณ พงศ์ภัทรพร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลัง  
ศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอัตรากำลัง กับผลลัพธ์ทางการ  
พยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลาง โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล  
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากท่านตาม  
รายละเอียดในแบบสอบถามนี้ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล  
และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จและมีความสมบูรณ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบ  
แบบสอบถามด้วยความคิดเห็นตามความเป็นจริง ดิฉันขอรับรองว่า จะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็น  
ความลับ การตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม  
เพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามเป็น  
อย่างดี และขอขอบพระคุณที่ท่านกรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นาง รมณ พงศ์ภัทรพร  
นักศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลาง

คำชี้แจง แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน ของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลางจำนวน ทั้งหมด 50 ข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านหรือกรอกข้อความที่เว้นว่างไว้

1.เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2.อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือนนับเป็น 1 ปี)

3.สถานภาพการสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย/หย่า/แยก (ถ้าท่านแต่งงานแล้ว และมีบุตรกรุณาตอบข้อ 4)

4.จำนวนบุตรในความรับผิดชอบ.....คน (บุตรอายุระหว่าง.....-.....ปี)

5.ท่านได้รับมอบหมายให้ทำงานพิเศษที่นอกจากงานในการดูแลผู้ป่วย

5.1 ( ) 1. ได้รับ ( ) 2. ไม่ได้รับ

5.2 งานพิเศษที่ได้รับได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. ประกันคุณภาพ ( ) 2. วิจัย ( ) 3. วิชาการ ( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....

6. ระดับการศึกษาสูงสุดทางการพยาบาลของท่าน

( ) 1. ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ( ) 2. อนุปริญญา/พยาบาลระดับต้น

( ) 3. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ( ) 4. ปริญญาโท ( ) 5. อื่นๆ ระบุ.....

7.ประสบการณ์การทำงานทางการพยาบาลของท่าน.....ปี

8.ตำแหน่งปัจจุบันของท่าน

( ) 1. ผู้ช่วยพยาบาล ระดับ.... ( ) 2. พยาบาลเทคนิค ระดับ... ( ) 3. พยาบาลวิชาชีพ ระดับ.....

9.ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในแผนก

( ) 1. อายุรกรรม ( ) 2. ศัลยกรรม ( ) 3. ศัลยกรรมกระดูก ( ) 4. อื่นๆระบุ.....

- 10.เงินเดือนที่ท่านได้รับในปัจจุบัน (โดยประมาณ ไม่ต้องระบุหลักร้อย และไม่นับรวมค่าวิชาชีพ เช่น 11, 000 บาท เป็นต้น) .....บาท
- 11.ท่านปฏิบัติงานล่วงเวลาที่โรงพยาบาลแห่งนี้  
 1. ปฏิบัติ  2. ไม่ปฏิบัติ ( ถ้าตอบว่าปฏิบัติตอบข้อ 12 )
- 12.ท่านปฏิบัติงานล่วงเวลาที่โรงพยาบาลแห่งนี้เฉลี่ย.....เวร/เดือน (1 เวรเท่ากับ 8 ชั่วโมง)
- 13.แต่ละเดือนท่านมีชั่วโมงการทำงานที่ต้องปฏิบัติงานติดต่อกัน 12 ชั่วโมงต่อวัน ใช่หรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่ ( ถ้าตอบว่าใช่ตอบข้อ 14)
- 14.ท่านปฏิบัติงานติดต่อกัน 12 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ย.....ครั้ง/เดือน
- 15.แต่ละเดือนท่านมีชั่วโมงการทำงานที่ต้องปฏิบัติงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมงต่อวัน ใช่หรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่ (ถ้าตอบว่าใช่ตอบข้อ 16)
- 16.ท่านปฏิบัติงานติดต่อกัน 16 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ย.....ครั้ง/เดือน
- 17.แต่ละเดือนท่านมีชั่วโมงการทำงานที่ต้องปฏิบัติงานติดต่อกันมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวัน ใช่หรือไม่  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่ ( ถ้าตอบว่าใช่ตอบข้อ 18)
- 18.ท่านปฏิบัติงานติดต่อกันมากกว่า 16 ชั่วโมงต่อวันเฉลี่ย.....ครั้ง/เดือน
- 19.ท่านปฏิบัติงานพิเศษอื่นๆที่เป็นงานด้านการพยาบาล นอกเหนือจากงานประจำในโรงพยาบาล เช่น พยาบาลประจำห้องพยาบาลในโรงงาน คลินิกแพทย์ รพ.เอกชน เป็นต้น  
 1. ใช่  2. ไม่ใช่ (ถ้าท่านตอบว่าใช่ ตอบคำถามข้อ20)
- 20.ท่านทำงานพิเศษดังกล่าว เฉลี่ย.....ชั่วโมงต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในงาน โดยสร้างจากแนวคิดของ McCloskey and Mueller ของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลางจำนวนทั้งหมด 50 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความพึงพอใจที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่อง

เดี๋ยวดูหนึ่งข้อคำถาม

5 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

4 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

3 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง

2 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย

1 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

ลำดับ	ท่านพึงพอใจกับข้อความ/สถานการณ์ต่อไปนี้ในระดับใด	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
	ความพึงพอใจในเงินเดือนผลประโยชน์ที่ได้รับ (Satisfaction with salary and benefit)					
1	เงินเดือนที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน					
2	เงินพิเศษที่ท่านได้รับนอกเหนือจากเงินเดือนได้แก่ ค่าวิชาชีพ ค่าเวร					
3	การได้รับวันหยุดชดเชยในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล					
4	ระบบสวัสดิการของโรงพยาบาลที่อำนวยความสะดวกให้เมื่อสมาชิกในครอบครัวของท่านเจ็บป่วย					
5	รางวัลหรือสิ่งตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลนี้					
6	สวัสดิการอื่นๆของโรงพยาบาล เช่น หอพัก อาหาร เวน บ่าย-ดึกชุดฟอร์มเป็นต้น					
7	ค่าตอบแทนที่ได้รับจากการทำงานการล่วงเวลาต่อเดือน ความพึงพอใจในตารางการทำงาน (satisfaction with Schedule)					

ลำดับ	ท่านพึงพอใจกับข้อความ/สถานการณ์ต่อไปนี้ในระดับใด	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
8	จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อ 1 สัปดาห์					
9	จำนวนชั่วโมงการทำงานติดต่อกันในแต่ละวัน					
10	การต้องทำงานในวันหยุดนักขัตฤกษ์					
11	ตารางการทำงานที่เพิ่มขึ้น เพื่อแทนบุคลากรในทีม ที่ลาจลาป่วย ลากลอค					
12	จำนวนวันที่ได้หยุดในแต่ละสัปดาห์					
13	การได้ลาพักผ่อนในวันที่ท่านต้องการ					
	ความพึงพอใจในสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว (Satisfaction with support for family responsibility)					
14	ความสมดุลระหว่างการทำงานกับชีวิตครอบครัว					
15	การขอลาป่วยเมื่อตนเองเจ็บป่วย					
16	ท่านพอใจในระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับ การขอหยุดหรือแลกรเวรหยุด มากน้อยเพียงใด เมื่อท่านมีธุระจำเป็นส่วนตัว เช่น สมาชิกในครอบครัวป่วย เป็นต้น					
17	จำนวนเวรในการปฏิบัติงานล่วงเวลาต่อเดือน					
18	การได้ลาคลอดเกิน 90 วัน ตามสิทธิ					
19	สวัสดิการดูแลบุตรก่อนวัยเรียนสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล					
	ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน (Satisfaction with collegial relationship)					
20	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ท่านทำงานด้วย					
21	การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการทำงานของบุคลากรในหอผู้ป่วย					
22	การทำงานร่วมกันของทีมพยาบาล					
23	การได้รับการยอมรับผลการปฏิบัติงานของท่านจากผู้ร่วมงาน					
	ความพึงพอใจใน สังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ (Satisfaction with social and interaction opportunities)					

ลำดับ	ท่านพึงพอใจกับข้อความ/สถานการณ์ต่อไปนี้ในระดับใด	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
24	การสื่อสาร การประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน					
25	การทำงานร่วมกันของทีมพยาบาลกับทีมสาขาวิชาชีพ					
26	ความสัมพันธ์ในฐานะผู้ร่วมงานของพยาบาลและแพทย์					
	ความพึงพอใจในโอกาสก้าวหน้าในทางวิชาการหรือ ผู้เชี่ยวชาญ (Satisfaction with scholarly opportunities) การ ศึกษาวิจัย (research) การได้ตีพิมพ์งานวิชาการ (publish)					
27	โอกาสในการศึกษาต่อเนื่อง					
28	โอกาสในการทำวิจัย เพื่อพัฒนางาน					
29	การสนับสนุนงบประมาณและเวลาในการเข้าร่วมประชุม เพื่อเพิ่มพูนความรู้					
30	โอกาสในการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งตามผลงาน					
	ความพึงพอใจในสภาพการทำงานและการได้รับการ สนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงาน (Satisfaction with work condition and supervisors support)					
31	ความมั่นใจในตนเองที่เพิ่มขึ้นจากการที่ได้ทำงานในหอ ผู้ป่วยนี้					
32	ความปลอดภัยของสถานที่ปฏิบัติงาน					
33	ความเพียงพอของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการ ปฏิบัติงาน					
34	การปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด					
35	การมอบหมายงานมีการอธิบายอย่างสมบูรณ์เพียงพอ					
36	ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน					
37	ภาระงานด้านเอกสารที่ต้องทำในแต่ละเวร					
38	การมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายและการดำเนินงานของ หน่วยงาน					
39	การได้ใช้ความรู้ ความสามารถในการทำงาน					
40	ความมีอิสระในการทำงาน					
41	การได้รับการยกย่องชมเชย จากหัวหน้าหอผู้ป่วย					
42	การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง					

ลำดับ	ท่านพึงพอใจกับข้อความ/สถานการณ์ต่อไปนี้ในระดับใด	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
43	สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย					
44	การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย					
45	ความช่วยเหลือหรือการให้คำปรึกษาของหัวหน้าหอผู้ป่วย					
	ด้านองค์การ และงานที่รับผิดชอบ					
46	การทำงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล					
47	การทำกิจกรรมในฐานะกรรมการอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย					
48	มีระเบียบวิธีปฏิบัติงานสนับสนุนแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอเหมาะสม					
49	การส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล					
50	การยกย่องชมเชยของผู้มารับบริการ					

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

**ภาคผนวก ง**  
**แบบรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับ**



### เครื่องมือรวบรวมข้อมูลการเกิดแผลกดทับ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

คำชี้แจง บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริง

- 1.HN..... 2. อายุ.....ปี 3.เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง  
 4.วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล.....วัน  
 5. ลักษณะการจำหน่าย

( ) 1.หาย ( ) 2.ทุเลา ( ) 3.ส่งต่อ ( ) 4.ถึงแก่กรรม ( ) 5.อื่นๆ ระบุ.....

6.การวินิจฉัยโรคในครั้งนี้.....

7.โรคประจำตัว.....

8. ( ) 1.ไม่มีการผ่าตัด ( ) 2.มีการผ่าตัด ( ) 3.มีการผ่าตัดที่ใช้เวลานานเกิน 2 ชั่วโมง

9.ระบยาในกลุ่มที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล

( ) 1.ยาSteroid..... ( ) 2.ยานอนหลับ.....

( ) 3.ยาแก้ปวด..... ( ) 4. ยาลดความดัน.....

10.อาการผู้ป่วยแรกรับ

.....

.....

.....





**ภาคผนวก จ**  
**แบบบันทึกภาระงานประจำหอผู้ป่วย**



**ภาคผนวก ฉ**

**ตัวแปรเชิงปริมาณที่นำมาหาความสัมพันธ์ มีการแจกแจงแบบปกติ**

### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		NHPPD	RN	ขมจวน	JOBSATIS	AVERABED
N		20	20	20	20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	4.1045	64.3550	56.85	3.0525	10.00
	Std. Deviation	1.14156	11.49629	7.110	.25743	8.559
Most Extreme Differences	Absolute	.201	.188	.107	.208	.192
	Positive	.201	.097	.106	.124	.192
	Negative	-.098	-.188	-.107	-.208	-.121
Kolmogorov-Smirnov Z		.900	.842	.477	.930	.860
Asymp. Sig. (2-tailed)		.393	.478	.977	.353	.450

- a Test distribution is Normal.  
 b Calculated from data.

**ภาคผนวก ข**

**ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ  
อัตราการเกิดแผลกดทับ และความพึงพอใจในงานของพยาบาล**



โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	อัตราการเกิดแผลกดทับ	ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ
1	ศัลยกรรมหญิง 1	20	2.50
	ศัลยกรรมชาย 1	12	2.68
	อายุรกรรมหญิง 1	28	2.93
	อายุรกรรมชาย 1	20	3.18
	อายุรกรรมชาย 2	28	2.99
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	0	2.90
2	ศัลยกรรมหญิง 1	16	2.96
	ศัลยกรรมชาย 1	0	2.74
	ศัลยกรรมชาย 2	4	3.32
	ศัลยกรรมชาย 3	4	3.09
	ศัลยกรรมชาย/หญิง	4	3.20
	อายุรกรรมหญิง 1	12	3.17
	อายุรกรรมหญิง 2	0	2.93
	อายุรกรรมชาย 1	4	3.25
	อายุรกรรมชาย 2	4	3.13
3	ศัลยกรรมชาย 1	8	3.29
	อายุรกรรมหญิง 1	8	2.93
	อายุรกรรมชาย 1	12	3.16
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	8	3.08
	ศัลยกรรมกระดูกหญิง	8	3.29
		$\bar{X} = 10$ , S.D.= 8.56	$\bar{X} = 3.04$ , S.D.= 0.22

**ภาคผนวก ข**  
**ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ**  
**จำนวน โอิทีต่อเดือน**

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ยจำนวนเวร โอทีต่อเดือน	S.D.
1	ศัลยกรรมหญิง 1	14.76	0.59
	ศัลยกรรมชาย 1	13.56	6.91
	อายุรกรรมหญิง 1	15.26	2.49
	อายุรกรรมชาย 1	9.76	2.86
	อายุรกรรมชาย 2	8.90	0.73
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	12.50	3.13
2	ศัลยกรรมหญิง 1	5.26	3.43
	ศัลยกรรมชาย 1	9.18	7.47
	ศัลยกรรมชาย 2	3.80	3.42
	ศัลยกรรมชาย 3	9.35	9.58
	ศัลยกรรมชาย/หญิง	4.81	3.44
	อายุรกรรมหญิง 1	6.60	2.82
	อายุรกรรมหญิง 2	5.50	5.35
	อายุรกรรมชาย 1	5.13	5.90
3	อายุรกรรมชาย 2	7.17	6.71
	ศัลยกรรมชาย 1	4.52	2.87
	อายุรกรรมหญิง 1	10.35	5.34
	อายุรกรรมชาย 1	8.43	3.89
	ศัลยกรรมกระดูกชาย	5.80	6.22
	ศัลยกรรมกระดูกหญิง	3.80	3.70
		$\bar{X} = 9.24$	S.D. = 6.08

**ประวัติผู้วิจัย**

<b>ชื่อ</b>	นางรณณ พงศ์ภัทรพร
<b>วัน เดือน ปีเกิด</b>	17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2507
<b>สถานที่เกิด</b>	13 หมู่ที่ 2 ตำบลลาดชิด อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
<b>ที่อยู่ปัจจุบัน</b>	39/98 หมู่ที่ 6 ตำบล หัวรอ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
<b>ประวัติการศึกษา</b>	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2529
<b>ที่ทำงาน</b>	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
<b>ตำแหน่ง</b>	หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด