

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของ  
หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

นางพรวิมล พุทธบูชา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2556

**Factors Affecting Nurse Shortage Management Behaviors of Head Nurses  
at General Hospitals in Public Health Inspection Region 5.**

**Mrs. Pornwimon Puttabucha**

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

2013

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของ  
หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5  
ชื่อและนามสกุล นางพรวิมล พุทธบุษชา  
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล  
2. รองศาสตราจารย์ ดร. มุกดา หนูยศรี

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2556

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



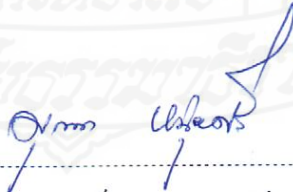
ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ปรังค์ทิพย์ อูจะรัตน์)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. มุกดา หนูยศรี)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(ศาสตราจารย์ ดร. สิริวรรณ ศรีพหล)

ศษ

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของ  
หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5  
**ผู้วิจัย** นางพรวิมล พุทธบุษยา รหัสนักศึกษา 2515100135 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล  
(2) รองศาสตราจารย์ ดร. มุกดา หนูยศรี **ปีการศึกษา** 2556

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 (2) พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย และ (3) อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานและดำรงตำแหน่งอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 158 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งมี 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และ 3) พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าความเที่ยง 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า (1) หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับสูง (2) หัวหน้าหอผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับสูงมาก (3) การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ร้อยละ 13.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**คำสำคัญ** การรับรู้ ภาวะขาดแคลนพยาบาล พฤติกรรมการบริหารจัดการ หัวหน้าหอผู้ป่วย  
โรงพยาบาลทั่วไป

**Thesis title:** Factors Affecting Nurse Shortage Management Behaviors of Head Nurses at General Hospitals in Public Health Inspection Region 5

**Researcher:** Mrs. Pornwimon Puttabucha; **ID:** 2515100135; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr. Warinee Iemsawasdikul, Associate Professor; (2) Dr. Mukda Nuysri, Associate Professor; **Academic year:** 2013

### **Abstract**

The objectives of this descriptive research were: (1) to study perception of nurse shortage management by head nurses at general hospitals in Public Health Inspection Region 5, (2) examine nurse shortage management behaviors of head nurses, and (3) to explore the effect of nurse shortage management perception on nurse shortage management behaviors of head nurses.

The sample included 158 head nurses who had worked at general hospitals in Public Health Inspection Region 5 for at least 1 year. Data were collected by questionnaires which comprised 3 parts: (1) personal data, (2) nurse shortage management perception, and (3) nurse shortage management behaviors. The Cronbach's alpha coefficients of the second and the third parts were 0.87 and 0.91 respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The results showed as follows. (1) Head nurses rated their perception of nurse shortage management at the high level. (2) They also rated their nurse shortage management behaviors at the highest level. (3) Perception of benefits of nurse shortage management explained the variance of nurse shortage management behaviors of head nurses, and this accounted for 13.60 % ( $p < 0.01$ ).

**Keywords:** Perception, Nurse shortage, Management behavior, Head nurse, General hospital

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชื่น ชีวพูนผล และ รองศาสตราจารย์ ดร.มุกดา หนูยศรี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ปรารค์ทิพย์ อุจะรัตน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในความกรุณาของท่านที่ได้ให้ข้อชี้แนะ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่งจนประสบความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ และข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และโรงพยาบาลเสนาที่ให้ทดลองเครื่องมือวิจัย

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

กราบขอบพระคุณบิดา มารดา บุญพการีผู้ให้ชีวิต สติปัญญาและสิ่งที่ดี และครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือเป็นกำลังใจมาตลอด ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือและห่วงใยผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

พรวิมล พุทธบูชา

พฤศจิกายน 2556

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	4
สมมติฐานการวิจัย .....	5
ขอบเขตการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	10
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะขาดแคลนพยาบาล .....	10
แนวคิดเกี่ยวกับการแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล .....	19
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล .....	42
ขอบเขตความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 .....	52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	62
การดำเนินการวิจัย .....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	67

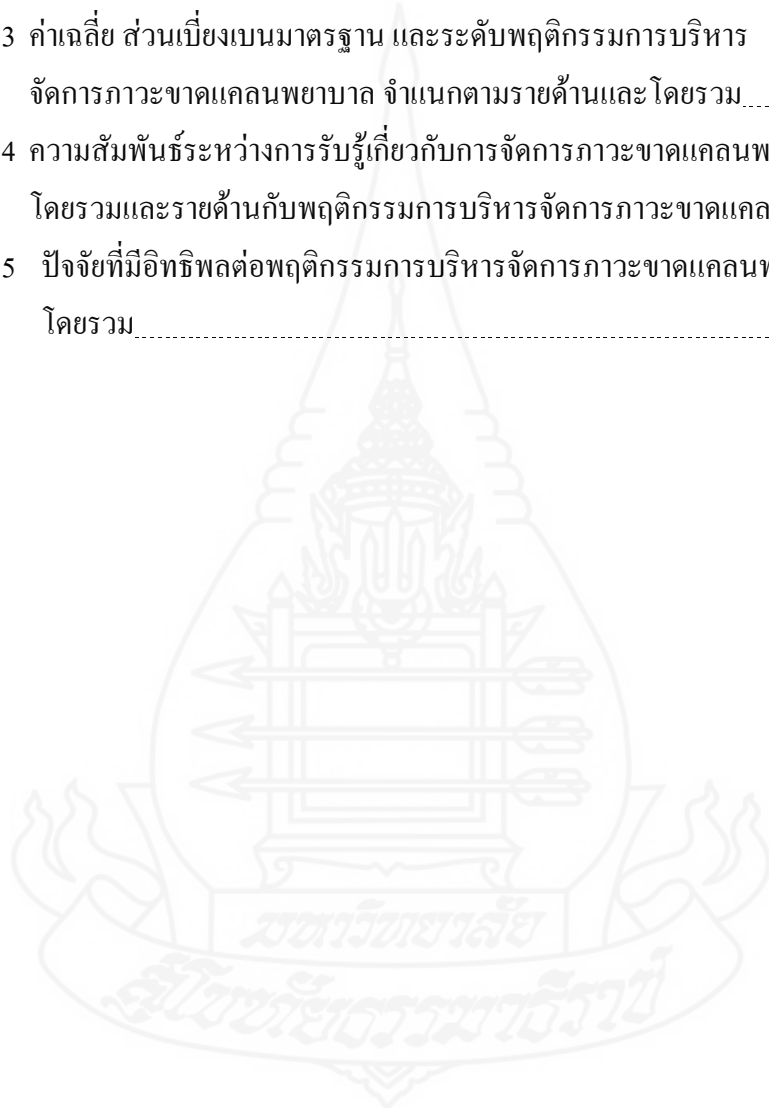
## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	68
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	68
ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล .....	71
ตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล .....	72
ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล .....	73
บทที่ 5 สรุปรายวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	76
สรุปรายวิจัย .....	76
อภิปรายผล .....	79
ข้อเสนอแนะ .....	85
บรรณานุกรม .....	87
ภาคผนวก .....	81
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	98
ข หนังสือขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขอตกลงใช้เครื่องมือ และหนังสือขอเก็บข้อมูลการวิจัย .....	100
ค เอกสารรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	105
ง แบบสอบถาม .....	107
จ ข้อมูลจำนวนหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 และอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ตามกรอบของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 .....	117
ฉ ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับ การจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จำแนกตามรายด้านและรายข้อ ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการบริหาร จัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จำแนกตามรายด้านและรายข้อ .....	120
ง การทดสอบข้อสมมุติของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ .....	126
ประวัติผู้วิจัย .....	132



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	68
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการ ภาวะขาดแคลนพยาบาล จำแนกตามรายด้านและ โดยรวม.....	71
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการบริหาร จัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จำแนกตามรายด้านและ โดยรวม.....	72
ตารางที่ 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยรวมและรายด้านกับพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล.....	74
ตารางที่ 4.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยรวม.....	75



ญ

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ.....	44



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมยอมรับกันโดยทั่วไปตั้งแต่อดีตว่า พยาบาลเป็นกำลังคนที่มีสัดส่วนมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรด้านสุขภาพในระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่เขตเมืองและชนบททุกระดับทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ การให้บริการพยาบาลต้องการบริการที่มีลักษณะพิเศษที่ต้องใช้กำลังคนเป็นหลัก ไม่สามารถทดแทนด้วยเครื่องมือ เครื่องจักร หรือเทคโนโลยีได้มากนัก การวางแผนกำลังคนด้านการพยาบาล จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงความเพียงพอทั้งด้านจำนวน ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของบุคคล เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะสามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง (กฤษดา แสงวดี 2551: 1) ปัจจุบันความต้องการบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากจำนวนผู้ใช้บริการมากขึ้น ปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนการใช้บริการ 149,576,449 ครั้ง และเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.00 ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 175,990,528 ครั้ง ในขณะที่จำนวนพยาบาลวิชาชีพ ในปี พ.ศ. 2551 มี จำนวน 109,797 คน และเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.51 ในปี พ.ศ. 2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร 2555: 65-67) แม้จำนวนพยาบาลวิชาชีพจะเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ทันกับความต้องการของผู้ใช้บริการ จึงทำให้เกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ

การขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า 57 ประเทศ จาก 192 ประเทศ ประสบภาวะขาดแคลนพยาบาลชั้นวิกฤติ และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขาดแคลนพยาบาลจำนวนมาก (World Health Organization, 2006: 10-13) สำหรับประเทศไทยการศึกษากำลังคนของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2548 มีพยาบาลวิชาชีพในวัยทำงาน 97,942 คน ต้องการพยาบาลวิชาชีพ 119,700 คน (FTE) ยังขาดพยาบาลวิชาชีพประมาณ 31,260 คน (กฤษณา แสงวดี อ้างถึงใน สำนักงานพยาบาล 2551) และผลการสำมะโนประชากรในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2553 ควรจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพประมาณ 168,500 คน ในขณะที่มีพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาคบริการสุขภาพทั่วประเทศ ประมาณ 125,250 คน ยังคงขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 43,250 คน โดยเป็นการขาดแคลนในกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุดประมาณ 31,250 คน (วิจิตร ศรีสุพรรณ

และกฤษฎา แสงวดี 2555: 5-6) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ การขาดแคลนพยาบาลในประเทศไทย เป็นปัญหาสะสมมาเรื่อยๆ ตั้งแต่ 40 ปีที่แล้ว ซึ่งมีการขาดแคลนพยาบาลอย่างมาก จากข้อจำกัดในการผลิตพยาบาล การย้ายถิ่นออกไปทำงานต่างประเทศที่มีความต้องการพยาบาลจำนวนมาก และมีสภาพการทำงานที่ตึงเครียด จึงทำให้มีภาวะขาดแคลนพยาบาลและดำเนินมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

การสำรวจเครือข่ายเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553 พบว่า สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1:515 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2553) ในขณะที่องค์การอนามัยโลกกำหนดสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 400 (World Health Organization, 2006: 11-12) จะเห็นได้ว่าเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ยังขาดพยาบาลวิชาชีพอีกมากในการให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล สามารถดำเนินการได้หลายวิธี จากการวิเคราะห์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล สรุปได้ว่า แนวทางการแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดนโยบายและการพัฒนาวิชาชีพที่ชัดเจน การบริหารอัตรากำลัง การธำรงรักษากำลังคนทางการพยาบาล การเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพ และการปรับระบบบริการสาธารณสุข (สมจิต หนูเจริญกุล 2009: 16-17; สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ 2550: 1-2; กาญจนา จันทน์ไทย 2553: 15-16; กฤษฎา แสงวดี และคนอื่นๆ 2552: 90-91)

การบริหารอัตรากำลังเป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพแก่ผู้ใช้บริการ การบริหารอัตรากำลังเป็นคำที่ผู้ทรงคุณวุฒิใช้ในความหมายเดียวกับคำว่า การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการในการจัดบุคลากรพยาบาลในระดับต่างๆ ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในจำนวนและความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมปริมาณงานทั้งหมดของหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (มาริษา สมบัติบุรณ์ 2546: 4) ตามหลักการจัดอัตรากำลังด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากร และด้านสถาบันหรือองค์กร ให้เกิดความเหมาะสมสอดคล้องกัน และดำเนินการตามกระบวนการบริหารอัตรากำลัง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนอัตรากำลัง การจัดตารางปฏิบัติงาน การจัดสรรอัตรากำลังหรือการกระจายอัตรากำลัง (กฤษฎา แสงวดี 2545: 11; สำนักการพยาบาล 2547: 81; มาริษา สมบัติบุรณ์ 2546: 7) ผู้บริหารทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการดังกล่าว โดยเฉพาะผู้บริหารระดับต้นหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน ซึ่งจะช่วยแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาลได้ เพราะเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับบุคลากรพยาบาล สามารถที่จะจูงใจให้บุคลากรอยู่ในองค์กรได้ ซึ่งจะส่งผลให้ไม่เกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล

(บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร 2551: 257)

การบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาล เป็นการทำงานเชิงรุกเพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอ ไม่เกิดปัญหาขาดแคลนบุคลากร เช่นเดียวกับพฤติกรรมปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค เพราะจะทำให้มีการใช้ประโยชน์บุคลากรอย่างเหมาะสมไม่น้อยเกินไปหรือมากเกินไป สามารถใช้คนให้ตรงวัตถุประสงค์ ถูกคน ถูกประเภท ลดอัตราการลาออก และสูญเสียบุคลากรของหน่วยงาน (มาริษา สมบัติบุญณ์ 2546: 3) การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลได้ ซึ่งจะส่งผลให้มีพยาบาลจำนวนเพียงพอกับปริมาณงานซึ่งเพิ่มมากขึ้น พยาบาลไม่ต้องรับภาระงานหนักเกินไป ไม่เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าในการทำงาน จึงลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค ทั้งนี้เพราะการศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ และคนอื่นๆ (2553) ที่พบว่า ปริมาณงานมากคนทำงานน้อยเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดของพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรม ศัลยกรรมและกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง การศึกษาพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนในครั้งนี้ จะเน้นการรับรู้ของบุคคลตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ภาวะคุกคามของโรค ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรม และอุปสรรคของการแสดงพฤติกรรม จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ส่วนปัจจัยร่วมและตัวชี้แนะการกระทำมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker, 1974; สำนักงานโรคไม่ติดต่อ 2553; ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์ 2551; นันทวรรณ สุวรรณรูป 2549)

การศึกษาของ พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและการรับรู้อุปสรรคของการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมได้ร้อยละ 12.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภาสินี ตั้งสวดิย์ (2555) พบว่า ความรู้สึกที่มีต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการรับรู้อุปสรรคของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยรวม ได้ร้อยละ 86.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารระดับต้น เห็นความสำคัญของการบริหารจัดการอัตรากำลัง เพื่อป้องกันภาวะขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 โดยเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้

อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย อันจะช่วยให้สามารถธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถไว้ในระบบบริการพยาบาล เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีความพึงพอใจ นำไปสู่ความมีชื่อเสียงของหน่วยงาน

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

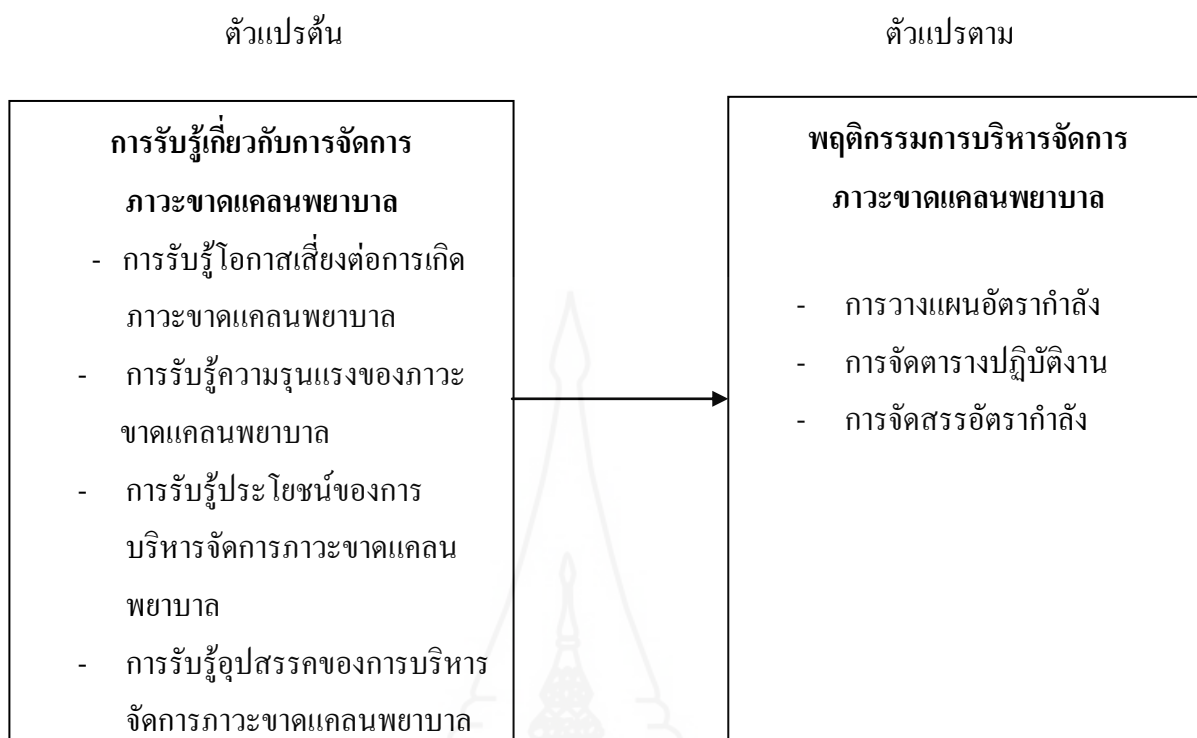
2.1 ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

2.2 ศึกษาพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

2.3 ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ในการศึกษาพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการเชิงรุกในการป้องกันหรือลดภาวะขาดแคลนพยาบาล มีลักษณะเช่นเดียวกับพฤติกรรมป้องกันโรค โดยศึกษาเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ได้แก่ การบริหารอัตรากำลัง ประกอบด้วย การวางแผนอัตรากำลัง การจัดตารางปฏิบัติงาน และการจัดสรรอัตรากำลัง (กฤษดา แสงวงศ์ 2545: 11; มาริษา สมบัติบุรณ์ 2546: 7; สำนักการพยาบาล 2547: 81) การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลมีผลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

## 5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

### 5.1 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ตา หู คอ จมูก สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยหนัก งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 5 จำนวน 12 แห่ง รวมทั้งสิ้น 198 คน

### 5.2 ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรที่จะศึกษาในครั้งนี้มีดังนี้

**5.2.1 ตัวแปรต้น** ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลน พยาบาล ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

**5.2.2 ตัวแปรตาม** ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลน พยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามกระบวนการบริหารอัตรากำลัง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน อัตรากำลัง การจัดตารางปฏิบัติงาน และการจัดสรรอัตรากำลัง

### 5.3 ขอบเขตด้านสถานที่และเวลา

สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตตรวจราชการสาธารณสุข ที่ 5 จำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วย 1) โรงพยาบาลโพธาราม 2) โรงพยาบาลดำเนินสะดวก 3) โรงพยาบาลบ้านโป่ง 4) โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา 5) โรงพยาบาลมะการักษ์ 6) โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 7) โรงพยาบาลพระจอมเกล้า 8) โรงพยาบาลสมุทรสาคร 9) โรงพยาบาลกระทุ่มแบน 10) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า 11) โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และ 12) โรงพยาบาลหัวหิน ระยะเวลารวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม - เดือนตุลาคม 2556



## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

### 6.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ซึ่งวัดได้จาก 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล 3) การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ซึ่งการรับรู้แต่ละด้านมีความหมายดังนี้

**6.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล** หมายถึง ความเชื่อของหัวหน้าหอผู้ป่วยว่าหน่วยงานของตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ซึ่งวัดได้จาก การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยว่าหอผู้ป่วยและ โรงพยาบาลมีโอกาสดเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การคาดการณ์ว่าหอผู้ป่วยและ โรงพยาบาลมีแนวโน้มจะเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นเวลานาน

**6.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล** หมายถึง ความเชื่อของหัวหน้าหอผู้ป่วยว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาลจะมีความรุนแรง หรือจะก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นความยุ่งยากรุนแรง ทั้งต่อร่างกาย อารมณ์ หน้าที่ ชีวิต ฐานะทางสังคมของบุคลากร และหน่วยงาน ซึ่งวัดได้จาก การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยว่าการขาดแคลนพยาบาลจะก่อให้เกิดผลกระทบ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ทำให้บุคลากรมีสุขภาพไม่ดี เสียขวัญ เสียกำลังใจ มีความเครียดในการทำงาน ทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ตามขอบเขตความรับผิดชอบ ชีวิตไม่สมดุลเพราะต้องทำงานมากขึ้น ถูกฟ้องร้องจากการทำงานผิดพลาด เกิดความท้อแท้ ทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมบกพร่อง หรือไม่ครบถ้วน ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว ระดับหอผู้ป่วย ผลการดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย การทำงานมีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ ระดับโรงพยาบาล ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ เกิดการร้องเรียน ทำให้เสียชื่อเสียง เสียค่าใช้จ่ายในการสรรหา ปฐมนิเทศ ฝึกอบรม และพัฒนาพยาบาลใหม่

**6.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล** หมายถึง ความเชื่อของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อประสิทธิผลหรือประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ที่จะนำไปสู่ผลทางบวกในการลดภาวะคุกคามของภาวะขาดแคลนพยาบาล ซึ่งวัดได้จาก การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ที่จะลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ลดความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล ลดปัญหาอื่นๆ ที่จะเกิดตามมาจากภาวะขาดแคลนพยาบาล และก่อให้เกิดผลดีแก่บุคลากร ทำให้มีความรู้สึกชื่นชอบและมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติ มีความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความมุ่งมั่น

ในการทำงาน อุทิศตนให้กับงาน มีแรงจูงใจในการทำงาน หอผู้ป่วยให้บริการอย่างมีคุณภาพ โรงพยาบาลได้รับรางวัล มีชื่อเสียง ลดอัตราการลาออกและสูญเสียบุคลากร

**6.1.4 การรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล** หมายถึง ความเชื่อของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่ออุปสรรคที่จะขัดขวางการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล หรือผลทางลบ/ไม่พึงปรารถนาจากการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ซึ่งวัดได้จาก การรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยว่าการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลจะก่อให้เกิดผลทางลบ ได้แก่ ความไม่พึงพอใจ ความยุ่งยาก ความสิ้นเปลือง และมีอุปสรรคที่จะขัดขวางการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ได้แก่ การขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ขาดความรู้ในการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

**6.2 พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล** หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินการให้มีบุคลากรสอดคล้องกับความต้องการบุคลากร ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ภายในเวลาที่ ต้องการ เพื่อให้ปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายของหอผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งวัดได้จากพฤติกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการดำเนินการตามกระบวนการบริหารอัตรากำลัง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนอัตรากำลัง การจัดตารางปฏิบัติงาน และการจัดสรรอัตรากำลัง ทั้งด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากร และด้านหอผู้ป่วย/โรงพยาบาล ให้เกิดความเหมาะสมสอดคล้องกัน ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความหมาย ดังนี้

**6.2.1 การวางแผนอัตรากำลัง** หมายถึง การคาดคะเนความต้องการพยาบาลวิชาชีพ ทั้งปริมาณและคุณภาพ ได้อย่างเหมาะสมในเวลาที่ต้องการ ซึ่งวัดได้จาก การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังทั้งหมดของหอผู้ป่วย การสำรวจอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน การคาดคะเนอัตรากำลังที่ต้องการ การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน การวางแผนสรรหาอัตรากำลังให้เพียงพอกับความต้องการ และการวางแผนการกระจายและใช้อัตรากำลังอย่างเหมาะสม

**6.2.2 การจัดตารางปฏิบัติงาน** หมายถึง กระบวนการมอบหมายงานแก่บุคลากรพยาบาลทุกประเภททุกระดับ โดยกำหนดวัน เวลาปฏิบัติงาน และวันหยุดของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน เพื่อให้มีอัตรากำลังที่เพียงพอ เหมาะสม อย่างต่อเนื่อง ซึ่งวัดได้จาก การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการสำรวจความต้องการของผู้ป่วย สำรวจความต้องการของบุคลากร สำรวจสิ่งสนับสนุนที่ให้กับบุคลากร กำหนดตารางปฏิบัติงาน และประเมินผลการจัดตารางปฏิบัติงาน

**6.2.3 การจัดสรรอัตรากำลัง** หมายถึง การกระจายบุคลากรพยาบาล ในแต่ละช่วงเวลาให้เหมาะสมกับความต้องการ ทั้งด้านทักษะ และประเภทของบุคลากร ซึ่งวัดได้จาก

การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการกำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย การประเมินความต้องการบุคลากรพยาบาล การจัดและกระจายอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล ในแต่ละเวร ให้เหมาะสมทั้งประเภทของบุคลากรและรอบเวร

**6.3 หัวหน้าหอผู้ป่วย** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างานของหน่วยงานที่มีเตียงผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ตา หู คอ จมูก ผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยหนัก และงานห้องคลอด ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 5

**6.4 โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5** หมายถึง โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 150 - 500 เตียง รับผิดชอบการให้บริการแก่ประชาชนในเขตเมืองและชนบท ตั้งอยู่ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 12 แห่ง

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เพื่อนำผลของการศึกษา มาเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย

7.2 เพื่อนำผลของการศึกษา มาเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลในหน่วยงานอื่นๆ และการบริหารงานอื่นๆ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ครั้งนี้ผู้วิจัยค้นคว้า ตำรา หนังสือ เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะขาดแคลน และจะนำเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะขาดแคลนพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับการแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล
4. ขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะขาดแคลนพยาบาล

##### 1.1 ความหมายของภาวะขาดแคลนพยาบาล

ภาวะขาดแคลน หมายถึง ความขาดสนหรืออัตรัด เนื่องจาก ภาวะ หมายถึง ความมี ความเป็น ความปรากฏ (ราชบัณฑิตยสถาน 2546: 821) ขาดแคลน หมายถึง ขัดสน อัตรัด (ราชบัณฑิตยสถาน 2546: 182) จากความหมายดังกล่าว คำว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาล จึงหมายถึง ความขาดสนหรืออัตรัดพยาบาล นอกจากนั้นยังมีผู้กล่าวถึงความหมายของภาวะขาดแคลนพยาบาลไว้ ดังนี้

กฤษดา แสงวดี (2551: 12-13) กล่าวว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาล หมายถึง ความไม่สมดุลของทรัพยากรพยาบาล ทั้งในด้านองค์ประกอบกำลังคน ด้านประเภทกำลังคน คุณสมบัติกำลังคน และจำนวนกำลังคนพยาบาลในระบบสุขภาพ ส่งผลให้ระบบสุขภาพไม่สามารถบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ การมีสุขภาพดีของประชาชนได้

คิมบอลและโอเนล (Kimball and O'Neil, 2002: 24) กล่าวว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาล หมายถึง ความไม่สมดุลระหว่างอุปทาน (supply) และอุปสงค์ (demand) เนื่องจากปัจจัยด้านประชากร (demographic) คุณสมบัติ ความพร้อมใช้ และความสมัครใจในการทำงาน

ฮูเบอร์ (Huber, 2006: 587) กล่าวว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาล หมายถึง ภาวะไม่สมดุลระหว่างอุปทานของพยาบาล (nurse supply) และอุปสงค์ของพยาบาล (nurse demand) หรือสถานการณ์ที่มีอุปสงค์ในการจ้างพยาบาลมากกว่าอุปทานของพยาบาลที่ต้องการให้จ้าง มิใช่เพียงมีกำลังคนไม่เพียงพอเท่านั้น แต่ยังเกิดในสถานการณ์อื่น เพราะกำลังคนไม่เพียงพอ เกิดได้ทั้งในภาวะขาดแคลน สมดุล และเกิน ขึ้นกับปัจจัยเฉพาะถิ่น เช่น งบประมาณน้อย สภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาล หมายถึง ความไม่สมดุลระหว่างอุปทานและอุปสงค์ของกำลังคนทางการพยาบาล ทั้งในด้านองค์ประกอบ ประเภท คุณสมบัติ และจำนวน

## 1.2 สถานการณ์ของภาวะขาดแคลนพยาบาล

ประเทศไทยเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งภาคเอกชนและรัฐบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2531 เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2535 คณะรัฐมนตรีมีมติให้สาขาวิชาชีพพยาบาลศาสตร์เป็นสาขาวิชาชีพที่ขาดแคลน และให้เพิ่มการรับนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2536 - 2544 ปีละไม่น้อยกว่า 1,100 คน เพื่อเพิ่มการผลิตพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการของประเทศในระยะยาว (กองแผนงาน สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย 2536: บทนำ) พ.ศ. 2538 พบว่า มีพยาบาลวิชาชีพบรรจุ 25,767 คน จากอัตราความต้องการตามกรอบอัตรากำลัง 53,371 คน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2540: 37)

ระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2540 ปัญหาสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไปตามสภาพสังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ การตายด้วยโรคไม่ติดต่อกับมีแนวโน้มสูงขึ้น โรคเอดส์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และมาลาเรีย ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจที่ความรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นวิกฤติในปี พ.ศ. 2540 ทำให้มีการปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุข โดยลดการผลิตกำลังคนมากกว่า ร้อยละ 60 ใน พ.ศ. 2540 - 2547 พร้อมกันนั้นรัฐบาลมีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกระจายทรัพยากรไปสู่การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในชุมชน พ.ศ. 2541 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 980 ต่อมาเศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวใน พ.ศ. 2545 มีการขยายบริการสุขภาพแก่ชาวต่างประเทศ ทำให้เกิดภาวะสมองไหล จากภาครัฐไปสู่เอกชนอีกครั้งหนึ่ง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2548) ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น อัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น ขาดการวางแผนกำลังคนในภาพรวม ขาดระบบการเก็บบันทึกข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดระบบการตรวจสอบกำลังคน เกิดการสูญเสียในระบบสุขภาพ

การศึกษาขนาดกำลังคนพยาบาลวิชาชีพ ในวันที่ 31 ธันวาคม 2548 พบว่า มีพยาบาลวิชาชีพ 97,942 คน เป็นผู้ประกอบวิชาชีพในระบบสุขภาพ 88,440 คน (ร้อยละ 90.30) เป็นอาจารย์พยาบาล ร้อยละ 3.40 ไม่ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ร้อยละ 6.30 ในขณะที่ความต้องการพยาบาลวิชาชีพของประเทศในช่วงเวลาเดียวกัน ควรจะมีพยาบาลวิชาชีพ 119,700 คน ทำให้ขาดพยาบาลวิชาชีพประมาณ 31,260 คน (กฤษฎา แสงวดี 2551) โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 70.40 และมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในส่วนของเอกชน ร้อยละ 12.20 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2550: 255)

ในระหว่าง พ.ศ. 2548 - 2550 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มีการสร้างสุขภาพเชิงรุก ให้สถานอนามัยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน พัฒนาสถานบริการให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานสากล สนับสนุนการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยทั้งภาครัฐและเอกชน พัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน จัดระบบให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ทำให้ความต้องการพยาบาลในสถานอนามัยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพขาดแคลนมากยิ่งขึ้น พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง

ด้านการกระจายของบุคลากร อัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรลดลง ในขณะที่อัตราส่วนของพยาบาลเทคนิคต่อประชากรเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนสถานภาพจากพยาบาลเทคนิคเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยไม่มีการเพิ่มจำนวนพยาบาล จึงต้องเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพจากเดิมปีละ 1,500 คน เป็นปีละ 2,500 คน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2550: 266) ปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพขอโยกย้ายออกนอกพื้นที่ รัฐบาลจึงมีมติในวันที่ 24 เมษายน 2550 เพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3,000 คน (อรชร อินทองปาน และคนอื่นๆ 2551: 4) ซึ่งเมื่อจบการศึกษาจะทำหน้าที่ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้เท่านั้น ทำให้ไม่มีการกระจายพยาบาลวิชาชีพไปยังส่วนอื่นที่ยังขาดอัตรากำลังอยู่

ด้านการผลิต ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา มีการผลิตพยาบาลวิชาชีพปีละ 2,500 คน เท่าเดิม ซึ่งทำให้การขาดแคลนยังคงเป็นปัญหาอยู่ ใน พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรไทย 1 : 531 ในขณะที่องค์การอนามัยโลก กำหนดสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 400 (World Health Organization, 2006: 11-12) กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 282 แสดงว่า การกระจุกตัวของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ในขณะที่การกระจายของพยาบาลวิชาชีพเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 9 ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ (กาญจนา จันทร์ไทย 2556: 11) มีสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 842 แสดงว่า การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นปัญหาอย่างมาก ส่วนในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี ราชบุรี

สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ (กาญจนา จันตรีไทย 2556: 11) มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 515 (กลุ่มภารกิจด้านแผนงานและประเมินผล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2553: 1/6) ซึ่งสูงกว่า ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ และยังพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้นจาก 0.76 เป็น 0.80 และผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 0.80 เป็น 0.91 ซึ่งจำเป็นต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น (สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2553: 21)

ระหว่าง พ.ศ. 2552 - 2554 รัฐบาลกำหนดนโยบายปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขสุขภาพรัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกกระดับสถานีนโยบายเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ การพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาพื้นบ้าน (ศุภกิจศิริลักษณ์ และคนอื่นๆ 2553: 20-30) นโยบายดังกล่าวทำให้มีความต้องการพยาบาลวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น สรุปได้ว่า ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันยังคงมีภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่อย่างต่อเนื่อง และคาดว่าจะดีขึ้นในอีก 10 ปี ข้างหน้า (คณะกรรมการวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ สภาการพยาบาล 2549: 56-57)

### 1.3 สาเหตุของภาวะขาดแคลนพยาบาล

มีผู้กล่าวถึงสาเหตุของภาวะขาดแคลนพยาบาลไว้ ดังนี้

กฤษฎา แสงวดี (2551) กล่าวว่า สาเหตุของการขาดแคลนพยาบาลมี 8 ประการ ได้แก่ 1) ความต้องการพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว 2) มีข้อจำกัดในการผลิตกำลังคนของพยาบาลวิชาชีพ 3) สูญเสียพยาบาลวิชาชีพจากระบบบริการสาธารณสุข 4) ข้อจำกัดของกำลังคนที่มีอยู่ 5) โครงสร้างอายุของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย มีแนวโน้มเข้าสู่โครงสร้างกำลังคนสูงอายุ 6) จำนวนปีการทำงานในวิชาชีพสั้นเพียง 22.55 ปี 7) การขยายตัวของ การเปิดเสรีด้านการค้าและบริการสาธารณสุข และ 8) การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

กลุ่มสารสนเทศและศูนย์ข้อมูล (2551: 2-3) กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้ขาดแคลนพยาบาลมี 4 ประการ ได้แก่ 1) การลดการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ทำให้มีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่น้อยลง ไม่สามารถทดแทนความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพได้ 2) โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องรับภาระที่หนักขึ้น 3) ค่าจ้างแรงงานภาครัฐต่ำกว่าภาคเอกชนมาก 4) ขาดขวัญกำลังใจเพราะไม่มีตำแหน่งบรรจุ ต้องเป็นลูกจ้างชั่วคราว และ 4) เมื่ออายุมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพมักไม่อยากขึ้นเวร และต้องการมีเวลาพักอยู่กับครอบครัวมากขึ้น

กาญจนา จันตรีไทย (2553: 11-14) กล่าวว่า สาเหตุของการขาดแคลนพยาบาลมี 10 ประการ ได้แก่ 1) ความต้องการบริการสาธารณสุขของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว

2) การมีข้อจำกัดในการเพิ่มการผลิต และการชำระรักษากำล้างคนที่มืออยู่ไว้ในระบบบริการ 3) จากปี พ.ศ. 2547-2551 พยาบาลวิชาชีพของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับพยาบาลเทคนิคที่ลดลง จึงไม่มีการเพิ่มกำลังคนในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา 4) การออกจากระบบพอๆ กับจำนวนพยาบาลที่จบการศึกษา ภาพรวมจึงไม่มีกำลังคนเพิ่มในระบบ 5) การออกจากวิชาชีพเร็วกว่ากำหนด 6) ปัญหาการสูงอายุของกำลังคน 7) การขาดความก้าวหน้าในอาชีพ โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข 8) ขาดสภาพการทำงานที่ปลอดภัย และไม่เอื้อต่อการทำงานอย่างมีคุณภาพ 9) การขาดการพัฒนาความรู้และพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และ 10) ภาระงานที่หนักเกินกว่าจะให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ และค่าตอบแทนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน ความรับผิดชอบและความเสี่ยงในการทำงาน

คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (2550: 11-12) กล่าวว่า สาเหตุของการขาดแคลนพยาบาลมี 4 ประการ ได้แก่ 1) การปฏิรูปนโยบายต่างๆ ของภาครัฐ เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้เกิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ 2) สถาบันการผลิตในภาครัฐมีข้อจำกัด ได้แก่ จำนวนอาจารย์ไม่เพียงพอ โครงสร้างพื้นฐานเรื่องอาคารและเครื่องมือที่ต้องการการลงทุนมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถผลิตบุคลากรได้เพียงพอ 3) ขาดกลไกประสานระหว่างสถาบันการผลิตและความต้องการกำลังคนของระบบสุขภาพ และ 4) ขาดการพัฒนากำลังคนหลังสำเร็จการศึกษา

สมจิต หนูเจริญกุล (2009: 12-13) กล่าวว่า สาเหตุของการขาดแคลนพยาบาลมี 7 ประการ ได้แก่ 1) จำกัดการผลิตพยาบาล (limited supply) 2) ระบบการจัดการไม่ดีพอ เช่น การใช้ประโยชน์ การจัดสรร การจูงใจ และความจำกัดด้านโอกาสในอาชีพ 3) สภาพการทำงานที่ไม่ดี 4) พยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ขาดเอกสิทธิ์ในการทำงานในโรงพยาบาล 5) มีอาชีพให้เลือกมากขึ้น 6) ขาดความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ และ 7) ขาดความตระหนักถึงคุณค่าของงานที่พยาบาลกระทำต่อผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ใช้บริการ และการให้แหล่งประโยชน์ต่างๆ

วรรณภา ประไพพานิช สุปาณี เสนาดิสัย และยุวดี ภาษา (2550) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ มี 10 ประการ ได้แก่ 1) สถานภาพการว่างงานไม่เป็นข้าราชการ เป็นลูกจ้างไม่มีเกียรติ การไม่ได้รับสิทธิต่างๆ หรือได้น้อย เช่น ค่ารักษาพยาบาล เงินบำเหน็จ บำนาญ เมื่อครบอายุการทำงาน 2) ภาระงานที่ไม่เหมาะสม อัตรากำลังน้อยกว่าที่ควรเป็น ภาระงานเพิ่มมากขึ้น 3) ค่าตอบแทนและสวัสดิการน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานและไม่เท่าเทียมกับวิชาชีพอื่น 4) ความเครียดจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น 5) สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม 6) ขาดความก้าวหน้าในงานและการศึกษาต่อ 7) ความไม่ยุติธรรมในการบริหาร เช่น การพิจารณาความดีความชอบ 8) การทำงานเวรในช่วงบ่ายและช่วงดึก และวันหยุด



ราชการ 9) ความสัมพันธ์กับร่วมงานมีน้อย และ 10) ปัจจัยส่วนตัวอื่นๆ เช่น กลับไปทำงานในภูมิภาคเดิม ย้ายตามครอบครัว ภาระทางครอบครัว เป็นต้น

กราฟ (Graf, 1992: 83) กล่าวว่า สาเหตุของภาวะขาดแคลนพยาบาลมี 2 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติมากขึ้น แต่ DRG กำหนดให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง มีผลให้ต้องการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า ในปี ค.ศ. 1985 โรงพยาบาลจ้างพยาบาล 50 คน เพื่อดูแลผู้ป่วย 100 คน แต่ในปี ค.ศ. 1986 โรงพยาบาลต้องใช้พยาบาล 91 คน ในการดูแลผู้ป่วย 100 คน 2) มีความต้องการพยาบาลในระดับวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น โดยโรงพยาบาลเปลี่ยนความต้องการจ้างพยาบาลเทคนิค ไปเป็นการจ้างพยาบาลวิชาชีพ แทนในระหว่างทศวรรษ 1930 - 1980 ส่งผลให้ทศวรรษ 1980 มีการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ โดยไม่มีการขาดแคลนพยาบาลเทคนิค

กิมบอลและโอเนล (Kimball and O'Neil, 2002: 14-17) กล่าวว่า สาเหตุที่ก่อให้เกิดวิกฤติด้านอุปสงค์ของพยาบาลในปัจจุบัน และในอีก 2 ทศวรรษข้างหน้ามีปัจจัยที่หลากหลายซับซ้อนมากกว่าในอดีต มี 4 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากร ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้แหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ความต้องการบริการพยาบาลจะสูงขึ้นด้วย แม้จะยังไม่ได้พิจารณาเรื่องอายุที่ยืนยาวขึ้น และการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในช่วงท้ายของชีวิต มีผู้ปฏิบัติงานที่มีทักษะพื้นฐานและเทคโนโลยีจำนวนน้อยลง ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนในทุกระดับของระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากมีผู้ปฏิบัติงานจำนวนน้อยลง แต่ความต้องการทักษะเพิ่มมากขึ้น ผู้ปฏิบัติงานมีอายุมากขึ้น อายุเฉลี่ยของพยาบาลในสหรัฐอเมริกา คือ 44 ปี แต่การปฏิบัติงานต้องใช้กิจกรรมทางกายมาก ดังนั้นพยาบาลจึงไม่ปรารถนาหรือไม่สามารถจะปฏิบัติงานได้มากเมื่ออายุถึง 50 ปี นั่นหมายถึง จะมีผู้เกษียณอายุจำนวนมาก หากไม่มีการปรับบทบาทและบันไดความก้าวหน้าใหม่ นอกจากนั้นยังมีเหตุมาจากความไม่ลงตัวระหว่างความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม อันเป็นผลมาจากความแตกต่างด้านเชื้อชาติของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ 2) ค่านิยม สตรีเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้นตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 1950 ส่งผลให้สตรีมีทางเลือกในอาชีพมากขึ้น สตรีจึงไม่เข้าสู่อาชีพหรือวิชาชีพดั้งเดิม มีสตรีเลือกวิชาชีพการพยาบาลน้อยลง ในขณะที่ไม่มีบุรุษเข้าสู่วิชาชีพ ค่านิยมอีกประการที่มีผลต่อการขาดแคลนพยาบาล คือ ค่านิยมของประชากรที่เกิดในระหว่าง ค.ศ. 1961 - 1981 ซึ่งถูกเรียกว่าเป็นกลุ่มเอ็กซ์ (X) มีความปรารถนาจะทำงานด้านบริการ แต่มีความรู้สึกต่อต้านสถาบัน ไม่ชอบความซับซ้อน ต้องการงานที่ยืดหยุ่นหลากหลาย ใช้เทคโนโลยีพัฒนาทักษะใหม่ และทำงานในชุมชน แต่การรับรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาลจะตรงกันข้ามกับความต้องการเกี่ยวกับงาน 3) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ในทศวรรษที่ผ่านมาระบบบริการสาธารณสุขต้องรับผิดชอบกับผลลัพธ์ด้านบริการที่สูงขึ้น ในขณะที่มีแหล่งประโยชน์น้อยลง ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเครียดและออกจากอาชีพ ทำให้การดำรงรักษาพยาบาลไว้ในระบบ และ

สรรหาบุคลากรใหม่เข้าสู่ระบบมีความยุ่งยากมากขึ้น 4) ผู้ใช้บริการตื่นตัวต่อมีบทบาทใหม่ ในอดีต ผู้ใช้บริการจะมีบทบาทน้อย มีโอกาสแสดงความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ได้รับน้อย แต่ปัจจุบันผู้ใช้บริการมีบทบาทโดยตรงในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ให้บริการต้องให้คุณค่ากับความรับผิดชอบต่อผู้ให้บริการมากขึ้น เพื่อให้องค์การประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน

แซน และคนอื่นๆ (Chan and others, 2004: 7) กล่าวว่า สาเหตุของภาวะขาดแคลนพยาบาล มี 7 ประการ ได้แก่ 1) ความไม่พึงพอใจกับภาระงานในปัจจุบัน 2) การทำงานเป็นเวร 3) ข้อจำกัดของโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ 4) การรับรู้ถึงความค้ำคั่งในสถานะของพยาบาล 5) ความกดดันจากความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพสุขภาพ 6) การลดลงของค่าตอบแทนและเอกสิทธิ์ในงาน 7) มีการย้ายไปที่อื่น เนื่องจากความไม่ลงตัวของระหว่างบุคคลกับองค์กร และ 8) ผู้บริหารโรงพยาบาลมุ่งเน้นการธำรงรักษาสมรรถนะของพยาบาลมากขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ

ฮูเบอร์ (Huber, 2006: 591-592) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้ขาดแคลนพยาบาล มี 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการศึกษาพยาบาล มีพยาบาลจบใหม่น้อยลง 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่ทำงานไม่ดึงดูดใจและไม่อาจธำรงรักษาพยาบาลให้คงอยู่ได้ และ 3) ปัจจัยด้านประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่มีอายุมาก จึงมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานน้อยลง

โฮแกน และคนอื่นๆ (Hogan and others, 2007) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาล มี 10 ประการ ได้แก่ 1) อัตราการลาออก 2) อายุเฉลี่ยของพยาบาล 3) จำนวนผู้สมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาล 4) ภาระงาน 5) ค่าตั้งคนพยาบาลมีจำนวนน้อย 6) ผลจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 7) ภาวะผู้นำและวิธีการจัดการ 8) วัฒนธรรมองค์กร 9) การจัดการการเปลี่ยนแปลง และ 10) การเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติของพยาบาลทั้งในพื้นที่และนานาชาติ และความต้องการเร่งด่วนที่จะเพิ่มคุณค่าพยาบาล

รอสเซตเตอร์ (Rosseter, 2010: 3) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะขาดแคลนพยาบาล มี 6 ประการ ได้แก่ 1) มีผู้สมัครเข้าเรียนพยาบาลไม่เพียงพอต่อความต้องการพยาบาล 2) ขาดแคลนอาจารย์พยาบาล ทำให้รับนักศึกษาไม่ได้มาก 3) อายุเฉลี่ยของพยาบาลสูงขึ้น 4) โครงสร้างประชากรเปลี่ยน ทำให้ความต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อดูแลผู้สูงอายุ 5) อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ ทำให้ระดับความเครียดของพยาบาลสูงขึ้น มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในงานและผลักดันให้พยาบาลออกจากวิชาชีพ และ 6) อัตราการย้ายและตำแหน่งว่างของพยาบาลที่สูง ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า สาเหตุของการขาดแคลนพยาบาล ได้แก่ ความต้องการพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น การสูญเสียพยาบาลออกจากระบบบริการสาธารณสุข ข้อจำกัดในการผลิตพยาบาล ขาดการกำหนดนโยบายด้านกำลังคน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1.3.1 ความต้องการพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากสาเหตุหลายประการ ดังนี้

1) นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค และมีการขยายระบบบริการสู่ชุมชนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ใช้บริการมีมากขึ้น จากอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มจาก 0.76 เป็น 0.80 และผู้ป่วยใน เพิ่มจาก 0.80 เป็น 0.91 ซึ่งจำเป็นต้องใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมาก ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น (สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2553: 21) ร่วมกับ ก.พ. มีนโยบายจำกัดกำลังคน จึงทำให้วิชาชีพการพยาบาลขาดแคลนมากยิ่งขึ้น

2) นโยบายเปิดการค้าเสรีและพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพในทวีปเอเชีย ทำให้เกิดการแข่งขันด้านบริการสาธารณสุขของภาคเอกชน ดึงดูดให้พยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ภาคเอกชนมากขึ้น รวมทั้งการดูแลสุขภาพโดยศาสตร์ผสมผสานที่ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพในการดูแล จึงทำให้ต้องการพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น

3) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ทำให้ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 9.43 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 10.30 ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและยุ่งยากซับซ้อน และมีผู้ใช้แรงงานต่างด้าว รวมทั้งผู้เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย ที่ต้องให้การดูแลด้วย

4) อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อ โรคไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุมีความรุนแรงและจำนวนมากขึ้น จากข้อมูลการบาดเจ็บ 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 - 2550 พบว่าแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่จักรยานยนต์สูงขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 46.20 ในปี พ.ศ. 2550 - 2552 พบผู้บาดเจ็บจากการขับขี่ยานพาหนะทุกประเภท ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปีใหม่ ร้อยละ 44.00 - 59.60 และช่วงเทศกาลสงกรานต์ ร้อยละ 48.50 - 57.40 ทำให้ต้องใช้บุคลากรทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น

### 1.3.2 การสูญเสียพยาบาลออกจากระบบบริการสาธารณสุข จากเหตุผลต่างๆ ดังนี้

#### 1) การใช้และธำรงรักษาพยาบาลไม่เหมาะสม ดังนี้

(1) สถานภาพการว่างไม่มีสัญญาผูกพันในการบรรจุเป็นข้าราชการ การเป็นลูกจ้างไม่มีเกียรติ ไม่ได้รับสิทธิต่างๆ หรือได้น้อย เช่น ค่ารักษาพยาบาล เงินบำเหน็จบำนาญ เมื่อครบอายุการทำงาน ทำให้พยาบาลส่วนหนึ่งไปทำงานภาคเอกชน เนื่องจากได้รับค่าตอบแทนที่สูงกว่า 2 - 3 เท่า เหลือทำงานในสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขเพียง ร้อยละ 30 (วิจิตรา กุสุมภ์ และคนอื่นๆ 2553: 201)

(2) ภาระงานที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากอัตรากำลังน้อยกว่าที่ควรเป็น ทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้น เกิดปัญหาไม่รู้จักจบ

(3) ระบบการจัดการไม่ดีพอ เช่น การพิจารณาความคิดความชอบ ด้านการใช้ประโยชน์ การจัดสรรอัตรากำลัง การจูงใจ และความก้าวหน้าในอาชีพ ที่ไม่ดีพอ ทำให้เกิดความคับข้องใจ

(4) ขาดความก้าวหน้าในงานและการศึกษาต่อ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานต้องการความก้าวหน้าทัดเทียมกับวิชาชีพอื่น การลาศึกษาต่อทำได้ยากลำบาก ต้องหาคนขึ้นเวรแทน ขึ้นเงินเดือนไม่เพิ่มขึ้นในช่วงลาศึกษาต่อ และหลังจากจบการศึกษาไม่มีตำแหน่งรองรับ ทำให้ขึ้นเงินเดือนและตำแหน่งเท่ากับคนที่ไม่ได้ศึกษาต่อ จึงหันไปศึกษาต่อในสาขาอื่นแทน ทำให้ขาดพยาบาลชำนาญการเฉพาะทาง

(5) ค่าตอบแทนและสวัสดิการน้อย เมื่อเทียบกับภาระงานและไม่เท่าเทียมกับวิชาชีพอื่น

(6) การทำงานหนัก โดยเฉพาะการทำงานเวรในช่วงบ่ายและช่วงดึก และวันหยุดราชการ ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรพยาบาล

(7) ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานมีน้อย ขาดการปฏิสัมพันธ์ทั้งกับผู้ร่วมงานและกับผู้ป่วย เนื่องจากช่วงเวลาในการทำงานไม่ตรงกัน และภาระงานมากทำให้ไม่สามารถพูดคุยถามปัญหาผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งขาดการยอมรับและให้เกียรติจากวิชาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะแพทย์ ทำให้การตัดสินใจขึ้นอยู่กับแพทย์เป็นส่วนใหญ่ พยาบาลขาดโอกาสคิดตัดสินใจเกี่ยวกับงาน ขาดการพัฒนาตนเอง เบื่อหน่าย เปลี่ยนงานและลาออกในที่สุด

(8) บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ทำให้ไม่เข้าใจว่างานอะไรควรทำ งานอะไรไม่ควรทำ หรืองานอะไรให้ผู้อื่นทำแทนได้ ทำให้ต้องรับภาระทำงานทุกอย่าง ทั้งงานดูแลผู้ป่วย งานพัฒนาคุณภาพ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล งานนโยบายจากผู้บริหาร และการจัดการบุคลากรในหน่วยงาน ทำให้ไม่ได้ทำงานการพยาบาลซึ่งเป็นงานหลักอย่างแท้จริง จึงทำให้เกิดการเหน็ดเหนื่อย เบื่อหน่าย และออกจากระบบ

(9) ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะพื้นฐานด้านเทคโนโลยีจำนวนน้อยลง ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรในทุกระดับ ของระบบบริการสาธารณสุข

2) สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ปลอดภัยและไม่เหมาะสม เช่น มีการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อต่างๆ ทำให้ต้องทำงานอย่างระมัดระวังตลอดเวลา กลัวว่าจะส่งผลมาถึงตนเองและครอบครัว สถานที่ทำงานคับแคบ บ้านพักอยู่ไกลหน่วยงาน ต้องมาทำงานในเวลา

กลางคืน ทำให้เกิดความอึดอัด และความกลัวในการมาปฏิบัติงาน จึงเปลี่ยนงานไปทำงานอื่นที่มีความเสี่ยงน้อยกว่า

3) การเปลี่ยนไปทำอาชีพอื่นและบางส่วนเข้าโครงการเกษียณอายุราชการ ก่อนกำหนด

### 1.3.3 ข้อจำกัดในการผลิตพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพลดลงดังนี้

1) การลดการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ทำให้มีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่น้อยลง ไม่สามารถทดแทนความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพได้

2) สถาบันการผลิตในภาครัฐมีข้อจำกัด เรื่องจำนวนอาจารย์ไม่เพียงพอ โครงสร้างพื้นฐานเรื่องอาคารและเครื่องมือที่ต้องการการลงทุนมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถผลิตบุคลากรได้เพียงพอ

3) ขาดกลไกประสานระหว่างสถาบันการผลิตและความต้องการกำลังคน ของระบบสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถผลิตบุคลากรตามความต้องการได้

4) ค่านิยม สตรีเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น ตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 1950 ส่งผลให้สตรีมีทางเลือกในอาชีพมากขึ้น สตรีจึงไม่เข้าสู่อาชีพหรือวิชาชีพดั้งเดิม มีสตรีเลือก วิชาชีพการพยาบาลน้อยลง ในขณะที่ไม่มีบุรุษเข้าสู่วิชาชีพ

1.3.4 ขาดการกำหนดนโยบายด้านกำลังคน ทั้งในระดับชาติและหน่วยงาน ผู้บริหารทางการแพทย์ไม่ได้มีส่วนร่วมในกำหนดนโยบายด้านกำลังคนของสถานบริการ สาธารณสุข ทำให้ปัญหาด้านกำลังคนไม่ได้รับการแก้ไขอย่างแท้จริง การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ จึงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล

การแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาลในประเทศไทยมีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และระบาดวิทยา ประกอบกับการขยายหลักประกัน สุขภาพแก่ประชาชนไทย และการขยายบริการสุขภาพ เพื่อรองรับการเปิดเสรีด้านการค้าบริการ ในฐานะศูนย์กลางการบริการการแพทย์ (medical hub) ในภูมิภาคเอเชีย ส่งผลให้มีความต้องการ พยาบาลเพิ่มมากขึ้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวงดี 2555: 5) จึงทำให้ประเทศไทยเกิด ภาวะขาดแคลนพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ที่จะต้อง ดำเนินการแก้ไขต่อไป

## 2.1 แนวทางแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล

มีผู้กล่าวถึงแนวทางแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาลดังนี้

สมจิต หนูเจริญกุล (2009: 16-17) กล่าวว่า การแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาลมีดังนี้ 1) สร้างโอกาส ให้รางวัลและสร้างความเป็นผู้นำที่จะช่วยทำนุบำรุงพยาบาลที่มีคุณภาพไว้ในวิชาชีพ 2) เตรียมบัณฑิตให้เจริญเติบโตในวิชาชีพอย่างยั่งยืน 3) ให้ผลตอบแทนทางการเงิน 4) ให้ผลตอบแทนที่ไม่ใช่ด้านการเงิน และ 5) สร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ท้าทายสติปัญญา และทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจ

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ (2550: 1-2) กล่าวว่า การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลมีดังนี้ 1) การจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสม 2) จัดเวรสำรองไว้เมื่อเกิดภาวะเร่งด่วน 3) นำระบบสารสนเทศมาใช้งาน 4) แยกงานที่ไม่จำเป็นต้องใช้พยาบาล โดยหากคนมาช่วยงาน 5) บริหารงานให้โปร่งใส 6) กำหนดค่าตอบแทนให้เหมาะสม เพิ่มค่าตอบแทน 7) มีสวัสดิการที่ดี 8) มีหอพักที่ดี 9) ดูแลสุขภาพอนามัยบุคลากร มีการตรวจสุขภาพ 9) ให้ทุนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 2 3 จบมาให้ใช้ทุน 10) เชิดชูเกียรติพยาบาลดีเด่น 11) กำหนดเกณฑ์การออกเวรเบา ดึก 12) สนับสนุนให้มีการพัฒนา ส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อเนื่อง 13) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูง และ 14) พัฒนาบัณฑิตวิชาชีพ

กลุ่มสารสนเทศและศูนย์ข้อมูล (2551: 3) กล่าวว่า แนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ มีดังนี้ 1) การเพิ่มค่าตอบแทนให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2547 แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข จึงกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขได้รับ พ.ต.ส. ประจำปีงบประมาณ 2550 ในอัตราตามบัญชีกลุ่มตำแหน่งตามลักษณะงาน 2) เพิ่มอัตราการผลิตพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น เป็นปีละ 2,500 คน และมีการผลิตเพิ่มพิเศษเพื่อไปทำงานยัง 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในปีการศึกษา 2550 อีก 3,000 คน 3) มีความพยายามให้ ก.พ. เร่งบรรจุพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้การบริการทางด้านสาธารณสุขดำเนินไปอย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และ 4) การปฏิรูประบบราชการเพื่อให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถและงาน เพื่อเป็นแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานในภาครัฐ

กาญจนา จันทร์ไทย (2553: 15-16) กล่าวว่า การแก้ปัญหาภาวะขาดแคลนพยาบาลมีดังนี้ 1) การเพิ่มการผลิตพยาบาลเพื่อแก้ไขการขาดแคลน 2) การบริหารจัดการให้เกิดการกระจายกำลังคนตามภาระงาน และ 3) ลดการสูญเสียกำลังคนออกจากระบบ ด้วยมาตรการด้านการสร้างแรงจูงใจและการธำรงรักษา ทั้งด้านการเงินและไม่ใช่งาน

กฤษดา แสงวงศ์ และคนอื่นๆ (2552: 90-91) กล่าวว่า การแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ มีดังนี้ 1) การผลิตพยาบาลในขนาด 7,000 คนต่อปี ปัจจุบันประเทศไทยกำลังการผลิตเพียง 6,000 คนต่อปี จึงต้องมีการลงทุนเกี่ยวกับทรัพยากรที่สำคัญ คือ การเพิ่มจำนวนอาจารย์พยาบาล และพัฒนาขีดความสามารถของอาจารย์พยาบาลให้มีคุณสมบัติตามมาตรฐานการศึกษา กำหนด 2) การกำหนดนโยบายธำรงรักษากำลังคนและสร้างแรงจูงใจที่จะทำให้พยาบาลคงอยู่ในอาชีพยาวนานขึ้น และลดการสูญเสียกำลังคน 3) มีการศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถดึงดูดพยาบาลวิชาชีพที่ออกไปทำงานสนับสนุนในระบบสุขภาพให้กลับมาทำงานในวิชาชีพ 4) เตรียมการรองรับการทำงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่สูงอายุ โดยการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน ให้ปลอดภัยและจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ในการทำงานที่สะดวกอย่างเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดการทำงานหนักของพยาบาลที่นับวันจะสูงอายุขึ้น รวมทั้งขยายโอกาสการเปลี่ยนงานของพยาบาลอาวุโส จากงานบริการไปทำงานวิชาการ หรือการเปลี่ยนไปเป็นอาจารย์พยาบาลเพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพการผลิตพยาบาล และ 5) มีการศึกษาติดตามแบบแผนการเปลี่ยนแปลงสภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงตารางชีพการทำงาน of พยาบาลในอนาคต

สารา วงษ์เจริญ (2553: 15-16) กล่าวว่า ข้อเสนอทางออกในการแก้ปัญหาภาวะขาดแคลนพยาบาล มีดังนี้ 1) กำหนดทิศทาง นโยบายการพัฒนาวิชาชีพที่ชัดเจน 2) การผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์อย่างจริงจัง 3) สร้างนักวิจัยด้านกำลังคนในระบบสุขภาพ 4) สร้างและสนับสนุนนักคิดสร้างสรรค์ และ 5) ทำการศึกษาวิจัย ระดับมหภาคและจุลภาค

กิมบอลและโอเนล (Kimball and O'Neil, 2002: 46) กล่าวว่า ข้อเสนอแนะในการแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระงานและสภาพแวดล้อมการทำงาน โดยลดภาระงานของแต่ละคน จัดให้มีบุคลากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ เช่น เสมียน เจ้าหน้าที่เทคนิค เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้จัดการพยาบาลมีความสามารถในการสนับสนุนหน่วยงาน รับฟังและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 2) เพิ่มเงินเดือน 3) ยกย่องและสนับสนุนพยาบาล โดยกระตุ้นให้แพทย์ปฏิบัติกับพยาบาลในฐานะผู้ร่วมงาน และ 4) การศึกษาและการพัฒนาวิชาชีพ โดยปรับปรุงกระบวนการปฐมนิเทศและจัดการศึกษาต่อเนื่อง

บุชเชนและคาลแมน (Buchan and Calman, 2004: 6) กล่าวว่า กรอบนโยบายในการเตรียมรับภาวะขาดแคลนพยาบาลมี 4 ประการ คือ 1) การวางแผนอัตรากำลัง 2) การสรรหาและดำรงรักษาพยาบาลที่มีอยู่ 3) การปรับโครงสร้างและการประเมินผลการปฏิบัติงาน และ 4) การใช้คนให้เกิดประโยชน์สูงสุดและใช้ทักษะผสมผสานอย่างเหมาะสม

ฮูเบอร์ (Huber, 2006: 595-600) กล่าวว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาล ต้องใช้กลยุทธ์ที่จะทำให้กำลังคนด้านการพยาบาลคงที่ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังนี้ 1) กลยุทธ์ด้านการศึกษา เพิ่มจำนวนผู้สมัครเข้าเรียนพยาบาล 2) ออกแบบสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ที่จะธำรงรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในงาน และ 3) กลยุทธ์ในระบบการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความต้องการบริการพยาบาล

ซิกมาทีตาทาว นานาชาติ (Sigma Theta Tau International) กล่าวว่า การแก้ไขปัญหภาวะขาดแคลนพยาบาล มีดังนี้ 1) แสดงให้ผู้ผู้นำในระบบสุขภาพเห็นว่าพยาบาล จะก่อให้เกิดความแตกต่างอย่างชัดเจนในระบบสุขภาพ 2) ปรับภาพลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล ให้เป็นวิชาชีพที่มีความรู้สูง (highly versatile profession) ที่คนหนุ่มสาว สามารถเรียนรู้เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การบริการลูกค้า การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะการตัดสินใจ 3) สร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ให้มีลักษณะสหสาขาวิชาชีพและมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาล แพทย์ บุคลากรสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งผู้ป่วยและชุมชน 4) พัฒนาระบบการประเมินผล เพื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผลลัพธ์ของผู้ป่วย 5) กำหนดมาตรฐานและกลไกที่จะสร้างการตระหนักรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติวิชาชีพ 6) พัฒนาระบบการให้ผลตอบแทนการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลที่ทุ่มใจในการทำงาน 7) ประเมินผลกระทบของการขาดแคลนพยาบาลต่อนักการศึกษาพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล และนักวิจัยทางการพยาบาลในอนาคต และหาแนวทางแก้ไข 8) ใช้กลยุทธ์การตลาด ที่จะช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ของการพยาบาล และช่วยให้การสรรหานักศึกษาที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้าร่วมวิชาชีพ 9) ส่งเสริมให้พยาบาลมีการศึกษาสูงขึ้นในทุกระดับ และ 10) พัฒนาและใช้กลยุทธ์ที่ส่งเสริมการธำรงพยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาล ไว้ในตลาดแรงงาน

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล มีดังนี้ 1) การกำหนดนโยบายและการพัฒนาวิชาชีพที่ชัดเจน เพื่อจะได้ทราบความต้องการพยาบาล การกำหนดนโยบายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน 2) การบริหารอัตรากำลัง ด้วยการจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน กระจายบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน จัดอัตรากำลังสำรองเมื่อเกิดภาวะเร่งด่วนวิกฤติ 3) การธำรงรักษากำลังคนทางการพยาบาล ด้วยการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เช่น ให้ผลตอบแทนที่เหมาะสม ให้รางวัล จัดสวัสดิการที่ดี เชิดชูเกียรติ เป็นต้น สร้างโอกาสหรือความก้าวหน้าทางวิชาชีพอย่างยั่งยืน ปรับระบบการทำงาน ให้มีความท้าทาย ให้ความสำคัญขอบงานที่สำคัญด้านการพยาบาล นำระบบสารสนเทศมาใช้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย พัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง จัดให้มีบุคลากรสนับสนุนเพียงพอ 4) เพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการให้ทุนการศึกษา เพิ่มจำนวนอาจารย์ พัฒนาสมรรถนะ



ของพยาบาล ปรับภาพลักษณ์ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อจูงใจให้คนมาศึกษามากขึ้น และ 5) การปรับระบบบริการสาธารณสุข เพื่อลดความต้องการพยาบาล ด้วยการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเอง ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ จะเห็นได้ว่าการดำเนินการแก้ไขส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารองค์การ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่ผู้บริหารการพยาบาล

## 2.2 การบริหารอัตรากำลัง

### 2.2.1 ความหมายของการบริหารอัตรากำลัง

นักวิชาการพยาบาลใช้คำว่า “การบริหารอัตรากำลัง” (วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ 2547; ส่องศรี กิตติรัศมิ์ตระกูล 2550) ในความหมายเดียวกับคำว่า “การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล การจัดอัตรากำลัง การบริหารจัดการกำลังคน การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่” (มาริษา สมบัติบุรณ์ 2546; สำนักการพยาบาล 2547; กฤษดา แสงวงศ์ 2551; ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ 2549) และมีความหมายตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Staffing pattern หรือ Manpower determination หรือ Staffing process (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ 2549: 7-32; Heidenthal, 2004: 122) หรือ Nursing Staffing (สำนักการพยาบาล 2547: 79) หรือ Staffing (Huber, 1996: 449) โดยมีความหมายของคำแต่ละคำดังนี้

ส่องศรี กิตติรัศมิ์ตระกูล (2550: 3) กล่าวว่า การบริหารอัตรากำลัง หมายถึง การจัดการกำหนดความต้องการบุคคล สำหรับทำงานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (ผลงานและเวลา) เพื่อให้สามารถทำงานบรรลุเป้าหมาย อย่างมีแบบแผน เป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ

ฮูเบอร์ (Huber, 1996: 449) กล่าวว่า การบริหารอัตรากำลัง (Staffing) หมายถึง การกำหนดกำลังคนและการจัดตารางเวร

ไฮเดนทอล (Heidenthal, 2004: 122) กล่าวว่า การบริหารอัตรากำลัง (Staffing pattern) หมายถึง การวางแผนที่จะจัดการบุคลากรหลายๆ ระดับตามความต้องการ โดยหัวหน้างาน

สำนักการพยาบาล (2547: 81) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบ และตั้งอยู่บนพื้นฐานหลักของความเป็นเหตุเป็นผล ในการกำหนดจำนวน ประเภท บุคลากรพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพ มาตรฐานการดูแลแก่ผู้ป่วย/ ผู้ใช้บริการ

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (2551: 261) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลัง หมายถึง กระบวนการของการทำให้เกิดความสมดุล ระหว่างปริมาณความต้องการพยาบาลของ

ผู้ป่วย กับปริมาณของบุคลากรพยาบาลในองค์กร ซึ่งยึดหลักการปรับเปลี่ยนตามความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละวัน แต่ละเวรภายใต้หลักการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคนเท่ากับ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

กฤษฎา แสงวงดี (2551: 6-39) กล่าวว่า การบริหารจัดการกำลังคนหรือการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ มีความหมายใน 2 ระดับ คือ การบริหารจัดการระดับชาติ และระดับองค์กร การบริหารจัดการระดับชาติ หมายถึง กระบวนการวางแผน เพื่อให้ได้มาซึ่งบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในด้านต่างๆ ตามจำนวนที่ต้องการและภายในเวลาที่ต้องการ การบริหารจัดการในระดับองค์กร หมายถึง การจัดการในทุกๆ ด้าน เกี่ยวกับบุคลากรในองค์กรนั้นๆ ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความรู้ความสามารถ ของแต่ละบุคคลตลอดเวลา

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ (2549: 7-32) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ หมายถึง การกำหนดจำนวนและ/หรือระดับประกอบสายงานของตำแหน่งเจ้าหน้าที่ในองค์กรหรือหน่วยงานให้เหมาะสมกับลักษณะหน้าที่ ความรับผิดชอบ ปริมาณและคุณภาพของแต่ละองค์กรหรือหน่วยงาน

มาริษา สมบัติบุรณ์ (2546: 4) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการในการจัดบุคลากรพยาบาลในระดับต่างๆ ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในจำนวนและความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมปริมาณงานทั้งหมดของหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545: 187) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลัง หมายถึง กระบวนการปฏิบัติตามระบบในการจัดอัตรากำลังคนอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ และการดำรงรักษาไว้ซึ่งบุคลากรที่มีคุณภาพในหน่วยงาน ซึ่งการจัดอัตรากำลังเกี่ยวข้องกับเรื่องการศึกษาประเภทและจำนวนของพยาบาล การเลือกประเภทของบุคลากรพยาบาลในการให้การพยาบาล การคำนวณหาจำนวนบุคลากรพยาบาลแต่ละประเภท การสรรหาและคัดเลือก การจัดเวลาการปฏิบัติงาน ตลอดจนการมอบหมาย และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงาน

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การบริหารอัตรากำลัง หมายถึง กระบวนการดำเนินการให้มีบุคลากรสอดคล้องกับความต้องการบุคลากร ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ภายในเวลาที่ต้องการ เพื่อให้ปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

### 2.2.2 หลักการบริหารอัตรากำลัง

ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ (2549: 7-32) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบ และปริมาณงานของแต่ละองค์กรหรือ

หน่วยงาน ช่วยให้เห็นหน่วยงานมีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานตามหน้าที่และความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ให้มีมากเกินไปจนสิ้นงาน อันเป็นการไม่ประหยัด หลักการจัดอัตรากำลังในระบบบริการพยาบาล มี 6 ประการ ได้แก่ 1) การจัดอัตรากำลังในระบบบริการพยาบาลให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ใช้บริการอย่างเพียงพอ 2) การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ 3) การจัดอัตรากำลังให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน 4) การจัดอัตรากำลังต้องจัดให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงบริบทของหน่วยงาน 5) การจัดอัตรากำลังผู้บริหารต้องใช้หลักความยุติธรรมในการพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนตามการปฏิบัติจริง และ 6) การจัดอัตรากำลังผู้บริหารต้องให้ความสำคัญกับความคุ้มค่าของการจ่ายค่าตอบแทน

สำนักการพยาบาล (2547: 85-86) มาริษา สมบัติบุรณ์ (2546: 57-58)

กล่าวว่า หลักการจัดอัตรากำลัง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน 9 ข้อ ดังนี้

ด้านผู้ป่วย 1) การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมสะท้อนถึงการวิเคราะห์ผลรวมความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนในหน่วยบริการ 2) การบ่งชี้ความต้องการการพยาบาลและเกณฑ์จำแนกประเภทผู้ป่วยที่มีระดับความต้องการที่แตกต่างกันจะนำไปใช้ประโยชน์ในการบ่งบอกความต้องการการพยาบาลเฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วย 3) การปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจะต้องรวมเข้ามากับการคาดประมาณความต้องการอัตรากำลัง

ด้านบุคลากร 1) ควรคาดประมาณความต้องการอัตรากำลัง โดยจัดกลุ่มบริการตามความต้องการการพยาบาล ที่แตกต่างกันในด้านความชำนาญเฉพาะด้าน 2) พยาบาลวิชาชีพจะต้องปฏิบัติงานทั้งในด้านการสนับสนุนการบริหารงาน โดยทำหน้าที่ทั้งในด้านปฏิบัติการ และการบริหารจัดการ 3) การสนับสนุนงานด้านคลินิก ต้องมีข้อกำหนดหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนให้ผู้ที่มิประสบความสำเร็จมากกว่ามีหน้าที่ดูแลผู้ที่มีประสิทธิผลน้อยกว่า

ด้านสถาบันหรือองค์กร 1) นโยบายขององค์กรควรสะท้อนถึงบรรยากาศของการให้ความสำคัญกับบุคลากรในฐานะเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า และแสดงพันธสัญญาที่จะรับและบรรจุบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งงานตามความสามารถ 2) ทุกสถาบันควรระบุนความรู้ความสามารถ คุณลักษณะ และกิจกรรมที่ต้องการในแต่ละระดับ แต่ละตำแหน่งที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร 3) นโยบายขององค์กรควรตระหนักถึงความต้องการของผู้ใช้บริการและบุคลากรควบคู่กันไป

สรุปหลักการบริหารอัตรากำลัง ต้องบริหารจัดการทั้งด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากร และด้านสถาบันหรือองค์กร ให้เกิดความเหมาะสมสอดคล้องกัน

### 2.2.3 กระบวนการบริหารอัตรากำลัง

มีผู้กล่าวถึงกระบวนการบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาลไว้ ดังนี้  
 ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ (2549: 9-40) กล่าวว่า ขั้นตอนการจัดอัตรากำลังในระบบบริการพยาบาล มี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดนโยบาย 2) รูปแบบและการมอบหมายงาน 3) การศึกษาปริมาณงาน 4) การกำหนดความต้องการบุคลากร 5) การจัดสรรบุคลากร และ 6) การประเมินผลการปฏิบัติงาน

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (2551: 261) กล่าวว่า กระบวนการจัดการทรัพยากรมนุษย์ มีดังนี้ 1) การคาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต 2) การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรพยาบาล หลังการวิเคราะห์กำลังคน 3) สรรหาบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ 4) คัดเลือกพยาบาล 5) ปลูกฝังทัศนคติก่อนเริ่มปฏิบัติงาน 6) จัดให้มีการทดลองการปฏิบัติงานก่อนบรรจุ 7) พัฒนาและฝึกอบรมแก่บุคลากรพยาบาล 8) ประเมินผลการปฏิบัติงาน และ 9) ข้าราชการ

กฤษดา แสงดี (2545: 11) สำนักการพยาบาล (2547: 81) มาริษา สมบัติบุญ (2546: 7) กล่าวว่า กระบวนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1) การวางแผนอัตรากำลัง (Staffing planning) 2) การจัดตารางเวร (Scheduling) และ 3) การจัดสรรอัตรากำลังหรือการกระจายอัตรากำลัง (Staffing allocation)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า กระบวนการบริหารอัตรากำลัง มีขั้นตอนแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่จะใช้ 3 ขั้นตอน ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะใช้ กระบวนการบริหารอัตรากำลัง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนอัตรากำลัง การจัดตารางปฏิบัติงาน การจัดสรรอัตรากำลังหรือการกระจายอัตรากำลัง เนื่องจาก เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยที่จะต้องจัดให้มีบุคลากรปฏิบัติงานอย่างเพียงพอกับความต้องการในทุกช่วงเวลา กระบวนการบริหารอัตรากำลังแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังจะกล่าวต่อไป

1) การวางแผนอัตรากำลัง บุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และต้องใช้ระยะเวลาอันกว่าจะหาคนเข้ามาทำงานได้ โดยเฉพาะงานที่ต้องการบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะทาง อาจต้องใช้เวลานานกว่าจะพัฒนาคนให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า เพื่อช่วยให้ได้บุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ในปริมาณที่เหมาะสม ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการจ้างงาน การวางแผนอัตรากำลังมีความหมายและมีกระบวนการดังจะกล่าวต่อไป

## (1) ความหมายของการวางแผนอัตรากำลัง

นักวิชาการพยาบาลใช้คำว่า “การวางแผนอัตรากำลัง” ที่มี ความหมายคล้ายกันหลายคำ คือ “การวางแผนกำลังคนทางการพยาบาล” “การวางแผนอัตรากำลัง บุคลากรพยาบาล” “การวางแผนบุคลากรทางการพยาบาล” “การวางแผนการจัดอัตรากำลัง” ซึ่งมี ผู้กล่าวถึงความหมายของคำดังกล่าวไว้ดังนี้

กฤษดา แสงวดี (2545: 11) กล่าวว่า การวางแผนบุคลากร หมายถึง กระบวนการคาดการณ์เกี่ยวกับปริมาณ ประเภท และคุณภาพหรือคุณสมบัติของบุคลากรที่ต้องการ เพื่อตอบสนองเป้าหมายขององค์กร

รัชณี ศุภจินทรรัตน์ (2546: 27) กล่าวว่า การวางแผนบุคลากร หมายถึง การคาดคะเนความต้องการบุคลากรในอนาคต เวลาใดเวลาหนึ่ง ทั้งจำนวนและประเภท เพื่อให้องค์กรสามารถจัดหาคนเข้าทำงานได้อย่างเหมาะสมในเวลาที่ต้องการ

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (2551: 228) กล่าวว่า การวางแผน กำลังคน หมายถึง การวางแผนดำเนินการ เพื่อเตรียมคนให้เหมาะกับงานและเวลา และการใช้คน ทั้งหมดให้เป็นประโยชน์อย่างเต็มที่ เป็นการพิจารณากำหนดวัตถุประสงค์ นโยบายและงานที่จะ สร้าง ใช้และกระจายกำลังคนเพื่อทำงานให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน

บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ (2551: 162) กล่าวว่า การวางแผน อัตรากำลังบุคลากรพยาบาล หมายถึง การคาดการณ์ความต้องการบุคลากรพยาบาลในอนาคต (Demand) เปรียบเทียบกับอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Supply) เพื่อเป็นข้อมูล สำหรับนำมาวางแผนอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการ ในปัจจุบันและใน อนาคต รวมทั้งจัดเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถตรงกับขอบเขตงานรับผิดชอบ และ พันธกิจขององค์กรพยาบาล

สรุปได้ว่า การวางแผนอัตรากำลัง หมายถึง การคาดคะเนความ ต้องการบุคลากร ทั้งปริมาณและคุณภาพ ได้อย่างเหมาะสมในเวลาที่ต้องการ

## (2) กระบวนการวางแผนอัตรากำลัง

กระบวนการวางแผนอัตรากำลัง มีลักษณะแตกต่างกันตาม ความเห็นของนักวิชาการหลายท่านดังนี้

รัชณี ศุภจินทรรัตน์ (2546: 30-31) กล่าวว่า การวางแผนบุคลากร ทางการพยาบาล มี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ความต้องการทั้งหมดขององค์กร 2) ประเมิน กำลังคนที่มีอยู่ทั้งหมดในปัจจุบัน 3) ทำการคาดคะเนปริมาณและความต้องการบุคลากร 4) การ

ตัดสินใจภายหลังได้ผลการเปรียบเทียบ 5) ทำการวางแผน เพื่อให้ได้มาซึ่งกำลังคนที่ต้องการ และ 6) การวางแผนความก้าวหน้าในอาชีพ

บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร (2551: 162-163) กล่าวว่า การวางแผนบุคลากรทางการพยาบาล มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์องค์การ เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของบุคลากรพยาบาลในปัจจุบัน 2) เปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในปัจจุบัน กับอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลตามปริมาณงาน 3) ในกรณีที่อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในปัจจุบันน้อยกว่าอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลตามปริมาณงาน ให้วางแผนสรรหา และคัดเลือกบุคลากรทางการพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับตำแหน่งงาน และขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ 4) วิเคราะห์อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ต้องการในอนาคต และ 5) วางแผนสรรหาบุคลากรพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการ

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (2551: 262) กล่าวว่า การวางแผนบุคลากรทางการพยาบาลมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผนความต้องการบุคลากรทางการพยาบาล 2) การวางแผนเพื่อให้ได้บุคลากรตามต้องการ และ 3) การวางแผนการใช้บุคลากรทางการพยาบาล

ลองฟอร์ด (Longford, 1981 อ้างถึงใน สำนักการพยาบาล 2547: 81) กล่าวว่า องค์ประกอบที่สำคัญในการวางแผนอัตรากำลังที่หน่วยงานต้องดำเนินการ มีดังนี้ 1) การกำหนดเป้าหมาย ปรัชญา และวัตถุประสงค์ขององค์กรพยาบาล/กลุ่มการพยาบาล 2) การกำหนดเป้าหมาย ปรัชญา และวัตถุประสงค์การจัดอัตรากำลัง 3) การกำหนดข้อบ่งชี้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานการจัดอัตรากำลัง 4) การเลือกใช้วิธีการจัดอัตรากำลังและเหตุผลในการเลือก 5) การกำหนดนโยบายบุคลากรและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลัง และการจัดตารางการปฏิบัติงาน 6) การกำหนดให้มีรูปแบบการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยงานบริการพยาบาลให้เป็นแบบแผนเดียวกัน 7) การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน 8) การวางแผนจัดเตรียมบุคลากรพยาบาลทดแทนกรณีฉุกเฉิน เช่น บุคลากรลาป่วย หรือจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ 9) การประกันคุณภาพในหน่วยงาน และ 10) การจัดทำแผนการประเมินการจัดอัตรากำลังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การวางแผนอัตรากำลัง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังทั้งหมดขององค์กร 2) สำรวจอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน 3) คาดคะเนอัตรากำลังที่ต้องการ 4) กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน 5) วางแผนสรรหาอัตรากำลังให้เพียงพอกับความต้องการ และ 6) วางแผนการกระจายและใช้อัตรากำลังอย่างเหมาะสม การวางแผนอัตรากำลังในแต่ละขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ก. วิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังทั้งหมดขององค์การ เพื่อระบุความต้องการประเภท และจำนวนบุคลากร (รัชนี ศุภจินทรรัตน์ 2546; ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และ พูลสุข หิงคานนท์ 2549; อมร สุวรรณนิมิตร 2553) โดยดำเนินการดังนี้

ก) ศึกษาสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขขององค์การ เช่น พันธกิจ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และนโยบายขององค์การ ขอบเขตของการบริการ รูปแบบการมอบหมายงาน

ข) วิเคราะห์งาน (Job analysis) โดยแสดงหรือกำหนดรายละเอียดของงานหรือตำแหน่งงานเอาไว้เพื่อบอกว่าองค์การมีงานอะไรบ้างที่ต้องทำ และทำอย่างไร ผู้วิเคราะห์ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับงานตามวัตถุประสงค์ขององค์การ กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมในการปฏิบัติงาน การใช้เวลา ทรัพยากรในการปฏิบัติงาน สภาพการทำงาน วิธีปฏิบัติงานและคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับงาน ได้แก่ ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และคุณสมบัติส่วนตัว

ค) กำหนดลักษณะงาน หมายถึง ข้อความที่แสดงว่า ผู้ปฏิบัติงาน ทำงานอะไร ทำอย่างไร และทำไมถึงทำอย่างนั้น ประกอบด้วย รายละเอียดของงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และเงื่อนไขการทำงาน

ง) ระบุคุณสมบัติเฉพาะสำหรับงาน หมายถึง ข้อความที่แสดงคุณสมบัติอย่างต่ำ ที่จะพึงรับได้ของบุคลากรที่จะทำงานนั้นอย่างได้ผลตามที่ต้องการ ได้แก่ ความรู้ ความชำนาญ และความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

จ) กำหนดอัตรากำลังที่ต้องการทั้งประเภท และจำนวนบุคลากร โดยพิจารณาจากรูปแบบการมอบหมายงานบนหอผู้ป่วย ภาระงานของพยาบาลจากจำนวนผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วย

ข. สืบหาอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทั้งลักษณะและสถานะของบุคลากรที่มีอยู่โดยครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้ (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และ พูลสุข หิงคานนท์ 2549: 21-23) การสำรวจข้อมูลบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงาน ว่ามีจำนวนบุคลากรพยาบาลเท่าใด ตำแหน่งหน้าที่อะไร บุคลากรแต่ละกลุ่มมีอายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ความสามารถในการทำงานเป็นอย่างไร เงินเดือน และค่าจ้าง สถิติเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน อัตราการขาดงาน และอัตราการหมุนเวียนของบุคลากร คือ ปริมาณเข้าและออกของบุคลากร ใคร ทำอะไร อยู่ที่ไหน งานมากหรืองานน้อย แต่ละจุดใช้คนกี่คน

ค. คาคคะเนอัตรากำล้างที่ต้องการ โดยเปรียบเทียบอัตรากำล้างที่มีอยู่ในปัจจุบัน กับอัตรากำล้างทั้งหมดที่ต้องการ เพื่อวิเคราะห์อุปสงค์ของบุคลากรในปัจจุบันว่ามีงานมากกว่าคนหรือมีคนล้นงาน ผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบอัตรากำล้างบุคลากรทางการพยาบาลมี 3 ประการ ดังนี้ ก) อัตรากำล้างบุคลากรพยาบาลในปัจจุบันน้อยกว่าอัตรากำล้างบุคลากรพยาบาลตามปริมาณงาน ข) อัตรากำล้างบุคลากรพยาบาลในปัจจุบันเท่ากับอัตรากำล้างบุคลากรพยาบาลตามปริมาณงานหรืองานเท่ากับคน ค) อัตรากำล้างบุคลากรพยาบาลในปัจจุบันมากกว่าอัตรากำล้างบุคลากรพยาบาลตามปริมาณงานหรือคนล้นงาน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภู 2551)

ง. กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน เพื่อให้มีอัตรากำล้างที่เพียงพอเหมาะสมทั้งปริมาณ และคุณภาพตามช่วงเวลา ซึ่งอาจจะใช้กลยุทธ์เพิ่มหรือวางแผนเพิ่มการจ้างบุคลากรพยาบาล ในกรณีที่มีปริมาณงานมากกว่าอัตรากำล้างบุคลากรพยาบาล ใช้กลยุทธ์ลดหรือวางแผนลดจำนวนการจ้างบุคลากรพยาบาล ในกรณีที่มีปริมาณงานน้อยกว่าอัตรากำล้างบุคลากรพยาบาล และใช้กลยุทธ์บำรุงรักษาหรือวางแผนบำรุงรักษา ในกรณีที่มีปริมาณงานเท่ากับอัตรากำล้างบุคลากรพยาบาล ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

จ. วางแผนสรรหาอัตรากำล้างให้เพียงพอกับความต้องการ โดยกำหนดกลยุทธ์การสรรหาที่ชัดเจนเหมาะสม ต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งผลิต การกระจายตัวของกำลังคน ซึ่งอาจจะดำเนินการดังนี้ ก) ประชาสัมพันธ์ในสื่อต่างๆ ให้ผู้สนใจสมัครเพื่อดำเนินการต่อไป ข) ทำความตกลงกับสถาบันการศึกษาพยาบาล ตั้งแต่ในช่วงก่อนเข้าเรียนของนักศึกษาพยาบาล ค) ให้เจ้าหน้าที่ปัจจุบันเป็นผู้เสนอแนะหรือสรรหาบุคคล (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และ พูลสุข หิงคานนท์ 2549: 7-26) กิจกรรมที่ต้องกระทำในขั้นตอนนี้ คือ การประมาณจำนวนบุคลากรที่ต้องการสรรหา และกำหนดคุณสมบัติขั้นต่ำของตำแหน่งงานที่สรรหา ซึ่งจะขึ้นกับปัจจัยดังต่อไปนี้ นโยบายการจัดการทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งมีทั้งนโยบายการเป็นผู้นำในการจ่ายค่าตอบแทน นโยบายการสรรหาล่วงหน้า และนโยบายการโฆษณาที่สร้างภาพลักษณ์ขององค์กรแก่ผู้สนใจ คุณลักษณะและพฤติกรรมของผู้สรรหา และแหล่งสรรหา ซึ่งมีทั้งการสรรหาจากภายใน และการสรรหาจากภายนอก (กิ่งพร ทองใบ 2550: 10-24)

ฉ. วางแผนการกระจายและใช้อัตรากำล้างอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาจากบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ ตำแหน่ง นโยบายและหลักเกณฑ์ นโยบายทั่วไปในการใช้บุคลากรมี 3 ลักษณะ คือ ก) การใช้บุคลากรปฏิบัติงานประจำเฉพาะหอผู้ป่วย หรือมีการหมุนเวียนในหอผู้ป่วยต่างๆ ทั้งในลักษณะทำงานเต็มเวลา ทำงานล่วงเวลา และทำงานบางเวลา ข) การใช้บุคลากรปฏิบัติงานเสริม โดยจัดบุคลากรกลุ่มหนึ่งประจำ เพื่อปฏิบัติงานเสริมในจุดที่เกิดความต้องการบุคลากรมากในเวรนั้นๆ เช่น มีผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้น มีคนขาดงาน แต่ถ้าไม่มีความ



ต้องการแล้ว บุคลากรเสริมอาจปฏิบัติงานช่วยในหน่วยงานกลางของแผนก หรือช่วยงานส่วนรวมขององค์การพยาบาล ค) การใช้บุคลากรปฏิบัติงานแบบฉุกเฉิน (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 189-190) นอกจากนั้นจะต้องกระจายคนไปตามพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง โดยจัดสรรอัตรากำลังที่มีสัดส่วนพอเหมาะต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ การผสมผสานพยาบาลผู้ที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญหลายระดับ (skill mixed term) ได้อย่างเหมาะสมและเกิดผลดีต่องานบริการ จัดงานที่ไม่ใช่งานพยาบาลออกไปจากขอบเขตความรับผิดชอบ (มาริษา สมบัติบุรณ์ 2546: 2) รวมทั้งปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย ด้วยวิธีการดังนี้

ก) การเกลี่ยอัตรากำลังภายในแต่ละงานการพยาบาล เพื่อให้สัดส่วนของบุคลากรต่อผู้ป่วย ในแต่ละหอผู้ป่วยไม่แตกต่างกันมาก ข) จัดให้ทำงานล่วงเวลาโดยให้บุคลากรเวรหยุดในหอผู้ป่วยที่ขาดแคลนขึ้นมาปฏิบัติงาน ในกรณีที่ไม่สามารถหาบุคลากรช่วยปฏิบัติงานได้ อาจให้บุคลากรหอผู้ป่วยอื่น แต่มีทักษะตามความต้องการมาทำงานล่วงเวลา ค) จัดทำแผนรองรับในกรณีที่อาจเกิดอุบัติเหตุมวลชน ทั้งการจัดสรรบุคลากรและสถานที่ ง) การปรับขยับหอผู้ป่วยที่มีอัตราการครองเตียงต่ำ เพื่อกระจายบุคลากรไปช่วยในหอผู้ป่วยอื่น จ) การบริหารจัดการภายในหอผู้ป่วย เช่น การค้างเวรในกรณีฉุกเฉิน (ชูขวัญ ปิ่นสากล อ้างถึงใน วราภรณ์ หาญคุณะเศรษฐ์ 2547: 118)

## 2) การจัดการปฏิบัติงาน

### (1) ความหมายของการจัดการปฏิบัติงาน

นักวิชาการหลายท่านได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับ ความหมายของการจัดการปฏิบัติงานไว้ดังนี้

กฤษดา แสงวงดี (2545: 12) กล่าวว่า การจัดการปฏิบัติงาน หมายถึง กระบวนการมอบหมายงาน เพื่อให้มีอัตรากำลังที่เหมาะสมเพียงพอต่อการให้บริการพยาบาล ตลอดช่วงเวลาของการบริการ รวมทั้งการกำหนดวัน เวลาปฏิบัติงาน และวันหยุดของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (2551: 274) กล่าวว่า การจัดการปฏิบัติงาน หมายถึง การจัดแบ่งจำนวนเจ้าหน้าที่บุคลากรพยาบาลทุกประเภทว่า ต้องปฏิบัติงานจำนวนเท่าใดในแต่ละวัน แต่ละเวร บุคคลใดต้องปฏิบัติงานวันใด หยุดเมื่อใด เวรอะไร เวรละกี่ชั่วโมง วันละกี่เวร

เบอร์นัมและมอลลาด (Barnum and Mallard, 1989 cited in Huber, 1996: 449) กล่าวว่า การจัดการปฏิบัติงาน หมายถึง การดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ในการกำหนดรูปแบบอัตรากำลัง โดยมอบหมายให้บุคลากรแต่ละคน ปฏิบัติงานในชั่วโมง วัน หรือแต่ละเวร

เคอร์บี้และวิกไซค์ (Kirby and Wiczai, 1985 cited in Huber, 1996: 449) กล่าวว่า การจัดการตารางปฏิบัติงาน หมายถึง การเตรียมมอบหมายชั่วโมงการทำงาน ตามแผนการจัดอัตรากำลังบุคลากรและการผสมผสานอัตรากำลัง

ไฮเดนทอล (Heidenthal, 2004: 124) กล่าวว่า การจัดการตารางปฏิบัติงาน หมายถึง การจัดบุคลากรให้มีความเพียงพอในแต่ละเวร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัย และมีประสิทธิผล

สรุปได้ว่า การจัดการตารางการปฏิบัติงาน หมายถึง กระบวนการมอบหมายงานแก่บุคลากรพยาบาลทุกประเภททุกระดับ โดยกำหนดวัน เวลาการปฏิบัติงาน และวันหยุดของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน เพื่อให้มีอัตรากำลังที่เพียงพอเหมาะสม อย่างต่อเนื่อง

## (2) หลักการจัดการตารางปฏิบัติงาน

หลักในการจัดการตารางปฏิบัติงาน (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 196, วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 2551: 274-275) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและต่อเนื่อง บุคลากรไม่มากหรือน้อยเกินไป 2) กระจายวันหยุดให้เกิดความยุติธรรม ไม่ควรจัดวันปฏิบัติงานเกิน 4 วัน ถ้าเป็นวันที่ปฏิบัติงานบ่าย-ดึก 3) พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาลแต่ละคนได้รับความเสมอภาคในการหมุนเวียนเข้าเวรยามวิกาล 4) พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล ได้รับทราบตารางปฏิบัติงานของแต่ละคน รวมทั้งมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดการตารางปฏิบัติงาน 5) คำนึงถึงนโยบายของหน่วยงาน 6) จัดให้มีความยืดหยุ่นพอควร ให้สามารถปรับเปลี่ยนอัตรากำลังได้ตามสถานการณ์ และ 7) จัดไว้ล่วงหน้าให้ทุกคนทราบกำหนดการปฏิบัติงานของตน

กฤษดา แสงศิริ (2545: 12-13) กล่าวว่า การจัดการตารางปฏิบัติงาน ผู้บริหารต้องคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้ 1) นโยบายเกี่ยวกับการกำหนดวันหยุดสุดสัปดาห์ และวันหยุดอื่นๆ ของโรงพยาบาล เช่น กลุ่มงานการพยาบาลมีนโยบาย “การกระจายวันหยุดสุดสัปดาห์ ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล ให้ทุกคนมีโอกาสได้หยุดในวันหยุดสุดสัปดาห์อย่างเสมอภาค” 2) นโยบายเกี่ยวกับแบบแผนการจัดชั่วโมงการทำงานของบุคลากร ซึ่งต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน 3) นโยบายการกำหนดสัดส่วนของเจ้าหน้าที่ประจำ ต่อเจ้าหน้าที่ทำงานบางเวลา 4) นโยบายการจ้างงานล่วงเวลาหรือการจ้างงานบางเวลา 5) นโยบายการขอวันหยุดหรือการแลกเวรของบุคลากร และ 6) นโยบายการจัดอัตรากำลังสำรอง

สรุปได้ว่า หลักการจัดการตารางปฏิบัติงาน มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและต่อเนื่อง 2) เกิดความยุติธรรม 3) บุคลากรพยาบาลทุกคนได้รับความเสมอภาค

- 4) บุคลากรพยาบาลทุกคนรับทราบตารางปฏิบัติงานของแต่ละคน และมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะ 5) คำนึงถึงนโยบายของหน่วยงานในเรื่อง การจัดชั่วโมงการทำงาน การกำหนดสัดส่วนเจ้าหน้าที่ การจ้างงาน การขอวันหยุดหรือการแลกเวร และการจัดอัตรากำลังสำรอง 6) มีความยืดหยุ่นในการสับเปลี่ยนอัตรากำลัง และ 7) จัดตารางปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า

### (3) รูปแบบการจัดตารางปฏิบัติงาน

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545: 196-197) กล่าวว่า การจัดเวลาการปฏิบัติงานมี 2 รูปแบบ ดังนี้ 1) การจัดตารางการปฏิบัติงานแบบหมุนเวียน (rotating shift scheduling) 2) การจัดตารางการปฏิบัติงานแบบรอบ (cyclical scheduling)

บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ (2551: 167-168) สำนักการพยาบาล (2547: 82-83) มาริษา สมบัติบุรณ์ (2546: 11) กฤษดา แสงดี (2545: 12-13) กล่าวว่า การจัดตารางปฏิบัติงานมี 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) การจัดตารางการปฏิบัติงานแบบหมุนเวียน (rotating shift scheduling) เป็นการจัดตารางการปฏิบัติงานเป็นรอบเวร ช่วงเวลาละ 8 ชั่วโมง 10 ชั่วโมง หรือ 12 ชั่วโมง โดยให้บุคลากรพยาบาลหมุนเวียนกันเข้าปฏิบัติงานในแต่ละเวร เป็นระยะๆ 2) การจัดตารางการปฏิบัติงานแบบรอบ (cyclical scheduling) เป็นการจัดตารางเวรการปฏิบัติงาน โดยให้บุคลากรรับผิดชอบปฏิบัติงานแต่ละเวร แต่ละวัน ในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น 4-6 สัปดาห์ โดยจัดให้มีวันหยุดคงที่ในแต่ละรอบสัปดาห์ของรอบหนึ่งๆ และหมุนเวียนกันไปตามตารางการทำงานของแต่ละคน 3) การจัดตารางการปฏิบัติงานแบบคงที่ (fix shift scheduling) เป็นการจัดตารางการปฏิบัติงาน โดยไม่มีการหมุนเวียนช่วงเวลาการทำงาน บุคลากรจะปฏิบัติงานเฉพาะเวรใดเวรหนึ่งตลอดไปในระยะที่กำหนด ซึ่งอาจกำหนดระยะเวลาเป็น 2-4 เดือน

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (2551: 275-276) กล่าวว่า วิธีการจัดตารางการปฏิบัติงาน มี 5 รูปแบบ ดังนี้ 1) แบบหมุนเวียน (rotating shift scheduling) 2) แบบประจำ (fix shift scheduling) 3) แบบบล็อก (block scheduling system) 4) แบบวงจร (cyclical scheduling) 5) แบบเป็นทีม (scheduling by team)

ไฮเดนทอล (Heidenthal 2004: 124-125) กล่าวว่า การจัดตารางการปฏิบัติงาน มี 2 รูปแบบดังนี้ 1) แบบอนุรักษ 8 ชั่วโมงต่อเวร 07.00-15.30 น. 15.00-23.30 น. 23.00-7.30 น. โดยคนทำงานเดิม เวลาการทำงาน 10 เวนใน 2 สัปดาห์ 2) การจัดแบบยืดหยุ่นอาจปรับเวลาทำและเลิกทำงาน การจัดตารางเวร 12 ชั่วโมง เป็นที่นิยมมากในเวลานี้ โดยทำงานน้อยกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ เช่น ทำงาน 3 วัน หยุด 4 วัน หรือทำงานมีวันหยุด 2 วันทุกสัปดาห์ แต่ได้เงินเท่ากับ 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ ดังนั้นจึงต้องมีความเพียงพอทั้งจำนวนและประเภทของบุคลากรทางการพยาบาล

สรุปได้ว่า การจัดการารงปฏิบัติงานมี 5 รูปแบบ ดังนี้ 1) การจัดการารงปฏิบัติงานแบบหมุนเวียน 2) การจัดการารงปฏิบัติงานแบบรอบ 3) การจัดการารงปฏิบัติงานแบบคงที่ 4) การจัดการารงปฏิบัติงานแบบบล็อก และ 5) การจัดการารงปฏิบัติงานแบบทีม

#### (4) กระบวนการจัดการารงปฏิบัติงาน

ไม่มีนักวิชาการกล่าวถึงกระบวนการจัดการารงปฏิบัติงานไว้ โดยเฉพาะ แต่ไฮเดนทอล (Heidenthal, 2004: 124) กล่าวถึงประเด็นที่ต้องพิจารณาในการจัดการารงปฏิบัติงานของบุคลากร 3 ประการ ดังนี้ 1) ความต้องการของผู้ป่วย 2) ประสิทธิภาพของบุคลากร 3) สิ่งสนับสนุนบุคลากร ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นตัวบ่งชี้บุคลากรในแต่ละเวร กองการพยาบาล (2545: 15-16) กล่าวว่า การที่จะกำหนดให้มีปริมาณกำลังคนมากน้อยเพียงใด จะจัดแบบแผนตารางปฏิบัติงาน และจะจัดสรรอัตรากำลังอย่างไรนั้น ผู้บริหารต้องคำนึงถึงประเด็นสำคัญต่อไปนี้ 1) ภาระงาน 2) ระบบสนับสนุนบริการและระบบปฏิบัติการอื่นของโรงพยาบาล 3) ความรู้ความสามารถ และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาลอื่นๆ 4) การเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนประจำการ และระหว่างประจำการ 5) ลักษณะการทำงานเป็นทีม และการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ 6) มีแบบแผนการดูแล แผนการพยาบาล หรือแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลที่ชัดเจนเพียงพอ 7) สภาพโครงสร้าง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน 8) อุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็น รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกช่วยเหลือหรือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเพียงพอ พร้อมใช้ 9) นโยบายขององค์กรว่าด้วยการจ้างงาน การกำหนดวันหยุด และ 10) แผนการพัฒนางานองค์กร ทั้งหมดนี้ผู้บริหารการพยาบาลต้องทำความเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการด้านกำลังคนได้

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า กระบวนการจัดการารงปฏิบัติงาน มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ส้ารวจความต้องการของผู้ป่วย 2) ส้ารวจความต้องการของบุคลากร 3) ส้ารวจสิ่งสนับสนุนที่ให้กับบุคลากร 4) กำหนดตารางปฏิบัติงาน และ 5) ประเมินผลการจัดการารงปฏิบัติงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก. ส้ารวจความต้องการของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากความรุนแรงของความเจ็บป่วย และจำนวนผู้ป่วย (Heidenthal, 2004: 124) รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์ (2546: 35-38) กล่าวว่า การจัดบุคลากรให้สมดุลกับภาระงาน ต้องทราบปริมาณงานของหอผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ก) การคำนวณยอดผู้ป่วย ประจำวัน ประจำเดือน และประจำปี โดยเก็บสถิติข้อมูลผู้ป่วยทุกวัน ทุกเวร ทุกเดือน เป็นเวลานาน 1 ปี ข) การจำแนกประเภทผู้ป่วย ตามความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน ค) ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยนำเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ การดูแล

โดยตรง มารวมกับเวลาที่ใช้ในการดูแลโดยอ้อม หรือเวลาที่ใช้ในงานบริหารและการจัดการการดูแลผู้ป่วย และการสอนทางด้านสุขภาพ

*ข. สํารวจความต้องการของบุคลากร* พิจารณาจากประสบการณ์ของบุคลากร ความรู้ ความชำนาญ ทักษะปฏิบัติ การคิด พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์จะรับภาระงานและผู้ป่วยรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ประสบการณ์ หากต้องใช้ผู้ที่มีทักษะพิเศษหรือมีสมรรถนะ ต้องเพิ่มชั่วโมงการพยาบาลด้วย ไฮเดนทอล (Heidenthal, 2004: 30) เสนอว่า ในการจัดตารางปฏิบัติงานต้องทำสิ่งต่อไปนี้ ก) คาดคะเนความสามารถ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ของบุคลากร แต่ละประเภท เพื่อจะนำไปจัดบุคลากรให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย และความสามารถของบุคลากร เพื่อใช้สมรรถนะของบุคลากร ได้อย่างเต็มความสามารถ ข) ความต้องการการขึ้นเวรของบุคลากร วันหยุดสุดสัปดาห์ วันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลาที่ต้องการหยุด วันหยุดพักผ่อน การหมุนเวียนระยะสั้น การเรียกนอกเวลา การเรียกเมื่อมีภาวะฉุกเฉินหรือพยาบาลเพื่อเรียก (on call) การยกเลิกตารางเวร การเรียกเมื่อมีการเจ็บป่วย การเกณฑ์ทหาร หรือการบวช หรือการไปวิปัสสนากรรมฐาน การเลิกตารางปฏิบัติงาน การประชุม หรืองานวิชาการ

*ค. สํารวจสิ่งสนับสนุนที่ให้กับบุคลากร* มีเครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่จำเป็นเพียงพอ พร้อมใช้และทันสมัย มีหน่วยงานสนับสนุนบริการ และมีระบบปฏิบัติการอื่นอย่างเพียงพอ มีบุคลากรทางการพยาบาลอื่นๆ สนับสนุนเพียงพอ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนประจำการ และระหว่างประจำการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดโครงสร้าง และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน และปลอดภัย มีนโยบาย และแผนการพัฒนากิจกรรมที่เอื้อต่อการทำงาน (กฤษดา แสงวงศ์ 2545: 15-16)

*ง. กำหนดตารางปฏิบัติงาน* โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และไม่ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดชื่อบุคลากรทั้งหมดในตารางปฏิบัติงาน กำหนดวัน จนมีบุคลากรทุกเวรทั้งสัปดาห์ และต้องมี FTE ตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้มีบุคลากรเวรเช้า ร้อยละ 35-55 เปรียบเทียบ ร้อยละ 30-40 เปรียบเทียบ ร้อยละ 20-33 และเพิ่มจำนวนพยาบาลมากขึ้น เพื่อขึ้นชดเชยในช่วงเวลาที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ประเภทผู้ป่วยรุนแรงขึ้น และบุคลากรทางการพยาบาลต้องไปประชุม อบรม หรือขอลาหยุด รวมทั้งกำหนดให้เรียกพยาบาลเพื่อเรียก (on call) ขึ้นเวรเพิ่ม กรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน

*จ. ประเมินผลการจัดตารางปฏิบัติงาน* เป็นการดำเนินการเพื่อประเมินว่าจำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ในตารางปฏิบัติงานนั้น มีความเพียงพอต่อการปฏิบัติงานหรือไม่ และประสิทธิผลของการดำเนินการมีความคุ้มค่ามีคุณภาพเป็นอย่างไร โดยวัดจากความพึงพอใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน และความเพียงพอของจำนวนและประเภท

บุคลากร รวมทั้งประสิทธิภาพการดูแลรักษาพยาบาลที่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน การประเมินผลจะเป็นข้อมูลย้อนกลับให้มีการทบทวนการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการจัดตารางปฏิบัติงานต่อไป (ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพูลสุข หิงคานนท์ 2549: 7-42)

### 3) การจัดสรรอัตรากำลัง

การจัดสรรอัตรากำลังมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสมตามปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งการจัดสัดส่วนการผสมผสานทักษะปฏิบัติของบุคคลแต่ละประเภทให้เหมาะสม สอดคล้องกับภาระงานตามความต้องการของผู้ป่วย และลักษณะการบริหาร (สำนักการพยาบาล 2547: 82)

#### (1) ความหมายของการจัดสรรอัตรากำลัง

มาริษา สมบัติบุรณ์ (2546: 12) กล่าวว่า การจัดสรรอัตรากำลัง หมายถึง การจัดสรรกำลังคน เพื่อให้มีการกระจายอย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาตามปริมาณงานที่มีอยู่ รวมทั้งการจัดสัดส่วนการผสมผสานทักษะปฏิบัติ (skill mixed or staff mixed) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงานตามความต้องการของผู้ป่วยและลักษณะการบริการ ซึ่งได้มาจากการศึกษาการกระจายของปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลา

สรุปได้ว่า การจัดสรรอัตรากำลัง หมายถึง การกระจายบุคลากรพยาบาลในแต่ละช่วงเวลาให้เหมาะสมกับความต้องการ ทั้งด้านทักษะ และประเภทของบุคลากร

#### (2) รูปแบบของการจัดสรรอัตรากำลัง

มาริษา สมบัติบุรณ์ (2546: 56-57) กล่าวว่า การจัดสรรอัตรากำลังมี 2 รูปแบบ คือ 1) การจัดสรรอัตรากำลังตามทักษะปฏิบัติ (staff mixed or skill mixed) และ 2) การจัดสรรอัตรากำลังตามการกระจายของปริมาณงาน (workload distribution)

#### (3) ขั้นตอนของการจัดสรรอัตรากำลัง

อมร สุวรรณนิมิตร (2553: 155-156) กล่าวว่า การจัดสรรอัตรากำลังให้กับหน่วยงานในความรับผิดชอบอย่างเป็นระบบ สามารถให้บริการในความรับผิดชอบเป็นระบบ และให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในภาวะปกติและยามฉุกเฉินต้องดำเนินการดังนี้

1) กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง หรือความต้องการการพยาบาล เพื่อเป็นเกณฑ์กลางในการจำแนกผู้ป่วยของแต่ละหน่วยบริการ 2) มีการประเมินปริมาณงาน (work load) ความเพียงพออัตรากำลัง หรือความต้องการเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ของแต่ละหน่วยบริการในแต่ละปี 3) การจัดและกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้แต่ละหน่วยบริการ ให้มีความเพียงพอ และยุติธรรม ตามสัดส่วนที่ได้จากจำนวนอัตรากำลังที่คำนวณได้ ตามปริมาณภาระงานของแต่ละหน่วยบริการ เทียบกับอัตรากำลังทั้งหมดที่มีอยู่จริง 4) การจัดประเภทเจ้าหน้าที่

ทางการพยาบาลในแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ลักษณะผู้ป่วยและความรุนแรง ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และความชำนาญของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล การจัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละรอบเวร มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ ตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล

สำนักการพยาบาล (2551: 56-58) กล่าวว่า การจัดสรรอัตรากำลังอย่างเป็นระบบ เพียงพอ และสามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งภาวะปกติและฉุกเฉินมี 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) ประเมินปริมาณภาระงาน (work load) ความเพียงพอของอัตรากำลังหรือความต้องการบุคลากรทางการพยาบาลจำแนกตามหน่วยบริการในแต่ละปี 2) จัดและกระจายอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลให้ทุกหน่วยบริการมีความเพียงพอตามปริมาณภาระงาน โดยคิดสัดส่วนเทียบกับจำนวนอัตรากำลังทั้งหมดที่มีอยู่จริง 3) จัดประเภทบุคลากรทางการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงจำนวนผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ลักษณะของผู้ป่วย และความรุนแรงตามเกณฑ์ การจำแนกประเภทผู้ป่วย คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของบุคลากรทางการพยาบาล ความชำนาญของบุคลากรทางการพยาบาล ภาวะขาดแคลนของบุคลากรทางการพยาบาล ลักษณะการให้บริการพยาบาลและลักษณะงานของแต่ละหน่วยบริการ 4) จัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละรอบเวร อย่างน้อยควรมีอัตรากำลังตามมาตรฐานบริการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับตติยภูมิ และระดับตติยภูมิ พ.ศ. 2548 ของสภาการพยาบาล 5) กำหนดอัตรากำลังพยาบาล ต้องไม่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของชั่วโมงการพยาบาลต่อวันนอนตามระดับความหนักเบาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล 6) staff mix อาจมี RN : Non RN ได้เป็น 100% : 0 80% : 20% 70% : 30% 65% : 35% หรือ 60% : 40% ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนและความรุนแรงของผู้ป่วยที่ต้องการพยาบาล และ 7) skill mix อาจต้องคำนึงถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของ RN เช่น ผู้ที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานพิเศษต่างๆ รวมทั้ง APN ซึ่งควรมีในบางพื้นที่

สรุปได้ว่า ขั้นตอนของการจัดสรรอัตรากำลัง มีดังนี้ 1) กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง หรือความต้องการการพยาบาล 2) ประเมินความต้องการบุคลากรพยาบาลของแต่ละหอผู้ป่วยในแต่ละปี และ 3) การจัดและกระจายอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยให้เหมาะสมทั้งประเภทของบุคลากรและรอบเวร ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังนี้

ก. กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง หรือความต้องการการพยาบาล

การจำแนกประเภทผู้ป่วย หมายถึง ระบบการจัดผู้ป่วยให้เป็นระดับชั้น แบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ตามลักษณะความเจ็บป่วยและความต้องการการตอบสนองในด้าน

ต่างๆ รวมทั้งการกำหนดปริมาณและประเภทการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ (มาริษา สมบัติบุรณ์ 2546: 24)

การจำแนกประเภทผู้ป่วย หมายถึง การจัดกลุ่มผู้ป่วยซึ่งพยาบาลให้การดูแล โดยแบ่งตามอาการ ความต้องการการพยาบาล ความสามารถในการดูแลตนเอง หรือระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการคิดและบริหารอัตรากำลัง ตลอดจนใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล (ชรัสนิกุล ยัมบุญณะ 2547: 94)

สรุปได้ว่า การจำแนกประเภทผู้ป่วย หมายถึง การจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเจ็บป่วย และความต้องการตอบสนองในด้านต่างๆ รวมทั้งการกำหนดปริมาณและประเภทการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ อัมภา ศรารัตต์ และคนอื่นๆ (2547: 25-37) กล่าวว่า เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยมี 2 ประการ (ก) สภาวะความเจ็บป่วย เป็นการประเมินประเภทของผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยในแต่ละสภาวะ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยและประสบการณ์ในการดูแล โดยใช้บทบาทร่วมกับสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้ 4 ข้อ ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท การได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด/หัตถการต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย และพฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเอง (ผู้ป่วย) และผู้อื่นจากปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์และจิตสังคม หรือสาเหตุอื่น ตัวบ่งชี้แต่ละข้อ มีระดับความรุนแรงสูงสุดเป็น 4 (หนักมาก) 3 (หนัก) 2 (ปานกลาง) และ 1 (พักพิน) (ข) การดูแลขั้นต่ำที่ผู้ใช้บริการควรได้รับ เป็นการประเมินประเภทผู้ป่วยตามบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพตามการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการแต่ละรายต้องการ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพ ซึ่งสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการแต่ละราย ในลักษณะองค์รวม รวมทั้งประสบการณ์ในการดูแล โดยใช้บทบาทอิสระเป็นส่วนมาก ร่วมกับสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้ 4 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้บริการ ความต้องการข้อมูล/การสอนของผู้ใช้บริการและญาติและความต้องการการตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์ ความต้องการยา/การรักษาหรือหัตถการ และความต้องการบรรเทาอาการรบกวน แต่ละข้อมีคะแนนสูงสุดตามความต้องการที่มากที่สุด คือ 4 และลดลงตามความต้องการที่ลดลง คะแนนน้อยที่สุด คือ 1

ข. *ประเมินความต้องการบุคลากรการพยาบาล* ของหอผู้ป่วยใน แต่ละปี โดยคำนวณหาจำนวนบุคลากรที่ต้องการ ซึ่ง มาริษา สมบัติบุรณ์ (2546: 50-55) กล่าวว่า วิธีการคำนวณเพื่อกำหนดความต้องการอัตรากำลังมีดังนี้



(ก) ใช้สูตรการคำนวณ การคำนวณมีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

คำนวณหาจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน จากจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (patient days) หาชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ยต่อวันนอนในโรงพยาบาล (NHPPD) หาความเทียบเท่าพนักงานประจำ (Full Time Equivalent Employee) ทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน และหาชั่วโมงการทำงานของบุคลากร 1 คน ใน 1 วัน

(ข) คำนวณการกระจายอัตรากำลังในแต่ละวัน ดังนี้

คำนวณหาจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยต่อปี คำนวณหาจำนวนชั่วโมงการดูแลในแต่ละวันที่ให้บริการ และคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องการใน 1 วัน

ค. การจัดและกระจายอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในแต่ละหอ

ผู้ป่วย ให้เหมาะสมทั้งประเภทของบุคลากรและรอบเวร เบญจมาศ ปรีชาคุณ (2547: 132-133) กล่าวว่า การจัดสรรบุคลากรให้มีความเหมาะสม ต้องพิจารณาองค์ประกอบดังนี้ (ก) ความสามารถในการทำงานของบุคลากร (ข) ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน (ค) ความยุ่งยากของงาน เช่น การทำผ่าตัดที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้เทคโนโลยีสูง จึงต้องใช้บุคลากร ที่มีความสามารถเฉพาะทาง (ง) ระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางการพยาบาล เช่น การทำผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานาน ต้องจัดเตรียมอัตรากำลังหมุนเวียน เพื่อให้มีเวลาหยุดพักรับประทานอาหารได้ และ (จ) จำนวนกิจกรรมทางการพยาบาล ถ้ามีกิจกรรมทางการพยาบาลในช่วงใดมาก ต้องจัดอัตรากำลังมาเสริมในช่วงเวลานั้นให้เพียงพอ เพื่อการปฏิบัติงานที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า กระบวนการบริหารอัตรากำลังมี 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) การวางแผนอัตรากำลัง 2) การจัดการปฏิบัติงาน และ 3) การจัดสรรอัตรากำลัง ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1) การวางแผนอัตรากำลัง มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) วิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังทั้งหมดขององค์กร (2) สำรวจอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน (3) คาดคะเนอัตรากำลังที่ต้องการ (4) กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน (5) วางแผนสรรหาอัตรากำลังให้เพียงพอกับความต้องการ และ (6) วางแผนการกระจายและใช้อัตรากำลังอย่างเหมาะสม

2) การจัดการปฏิบัติงาน มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) สำรวจความต้องการของผู้ป่วย (2) สำรวจความต้องการของบุคลากร (3) สำรวจสิ่งสนับสนุนที่ให้กับบุคลากร (4) กำหนดตารางปฏิบัติงาน และ (5) ประเมินผลการจัดการปฏิบัติงาน

3) การจัดสรรอัตรากำลัง มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย (2) ประเมินความต้องการเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล และ (3) การจัดและกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล

## 2.3 บทบาทของผู้บริหารในการบริหารอัตรากำลัง

### 2.3.1 บทบาทของผู้บริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลมี 3 ระดับ ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้น (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 105; รัชณี สุจิจันทร์รัตน์ 2546: 20-22; อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม 2550: 50; บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร 2551: 309-311; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤษดิ์ 2551: 96-97) บทบาทสำคัญของผู้บริหารการพยาบาล คือ การวางแผนงาน (Planning) การจัดอัตรากำลัง (Staffing) การจัดองค์กร (Organizing) การมอบหมายงานหรือสั่งงาน (Directing) และการควบคุมงาน (Controlling) (วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 2551: 187) ผู้บริหารแต่ละระดับมีบทบาทดังนี้

ผู้บริหารระดับสูง (executive or top-level nurse manager) ประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล รับผิดชอบต่อองค์กรโดยรวม มีอำนาจเต็มทั้งในการควบคุม บังคับบัญชาบุคลากรทุกระดับ และดำเนินการบริหารงานขององค์กรพยาบาลให้เป็นไปตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การทบทวนวรรณกรรม (อมร สุวรรณนิมิตร 2553: 152-153) พบว่า ผู้บริหารระดับสูงมีบทบาทด้านบริหารทรัพยากรบุคคล ดังนี้ 1) กำหนดนโยบาย การบริหารงานบุคคลของหน่วยงานร่วมกับคณะกรรมการประจำแผนก 2) วางแผนการบริหารบุคคลให้เป็นไปตามนโยบายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล โดยให้มีลักษณะการวางแผนเชิงรุก (Marquis and Huston, 2000 อ้างถึงใน รัชณี สุจิจันทร์รัตน์ 2546: 20) 3) วางแผนด้านกำลังคน วิเคราะห์อัตรากำลังของหน่วยงานตามความจำเป็นของแผนก 4) วางแผนการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรเข้าบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งต่างๆ 5) วางแผนกระตุ้น ส่งเสริม และให้โอกาสแก่บุคลากรในการพัฒนา เพื่อความเจริญก้าวหน้าขององค์กรและของตนเอง 6) วางระเบียบและนโยบายในการพิจารณาประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน 7) พิจารณาความดีความชอบ และเสนอปรับวุฒิ เลื่อนขั้น เลื่อนระดับเงินเดือน ให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน 8) กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรในองค์กรทุกระดับ 9) ตัดสินและแก้ไขปัญหาด้านบุคลากรในหน่วยงาน และ 10) ให้คำปรึกษา แนะนำการบริหารงานบุคคลแก่ผู้บริหารระดับกลาง

ผู้บริหารระดับกลาง (middle manager) ประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าแผนกการพยาบาล หรือผู้ชำนาญการพยาบาลแต่ละแผนก ที่ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อม (linking pin) ระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับผู้บริหารระดับต้น เชื่อมข่าวสารในโครงสร้างองค์กร โดยจะเป็นตัวพาเป้าหมาย นโยบาย วัตถุประสงค์ลงไปยังผู้บริหารระดับต้น และนำข้อมูลจากหน่วยงานข้างล่างขึ้นสู่ผู้บริหารระดับสูง เพื่อให้แน่ใจว่านโยบายขององค์กรได้นำสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและ

จัดทำรายงานเป็นข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้บริหารองค์กร การทบทวนวรรณกรรม (อมร สุวรรณนิมิตร 2553: 152-153) พบว่า ผู้บริหารระดับกลางมีบทบาทด้านบริหารทรัพยากรบุคคล ดังนี้ 1) ร่วมกำหนดนโยบายการบริหารงานบุคคลของหน่วยงานกับผู้บริหารระดับสูง และคณะกรรมการประจำแผนกพยาบาลอื่นๆ 2) สำรวจความต้องการด้านกำลังคนวิเคราะห์และร่วมวางแผนกับผู้บริหารระดับสูง 3) ดำเนินการบริหารงานบุคคลให้เป็นไปตามนโยบาย และวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ 4) ร่วมกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรในองค์กร 5) ดำเนินการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรเข้าบรรจุและแต่งตั้งในตำแหน่งที่ว่างตามแผนที่วางไว้ 6) จัดการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานย่อย พร้อมทั้งส่งเสริมและอำนวยความสะดวกในการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน 7) ทำการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในความรับผิดชอบ และรายงานแก่ผู้บังคับบัญชาเพื่อเสนอความดีความชอบ 8) จัดอัตรากำลังให้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ ในความรับผิดชอบ 9) ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาและแก้ไขความขัดแย้งในหน่วยงาน 10) ดูแลควบคุมให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน 11) ประเมินปัญหาการบริหารงานบุคคลเป็นระยะๆ 12) เสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา และ 13) ดูแลให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูลตามสิทธิ

ผู้บริหารระดับต้น (frontline manager, supervisor) ประกอบด้วย พยาบาล หัวหน้าตึก หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน ซึ่งทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญมากในองค์กร พยาบาล ถ้าการบริหารระดับนี้ล้มเหลว การวางแผนระดับสูง ระดับกลางจะพลอยล้มเหลวไปด้วย เนื่องจากเป็นจุดที่นำไปปฏิบัติและนำผลผลิตทางการพยาบาลออกมา ผู้บริหารระดับต้นเป็นผู้สั่งงานและควบคุมงาน โดยตรงแก่บุคลากร เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ การบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความจำเป็นอย่างมากที่จะทำให้องค์กรบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การทบทวนวรรณกรรม (อมร สุวรรณนิมิตร 2553: 152-153) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทด้านบริหารทรัพยากรบุคคล ดังนี้ 1) วิเคราะห์ความต้องการด้านกำลังคนและรายงานเสนอผู้บังคับบัญชา 2) ร่วมดำเนินการคัดเลือกบุคลากรเข้าทำงานในหน่วยงาน 3) มอบหมายงานแก่บุคลากรตามความรู้ความสามารถและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล 4) ประเมินความรู้ความสามารถและผลการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา 5) ทำการพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถเต็มศักยภาพ และสอดคล้องกับความต้องการในการปฏิบัติงาน 6) พิจารณาความดีความชอบและเสนอผู้บังคับบัญชาเพื่อเลื่อนตำแหน่งเลื่อนเงินเดือน 7) ประเมินปัญหาบุคลากรและทำการแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งต่างๆ ตามอำนาจหน้าที่ 8) จัดตารางปฏิบัติงานให้เพียงพอและเหมาะสมในแต่ละวันแต่ละเวร 9) สอนงานและให้คำแนะนำการปฏิบัติงานแก่บุคลากร 10) ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย 11) ดูแล

สภาพแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัยแก่การปฏิบัติงาน 12) ดำเนินการให้ประโยชน์แก่ผู้ดูแลและสวัสดิการแก่ผู้ได้บังคับบัญชาตามสิทธิ และ 13) เสริมสร้างให้เกิดสัมพันธภาพอันดีในหน่วยงาน

### 2.3.2 บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล

พฤติกรรมกรรมการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีอิทธิพลโดยตรงต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาล (Boyle, et al., 1999; Taunton, et al., 1997 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร 2551: 255) จึงอาจกล่าวได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล หากสามารถจูงใจให้คนอยู่ในองค์กรได้ ย่อมไม่เกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยเฉพาะในปัจจุบันพยาบาลจะลาออกหลังจากทำงานได้เพียง 2 ปี (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคนอื่นๆ 2553: 74) การแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล สามารถดำเนินการได้หลายวิธี ได้แก่ การกำหนดนโยบายและการพัฒนาวิชาชีพที่ชัดเจน เพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพ การปรับระบบบริการสาธารณสุข แต่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทโดยตรงในการบริหารอัตรากำลัง และการธำรงรักษากำลังคนทางการพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้จึงเน้นเฉพาะบทบาทการบริหารอัตรากำลังของหัวหน้าหอผู้ป่วย

## 3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

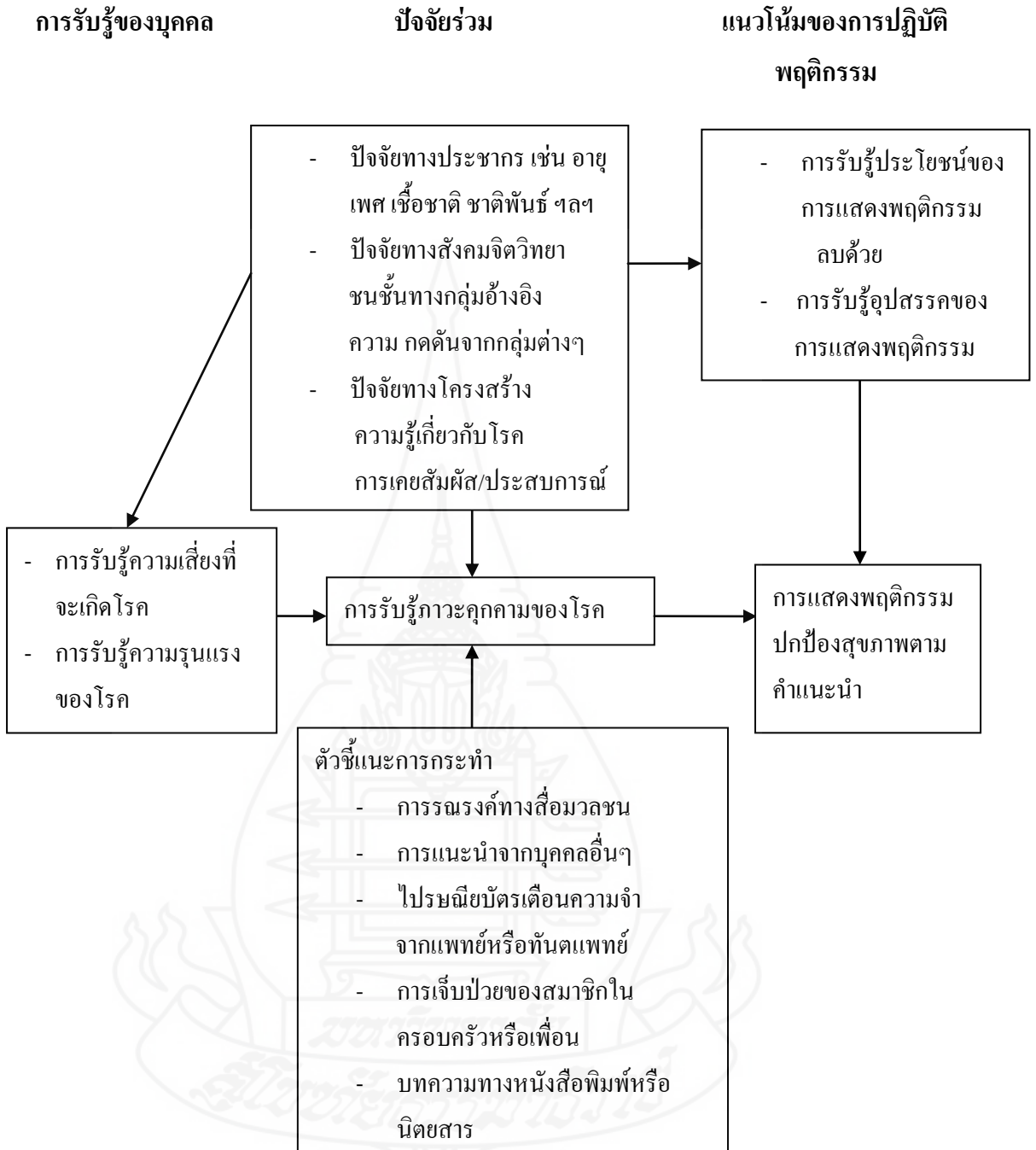
การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลได้ดี ต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยที่พฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้มีพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอเหมาะสมกับภาระงาน ไม่เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และปัญหาสุขภาพจากการทำงาน มีลักษณะเทียบเคียงได้กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งมุ่งเน้นไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค หรือพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

### 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการกระทำสิ่งที่มีผลดีต่อสุขภาพหรือลดเว้นการกระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักในคุณค่าของการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ (นันทวรรณ สุวรรณรูป 2549: 25) พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ทางด้านชีวิตสังคม จึงมีผู้กำหนดแบบจำลองที่จะอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีทั้งที่เป็นแบบจำลองที่อธิบายเฉพาะพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 52) กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้นหรือประสบการณ์มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบจำลองพรีสิด - โพรสิด (PRECEDE - PROCEED) ของ ลอว์เรนซ์ ดับบลิว กรีน (Lawrence W. Green) และ มาร์แชล ดับบลิว ครูเตอร์ (Marshall W. Kreuter) กล่าวว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป (Green and Kreuter, 1991 อ้างถึงใน ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์ 2551: 33) และแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างถึงใน นันทวรรณ สุวรรณรูป 2549: 27) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ถูกนำเสนอตั้งแต่ทศวรรษ 1960 เพื่อเป็นกรอบในการสำรวจว่าเหตุใดบุคคลที่ไม่เจ็บป่วยบางคนจึงมีการกระทำเพื่อปกป้องสุขภาพ ในขณะที่บางคนไม่กระทำ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับโดยเบคเกอร์ (Becker, 1974) เสนอว่า ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (perceived threat of disease) และความเชื่ออย่างแรงกล้าว่าประโยชน์ของการมีพฤติกรรมมากกว่าอุปสรรคของการมีพฤติกรรม ส่วนปัจจัยที่มีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยร่วม (modifying factors) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cue to action) โดยที่ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคหรือความเสี่ยงที่จะเกิดโรค (perceived susceptibility to disease) และความรุนแรงของโรค (perceived seriousness of disease) จะร่วมกันกำหนดระดับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ของบุคคล (individual perception) ปัจจัยร่วม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และแนวโน้มการมีพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ (likelihood of action) มีความสัมพันธ์กัน ดังภาพที่ 2.1 (Pender, 1996: 36)



ภาพที่ 2.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และแนวโน้มการมีพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ มีความหมาย องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ ดังจะกล่าวต่อไป (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ 2553: 146-150; ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์

2551: 18-22; นันทวรรณ สุวรรณรูป 2549: 25-37; มัลลิกา มัติโก 2534: 72-89; Becker, 1974: 1-25; Pender, Murdaugh and Parsons, 2011: 38-40)

**3.1.1 การรับรู้ของบุคคล** มีผลโดยตรงต่อแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ การรับรู้ในส่วนนี้ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคหรือความเสี่ยงที่จะเกิดโรค และการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และมีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ การรับรู้แต่ละด้านมีความหมายและมีผลต่อพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ ดังนี้

1) **การรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคหรือความเสี่ยงที่จะเกิดโรค** หมายถึง การรับรู้โอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพหรือการเกิดโรคของบุคคล (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวณิชย์ เสนารัตน์ 2551: 19) การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ (นันทวรรณ สุวรรณรูป 2549: 4-28) สะท้อนให้เห็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลต่อความอ่อนแอที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ (Pender, 1996: 35) ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงหรือเป็นโรค (ศิริพร ชัมภลิจิต และจุพาลักษณ์ บารมี 2555: 39) สรุปได้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาหรือความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพหรือเกิดโรค บุคคลจะแสดงออกถึงการรับรู้นี้ได้ 3 แบบ คือ 1) ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ 2) การคาดการณ์ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้าย และ 3) ความรู้สึกต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน (ศิริพร ชัมภลิจิต และจุพาลักษณ์ บารมี 2555: 37) แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ตั้งแต่เชื่อว่าไม่มีโอกาสเกิดโรคเลย จนเชื่อว่ามีโอกาสสูงที่จะเกิดโรค เมื่อใดที่เชื่อว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพมีระดับสูง จะทำให้มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคสูง จึงมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมปกป้องสุขภาพสูงตามไป การศึกษาของ อัจฉราณี สังสะนะ (2552) พบว่า การรับรู้โอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ อุมพร ปุญญโสพรรณ และคนอื่นๆ (2554) พบว่า การรับรู้โอกาสเกิดความเสี่ยงการเป็นโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการควบคุมน้ำหนัก ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.23$ )

2) **การรับรู้ความรุนแรงของโรค** หมายถึง การรับรู้ว่าปัญหาสุขภาพนั้น จะต้องมีความรุนแรงและจะเกิดผลตามมา (นันทวรรณ สุวรรณรูป 2549: 4-28) การรับรู้ของบุคคลต่อผลของโรคที่เกิดขึ้น อาจเป็นผลทางร่างกาย หน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว หรือฐานะทางสังคมของบุคคล (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวณิชย์ เสนารัตน์ 2551: 19) ความเชื่อที่บุคคลเป็น

ผู้ประเมินเองในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต หรือความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสภาวะและผลที่อาจจะเกิดขึ้น (ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี 2555: 37, 39) การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถวัดได้จากระดับของอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นจากความคิดว่าจะเกิดโรค หรือความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาโรคและทางสังคม เช่น ชีวิตครอบครัวและชีวิตการทำงาน หรือความเชื่อของบุคคลว่าปัญหาสุขภาพนั้นจะก่อให้เกิดความยุ่งยากกับตน (Pender, 1996: 35) สรุปได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นจะมีความรุนแรง หรือจะก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นความยุ่งยากรุนแรง ทั้งต่อร่างกาย อารมณ์ หน้าที่ ชีวิต ฐานะทางสังคม ถ้าบุคคลรับรู้ว่าจะเกิดโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรง หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคมากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคตามคำแนะนำมากขึ้น หรือให้ความร่วมมือในการปกป้องสุขภาพมากขึ้น (ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์ 2551: 19) การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การศึกษาของรัศมี ลีธนาย (2552) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.35$ )

3) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กลับกันจะมีผลให้บุคคลรับรู้ต่อการคุกคามของโรค อาจเป็นความรู้สึกกลัวต่อโรคเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงจะรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามของโรคสูง ภาวะคุกคามนี้จะให้คุณค่าทางลบต่อบุคคล ทำให้หลีกเลี่ยงจากภาวะโรคนั้น ตัวแปรนี้จะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค (ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์ 2551: 19) สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค หมายถึง ความรู้สึกกลัวต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ อันเป็นผลลัพท์จากการชั่งน้ำหนักระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค หากบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคสูง และโรคนั้นมีความรุนแรงสูง บุคคลจะรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามของโรคสูง และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรคนั้น

**3.1.2 ปัจจัยร่วม** เป็นปัจจัยที่มีผลทางอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมที่แนะนำ โดยจะมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และตัวแปรทางโครงสร้าง ซึ่งมีรายละเอียดดังจะกล่าวต่อไป (ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์ 2551: 19)



1) *ปัจจัยทางประชากร* ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และเชื้อชาติ ผลการศึกษาพบว่า เพศ เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ เพศหญิงจะมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าเพศชาย อายุส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรคจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น นอกจากนี้ระดับการศึกษายังมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการแสดงพฤติกรรม เช่นเดียวกับรายได้ นั่นคือ ระดับการศึกษาและรายได้สูงจะทำให้พฤติกรรมการปกป้องสุขภาพเกิดได้มากขึ้น

2) *ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา* ความกดดันหรืออิทธิพลทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กลุ่มอ้างอิงหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญของบุคคลนั้น จะมีอิทธิพลต่อทัศนคติหรือความเชื่อ และจะกดดันให้บุคคลมีพฤติกรรมตามบรรทัดฐานทางสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง และค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

3) *ตัวแปรทางโครงสร้าง* ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค หรือการที่เคยเป็นโรคมามาก่อน หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่เคยได้รับ จะกดดันให้บุคคลมีพฤติกรรมตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

**3.1.3 แนวโน้มของการปฏิบัติกิจกรรม** ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์หรือผลได้ของพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคหรือผลเสียของพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ ดังนี้

1) *การรับรู้ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรม* หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิผล ของการกระทำหรือพฤติกรรมตามที่ได้รับการแนะนำว่าจะนำไปสู่การลดภาวะที่ถูกคุกคามจากโรค หรือเป็นการรับรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพของพฤติกรรมในการป้องกันโรค (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์ 2551: 19) ความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น สามารถที่จะลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของผลกระทบนั้น (ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี 2555: 39) การรับรู้ประโยชน์ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง-การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรม เป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่า พฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกแก่ตนเอง ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรมอาจมีทั้งประโยชน์ภายนอกและประโยชน์ภายใน ประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเป็นเงิน หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการแสดงพฤติกรรม ประโยชน์ภายใน เช่น การเพิ่มความระมัดระวังหรือมีการเตรียมพร้อม และการลดความ

ความรู้สึกเมื่อขี้ล่า ประโยชน์ภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า ส่วนประโยชน์ภายในจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า (ศิริพร ชัมภลิจิต และประภาพร จินันทุยา 2545: 27; Pender, Murdaugh and Parsons, 2011: 53) สรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อประสิทธิผลหรือประโยชน์ของพฤติกรรม ที่จะนำไปสู่ผลทางบวกในการลดภาวะคุกคามของโรคหรือปัญหาสุขภาพ ทั้งในด้านการลดความเสี่ยงของการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค และลดผลที่จะเกิดตามมาจากรโรคหรือปัญหาสุขภาพ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในทางบวก โดยคาดหวังถึงประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาของ สุธิดา พุฒทอง (2551) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.73$ ) การศึกษาของ สมหญิง หาญธงชัย (2552) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของเจ้าหน้าที่ชาย ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.26$ ) การศึกษาของ ปริมประภา ก้อนแก้ว และคนอื่นๆ (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.121$ )

2) การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้อุปสรรค หรือผลที่ไม่พึงปรารถนาจากการแสดงพฤติกรรมที่ได้รับการแนะนำ อุปสรรคที่พบอาจเป็นอุปสรรคที่คาดคิดหรือที่เกิดขึ้นจริงอย่างเห็นได้ชัด เช่น ค่าใช้จ่ายที่สูง ความไม่สะดวก ความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด หรือผลต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เป็นต้น (ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์ 2551: 19) ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางต่อการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ อุปสรรคเหล่านั้น ประกอบด้วย อุปสรรคภายนอกและอุปสรรคภายใน อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ การขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายที่สูง ความไม่สะดวก ความไม่สุขสบาย ความยุ่งยาก สภาพอากาศ ส่วนอุปสรรคภายใน ได้แก่ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ความขี้เกียจจากการเลิกแสดงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การกินอาหารที่มีไขมันสูง อุปสรรคนี้อาจเป็นเรื่องจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรม ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมของบุคคลนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ (ศิริพร

ข้ามภลิจิต และประภพร จินันทุยา 2545: 27; Pender, Murdaugh and Parsons, 2011: 53) สรุปลไ้ไ้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรม หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่ออุปสรรคที่จะขัดขวาง การแสดงพฤติกรรม หรือผลทางลบ/ไม่พึงปรารถนาจากการแสดงพฤติกรรม ประกอบด้วย อุปสรรคภายนอก เช่น การขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายใน เช่น ความไม่รู้ ความไม่พึงพอใจ เป็นต้น การศึกษาของ สมหญิง หาญธงชัย (2552) พบว่า การรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของเจ้าหน้าที่ชาย ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับพฤติกรรมป้องกันโรค กระดูกพรุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.28$ ) การศึกษาของพรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมมีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ( $r = - 0.23$ )

**3.1.4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ** เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิด พฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะ ของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นต้น สิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้น ภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดามารดา แพทย์ พยาบาล เป็นต้น (ศิริพร ขัมภลิจิต และ จุฬาลักษณ์ บารมี 2555: 38) สรุปลไ้ไ้ว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นภายนอกหรือภายใน ที่เร่งให้เกิด การแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำที่เหมาะสมออกมา สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติภายใน ได้แก่ การ รับรู้สภาวะทางร่างกาย อาการไม่สุขสบาย ความรู้สึกเมื่อย่ำ การระลึกได้ถึงสภาวะการณั้ของบุคคล ที่ใกล้ชิดซึ่งเป็นโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติภายนอก ได้แก่ สื่อสารมวลชน คำแนะนำจากผู้อื่น ไปสเตอร์ บทความจากหนังสือหรือเอกสารต่างๆ ไปรษณียบัตรเตือนความจำจากบุคลากรทาง การแพทย์ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติจะต้องมีอย่างเพียงพอจึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมได้

เมื่อบุคคลรับรู้ว่ตัวเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรง บุคคลจะรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค จึงมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมปกป้องสุขภาพหรือ ป้องกันโรค โดยเฉพาะเมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรม และรับรู้ว่ไม่มี อุปสรรคหรือมีอุปสรรคน้อย ถ้าประโยชน์มากกว่าอุปสรรค โอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นจะมาก ขึ้น แต่ถ้าอุปสรรคมากกว่าประโยชน์ โอกาสแสดงพฤติกรรมจะน้อยลง ถ้าหากได้รับสิ่งชักนำให้ เกิดการปฏิบัติที่เพียงพอ ก็จะเกิดพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ

### 3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

การบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาล เพื่อกระจายบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานที่มีอยู่ และจัดอัตรากำลังสำรองเมื่อเกิดภาวะวิกฤติเร่งด่วน เป็นการทำงานเชิงรุกเช่นเดียวกับพฤติกรรมปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปกป้องสุขภาพของตนเอง หรือหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ทั้งนี้เนื่องจากภาวะขาดแคลนจะทำให้พยาบาลมีปัญหาสุขภาพหรือโรคได้จากการปฏิบัติงานที่มากเกินไป ส่งผลให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตไม่ดี มีผู้นำแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริหารอื่นๆ เช่น พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมของหัวหน้าหอผู้ป่วย สถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น และภาสินี ตั้งสถิตย์ (2555) นำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเครือข่ายประกันการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาเฉพาะการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาล เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ โดยเชื่อว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล เพื่อให้มีอัตรากำลังที่เพียงพอทั้งจำนวน ความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทั้งในภาวะปกติและเร่งด่วน ความสัมพันธ์ของการรับรู้แต่ละด้านกับพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลมีดังนี้

**3.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล** หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าหน่วยงานมีโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาภาวะขาดแคลนพยาบาล ซึ่งอาจจะอยู่ในระดับของโรงพยาบาล หรือหอผู้ป่วย บุคคลจะแสดงออกถึงการรับรู้นี้ได้ 3 แบบ คือ 1) ความเชื่อที่มีต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล 2) การคาดการณ์ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลซ้ำ 3) โอกาสที่จะเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาหลังเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ได้แก่ ความปลอดภัยในชีวิต และการสูญเสียค่าใช้จ่าย โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล มีผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ซึ่งไปมีผลต่อแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล การทบทวนวรรณกรรมไม่มีนักวิชาการกล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล กับพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล แต่มีการศึกษาของ พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง

(2554: 50-51) พบว่า การรับรู้โอกาสเกิดความเล็งด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ( $r = 0.16$ )

**3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล** หมายถึง ความเชื่อของ บุคคลว่าภาวะขาดแคลนพยาบาลจะมีความรุนแรง หรือจะก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นความยุ่งยาก รุนแรง ทั้งต่อร่างกาย อารมณ์ หน้าที่ ชีวิต และฐานะทางสังคม ถ้าบุคคลรับรู้ภาวะขาดแคลน พยาบาล ก่อให้เกิดความรุนแรง หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของภาวะ ขาดแคลนพยาบาล มากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง บุคคลจะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรม การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ผลกระทบของภาวะขาดแคลนพยาบาลมี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ทำให้มีสุขภาพไม่ดี เสียขวัญ เสียกำลังใจ มีความเครียดในการทำงาน ทำหน้าที่ได้ไม่ สมบูรณ์ตามขอบเขตความรับผิดชอบ ชีวิตไม่สมดุลเพราะต้องทำงานมากขึ้น ถูกฟ้องร้องจากการ ทำงานผิดพลาด เกิดความท้อแท้ ทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมบกพร่องหรือไม่ครบถ้วน ก่อให้ เกิดปัญหาครอบครัว ระดับห่อผู้ป่วย เมื่อบุคลากรทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผลการ ดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย การทำงานมีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ ระดับ โรงพยาบาล เมื่องานไม่มีคุณภาพ ทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ เกิดการร้องเรียน ทำให้เสีย ชื่อเสียง หากบุคลากรลาออก โรงพยาบาลจะเสียค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศ ฝึกอบรม และพัฒนา พยาบาลใหม่ รวมทั้งขาดแคลนพยาบาลดูแลผู้ป่วย การศึกษาของ พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554: 50-51) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.26$ )

**3.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล** หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อประสิทธิผลหรือประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ที่จะนำไปสู่ผลทางบวกในการลดภาวะคุกคามของภาวะขาดแคลนพยาบาล ทั้งในด้านการลดความ เสี่ยงของการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ลดความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล และลด ปัญหาอื่นๆ ที่จะเกิดตามมาจากภาวะขาดแคลนพยาบาล บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในทางบวก โดย คาดหวังถึงประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลน พยาบาล 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ทำให้มีความรู้สึกชื่นชอบและมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติ มีความ กระตือรือร้นในการทำงาน มีความมุ่งมั่นในการทำงาน อุทิศตนให้กับงาน มีแรงจูงใจในการทำงาน ระดับห่อผู้ป่วย งานมีคุณภาพ และระดับ โรงพยาบาล ได้รับรางวัลต่างๆ และมีชื่อเสียง การบริหาร จัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลจะทำให้มีบุคลากรเพียงพอ เหมาะสมต่อภาระงาน ทำให้ทำงานดีขึ้น

การศึกษาของ พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554: 50-51) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.25$ )

**3.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล** หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่ออุปสรรคที่จะขัดขวางการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล หรือผลทางลบ/ไม่พึงปรารถนาจากการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ประกอบด้วย อุปสรรคภายนอก เช่น การขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ได้แก่ เครื่องมือ เครื่องใช้ ผู้สนับสนุน นโยบาย งบประมาณ อุปสรรคภายใน เช่น ความไม่รู้ ความไม่เข้าใจในการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ความไม่พึงพอใจการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล การศึกษาของ พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554: 50-51) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = - 0.23$ )

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และ การรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จะช่วยให้หัวหน้า หอผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล เพื่อธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ และมีทักษะสูงไว้ในหอผู้ป่วยได้ โดยดำเนินการตามกระบวนการบริหารอัตรากำลัง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนอัตรากำลัง 2) การจัดตารางปฏิบัติงาน และ 3) การจัดสรรอัตรากำลัง

#### 4. ขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

##### 4.1 โรงพยาบาลทั่วไปในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 รับผิดชอบการนิเทศงานของโรงพยาบาลใน จังหวัดกาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และ ประจวบคีรีขันธ์ มีทั้งหมด 12 แห่ง แยกตามจังหวัดได้ดังนี้ (กาญจนนา จันทรไทย 2556: 11)

จังหวัดกาญจนบุรี มีโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมะการักษ์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดสุพรรณบุรี มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดราชบุรี มีโรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดสมุทรสาคร มีโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสงคราม มี

โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดเพชรบุรี มี  
 โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีโรงพยาบาล  
 ทั่วไป 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และโรงพยาบาลหัวหิน ส่วนจังหวัดนครปฐม  
 ไม่มีโรงพยาบาลทั่วไป

#### 4.2 ลักษณะและขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั่วไป

กองโรงพยาบาลภูมิภาค (2543) ได้อธิบายลักษณะและขอบเขตหน้าที่ความ  
 รับผิดชอบของโรงพยาบาลทั่วไปไว้ดังนี้

**4.2.1 ลักษณะของโรงพยาบาลทั่วไป** เป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 150-500  
 เตียง มีขีดความสามารถรองจากโรงพยาบาลศูนย์ รับผิดชอบการให้บริการแก่ประชาชนในเขตเมือง  
 และชนบทถัดจากโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในตัวเมือง หรืออำเภอขนาดใหญ่ที่มี  
 ความสำคัญทางเศรษฐกิจ มีลักษณะการให้บริการแบบผสมผสาน คือให้บริการด้านการรักษา  
 พยาบาล ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพในสัดส่วนที่เหมาะสม  
 ตามศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ให้บริการทางด้านวิชาการและฝึกอบรมแก่บุคลากร  
 ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขประเภทต่างๆ รวมทั้งด้านการศึกษาวิจัยทางเทคนิคและงานวิจัย  
 บริการสาธารณสุข

**4.2.2 ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั่วไป** โรงพยาบาลทั่วไปมี  
 หน้าที่รับผิดชอบดังนี้

- 1) ให้บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary Medical Care)  
 ทติยภูมิ (Second Medical Care) และตติยภูมิ (Tertiary Medical Care) โดยให้บริการผสมผสาน  
 ฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่ง  
 ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการ  
 รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และยังให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง และพื้นที่ที่ได้รับ  
 มอบหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) ให้การศึกษาฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่ำกว่า และสูงกว่า  
 ปริญญาตรีภายในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนการให้บริการฝึกอบรมแก่ประชาชนให้  
 ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย
- 3) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการวิจัยด้านสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์และ  
 แก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนทั้ง  
 ชาดามีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

4) ให้การสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุขในระดับรอง คือ ระดับอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน

#### 4.3 การจัดแบ่งงานของโรงพยาบาลทั่วไป

การจัดแบ่งงานของโรงพยาบาลทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (กองโรงพยาบาล ภูมิภาค 2543) ดังนี้

**4.3.1 กลุ่มบริหารจัดการ** ประกอบด้วย งานที่เป็นส่วนช่วยสนับสนุนในทำงานของกลุ่มเทคนิคเฉพาะทางและกลุ่มอื่นๆ ดำเนินการตามเป้าหมาย

**4.3.2 กลุ่มเทคนิคเฉพาะทาง** ประกอบด้วย ลักษณะงานที่ปฏิบัติในเชิงวิชาชีพ หรือวิชาการเฉพาะทาง ที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ หรือเป็นกลุ่มสายงานหลัก ตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและเจ้าหน้าที่เทคนิคเกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุข เช่น งานเวชกรรมทั่วไป อายุรกรรม ศัลยกรรม พยาธิวิทยา รังสีวิทยา เป็นต้น

**4.3.3 กลุ่มที่มีลักษณะผสมผสานระหว่างงานบริหารจัดการและงานเทคนิคเฉพาะทาง** และมีหน้าที่เป็นแกนกลางหรือตัวประสานงาน และให้การสนับสนุนการดำเนินการของกลุ่มอื่นๆ ให้ดำเนินไปตามเป้าหมาย เช่น ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายโภชนาการ และฝ่ายเวชกรรมสังคม เป็นต้น

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมของหัวหน้าหอผู้ป่วย สถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมของหัวหน้าหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม ( $r = 0.26$ ) การรับรู้อุปสรรคของการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม ( $r = - 0.23$ ) การรับรู้ความรุนแรงของความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและการรับรู้อุปสรรคของการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ



พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมได้ร้อยละ 12.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อุมพร ปุณฺณโสพรรณ และคนอื่นๆ (2554) ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทอง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (2554) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทอง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยทองที่มีอายุ 40-59 ปี ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 85 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการลดปัจจัยเสี่ยงสูงสุด รองลงมาได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการควบคุมน้ำหนัก ด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกาย ตามลำดับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการควบคุมน้ำหนักในระดับต่ำ ( $r = 0.23, p < 0.05$ )

อังสนาภรณ์ นัตรจินดา (2552) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตภาคใต้ ประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตภาคใต้ ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานในจังหวัดสงขลา ตรัง นครศรีธรรมราช และพัทลุง ปีการศึกษา 2549 จำนวน 341 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า เพศและประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตภาคใต้ ประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.217$  และ  $0.122$  ตามลำดับ) แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขต

ภาคใต้ ประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.167$  0.848 0.295 และ 0.847 ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตภาคใต้ ประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = - 0.338$ )

สมหญิง หาญธงชัย (2552) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของเจ้าหน้าที่ชายในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของเจ้าหน้าที่ชายในโรงพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกระดูกพรุน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน อิทธิพลระหว่างบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ชายในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 242 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดความรู้และแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของเจ้าหน้าที่ชายในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 1.14$ ,  $SD = 0.26$ ) ความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุน อิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.35$  0.26 0.28 0.33 และ 0.26 ตามลำดับ)

กฤษดา แสงวงศ์ (2550) ศึกษาสถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายอุปทานกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศ ในด้าน โครงสร้างและขนาดของกำลังคน แนวโน้มการเพิ่มและการสูญเสียกำลังคน รวมทั้งสถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนพยาบาลวิชาชีพเมื่อเทียบกับอุปสงค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2548 จำนวน 97,942 คน ได้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เช่น ข้อมูลผู้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2548 และข้อมูลการออกจากราชการของพยาบาลวิชาชีพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ณ วันที่ 31 เดือนธันวาคม 2548 มีพยาบาลวิชาชีพในวัยทำงานทั้งหมด 97,942 คน เป็นผู้ประกอบวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพ 88,440 คน หรือร้อยละ 90.30 ในขณะที่ความต้องการพยาบาลวิชาชีพของประเทศในช่วงเวลาเดียวกันคำนวณตามความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน 119,700 คน ดังนั้นจึงขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 31,260 อัตราเต็มกำลัง การเพิ่มขนาดกำลังคนกลับลดลง โดยพบว่า การเพิ่มสุทธิของพยาบาลวิชาชีพใน พ.ศ. 2548 ลดลงร้อยละ 35.29 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2543 เนื่องจากในช่วงปี พ.ศ. 2542-2548 มีการลดกำลังการผลิต

พยาบาลวิชาชีพกว่าร้อยละ 40 และมีการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากอัตราร้อยละ 2.35 ใน พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 25.48 ส่งผลให้อายุการทำงานลดลงเฉลี่ย 22 ปี จากเริ่มทำงาน นั่นคือ โดยเฉลี่ยพยาบาลจะทำงานถึงอายุ 45 ปีเท่านั้น และหากต้องการพยาบาลวิชาชีพในขนาดตามต้องการ ดังกล่าว จะต้องเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพปีละประมาณ 9,000 คน ซึ่งเกินกำลังผลิตพยาบาล วิชาชีพที่มีอยู่ประมาณ 8,000 คนต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่า โครงสร้างอายุของพยาบาลวิชาชีพมี ลักษณะเป็นโครงสร้างของกำลังแรงงานสูงอายุ โดยมีพยาบาลที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไปในสัดส่วนที่ สูงขึ้นถึงร้อยละ 20.14

กฤษดา แสงวดี (2551) ศึกษาอุปทานกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์รายละเอียดเกี่ยวกับกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ประเมิน ความสมดุลระหว่างอุปทานและอุปสงค์ต่อกำลังคนพยาบาลวิชาชีพทั้งในปัจจุบันและอนาคต และ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ รวมทั้งการสร้างตารางชีพการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2548 ผลการศึกษาพบว่า ณ เดือนธันวาคม 2548 มีพยาบาล วิชาชีพอายุต่ำกว่า 60 ปี จำนวน 97,942 คน โดยมี 88,440 คน หรือร้อยละ 90.30 ที่ทำงานการ พยาบาล ทำให้มีความขาดแคลนอยู่ประมาณ 31,260 คน ระหว่างปี 2543-2547 มีการลดลงของการ เข้างานสุทธิร้อยละ 35.29 ลดลงจาก 6,086 คน ในปี 2543 เป็น 3,938 คน ในปี 2547 ทำให้อัตรา การสูญเสียเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2.35 เป็นร้อยละ 4.15 ต่อปี พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยมีอายุ เฉลี่ย 37.60 ปี และมีเวลาคาดหมายในการทำงานในวิชาชีพประมาณ 22.55 ปี ส่งผลให้อัตราการ สูญเสียเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.43

สุวรรณ สุริย์จามร (2551) ศึกษาการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการและการ จัดอัตราากำลังบุคลากรพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนา การบริหารจัดการระบบบริการและการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี ประชากรเป็นบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล สิงห์บุรี จำนวน 229 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 167 คน พยาบาลเทคนิค 8 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน และพนักงานทำความสะอาด 27 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นคู่มือการจำแนก ประเภทผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจของ ผู้ใช้บริการ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบบริการและการจัดอัตรากำลัง พยาบาลในครั้งนี้ ทำให้ผลผลิตทางการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาล คุณภาพบริการ และ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการดีขึ้น ส่วนค่าจ้างพยาบาลล่วงเวลาลดลง

กฤษดา แสงวดี เดือนเพ็ญ ชีววรรณวิวัฒน์ วิจิต หล่อจิรชุนห์กุล และจิราวัลย์ จิตรถเวช (2552) ศึกษาเรื่องตารางชีพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนสถานภาพการทำงานเพื่อประมาณความน่าจะเป็นของการทำงานในวิชาชีพ และสร้างตารางชีพการทำงานแบบเพิ่มขึ้น-ลดลง (increment-decrement working life table) เพื่ออธิบายแบบแผนการมีส่วนร่วมในกำลังงาน ความยืนยาวของชีวิตการทำงาน ประมาณอัตราการสูญเสีย และคาดประมาณขนาดของกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในอนาคต ทั้งนี้เพื่อให้มีแบบจำลองเพื่อการตัดสินใจ วางแผนการผลิต และการธำรงรักษากำลังคนไว้ในระบบบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อไป กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1,293 คน ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ (two stage stratified random sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในประเทศไทยมีอายุการทำงานวิชาชีพเฉลี่ย 22.55 ปี และมีอัตราการสูญเสียประมาณ ร้อยละ 4.44 ต่อปี ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานภาพการทำงานในอีก 20 ปีข้างหน้า พบว่า พยาบาลมีโอกาสทำงานในวิชาชีพประมาณ ร้อยละ 60.10 ทำงานสนับสนุนในระบบสุขภาพประมาณ ร้อยละ 23.50 และไม่ทำงานวิชาชีพประมาณ ร้อยละ 16.40 พบว่า ผู้ที่มีอายุ 20-24 ปี มีอัตราการมีส่วนร่วมในการทำงานวิชาชีพ ร้อยละ 100 และจะค่อยๆ ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 35-39 ปี อัตราการมีส่วนร่วมในวิชาชีพลดลงเหลือ ร้อยละ 46.52

ภาสินี ตั้งสฤติย์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเครือข่ายประกันสุขภาพ โดยมิตุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความคิดและอารมณ์ต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พฤติกรรมกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ และอิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความคิดและอารมณ์ต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพต่อพฤติกรรมกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเครือข่ายประกันสุขภาพ ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกแผนกของโรงพยาบาลในเครือข่ายประกันสุขภาพ จำนวน 165 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 70.90 มีประสบการณ์เข้ารับการอบรม/สัมมนา/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ร้อยละ 97.00 และมีประสบการณ์การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วยตนเอง ร้อยละ 98.80 มีความคิดและอารมณ์ต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ความรู้สึกที่มีต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการรับรู้อุปสรรคของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยรวม ได้ร้อยละ 86.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วรรณภา ประไพพานิช สุปानी เสนาคิสัย และยุวดี ภาษา (2550) ศึกษาการคงอยู่ของ พยาบาลในสถานบริการสุขภาพของรัฐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ และลาออกของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับในเขตเมืองและชนบท และ สังเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายในการสร้างแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งบุคลากรพยาบาลในภาครัฐ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 81 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่าง จากรายชื่อสถานบริการสุขภาพ โดยเป็นตัวแทนของทุกระดับการบริการสุขภาพและสังกัด และทุก ภูมิภาค เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของพยาบาล ได้แก่ สถานภาพการว่างไม่เข้าราชการ ภาระงานที่ไม่เหมาะสม ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ น้อย สภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมทั้งอุปกรณ์สนับสนุนไม่เหมาะสม ไม่ปลอดภัย ความเครียด จากการทำงาน ขาดความก้าวหน้าในงานและการศึกษาต่อ ความไม่ยุติธรรมในการบริหาร การ ทำงานแวนในช่วงป่วยและช่วงดึก ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ที่แตกต่างกันจากปัจจัยลาออกได้แก่ ความรู้สึกว่างงานมีคุณค่าได้ช่วยเหลือผู้ป่วย ได้รับการยกย่อง ยอมรับ ความมีอิสระในการทำงาน ภายใต้อุปสรรควิชาชีพ การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการทำงานในองค์กรที่มีชื่อเสียง

สมสมัย สุธีรสานต์ และจินตนา วรรณรัตน์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ ลาออก โอนย้ายของพยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออกโอนย้ายของพยาบาลวิชาชีพ จากฝ่ายบริการ พยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เคยปฏิบัติงานในฝ่าย บริการพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2546-2552 จำนวน 72 คน และพยาบาลวิชาชีพที่กำลังปฏิบัติงาน ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 75 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุการโอนย้าย ลาออกของพยาบาล คือ ภาระงานที่หนักเกินไป เหนื่อยมาก ค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงาน เสี่ยงต่อการเกิดโรค และเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากขึ้น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการโอนย้าย ลาออกของพยาบาล คือ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสภาพสมรส เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากขึ้น ต้องการปฏิบัติงานด้วยการตัดสินใจด้วยตนเอง และความพึงพอใจ ด้านความรู้สึกรู้สึก

อัญชิสา อยู่สบาย (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการ ของคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอ่างทอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการรับรู้บทบาทหน้าที่ ศึกษาการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการรับรู้บทบาทหน้าที่ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการ และปัญหาและ อุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นประธานคณะกรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอ่างทอง จำนวน 152 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอ่างทอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45.32 ปี สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการบริหารเฉลี่ย 1.95 ปี แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้บทบาทหน้าที่ในภาพรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างความร่วมมือ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการเชื่อมต่อกับหน่วยงานองค์กรเครือข่าย และด้านการสนับสนุนทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในภาพรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 คือ แรงจูงใจในภาพรวม และการรับรู้บทบาทในภาพรวม ซึ่งทำนายการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการได้ร้อยละ 71.90 และปัญหาและอุปสรรค คือ คณะกรรมการบริหารมีหลายบทบาทจึงไม่สามารถเข้าร่วมได้ และขาดความรู้ด้านการบริหารจัดการ

ธีรพงษ์ อุดมเวช และคนอื่นๆ (2549) ศึกษาการบริหารอัตรากำลังภายใต้ความขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปด้านอัตรากำลังพยาบาล วิเคราะห์อัตรากำลังพยาบาลที่ควรจะเป็นในแต่ละหน่วยงาน และจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลให้แต่ละหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติการ จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า อัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่จริง จำนวน 76 คน อัตรากำลังพยาบาลที่คำนวณได้ตามภาระงาน จำนวน 149 คน ส่วนขาดที่ต้องการเท่ากับ 73 คน (ร้อยละ 48.99) อัตรากำลังพยาบาลที่ได้เพิ่มในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 9 คน (ร้อยละ 6.04) ผลจัดสรรอัตรากำลังพยาบาล ปี พ.ศ. 2549 จัดสรรพยาบาลจำนวน 3 คน ให้หน่วยงาน ห้องฉุกเฉิน จัดสรรพยาบาลจำนวน 2 คน ให้หน่วยงานผู้ป่วยในที่ 3 และจัดสรรพยาบาลจำนวนหน่วยงานละ 1 คน ให้ 4 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องคลอด และผู้ป่วยในที่ 1 หน่วยงานผู้ป่วยในที่ 2 หน่วยงานผู้ป่วยในที่ 4 และหน่วยงานผู้ป่วยในที่ 5 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน พบว่า การปฏิบัติงานมีความคล่องตัวมากขึ้น แต่ภาระงานมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลกำลังขยายขนาดเพิ่ม และมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่ม การจัดสรรที่ได้ส่วนมากแทนอัตรากำลังที่หายไป ได้เพิ่มเพียงส่วนน้อย แต่มีผลทำให้ด้านการจัดเวรทำงานและการเรียกอัตรากำลังเสริมในการปฏิบัติงานมีความคล่องตัวมากขึ้น การจัดสรรอัตรากำลังครั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเหมาะสมกับสถานการณ์ และได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังในอนาคตต่อไปได้ด้วย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหาร

ระดับสูง คือ ควรจัดสรรบุคลากรด้านการพยาบาลให้เหมาะสมกับขนาดและภาระงานของโรงพยาบาลรวมถึงจำนวนประชากรที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลด้วย จะส่งผลให้โรงพยาบาลมีคุณภาพ ผู้รับบริการปลอดภัยและมีความพึงพอใจ

แม็กฮุก และคนอื่นๆ (McHugh and others, 2011) ศึกษาความไม่พึงพอใจในงาน การลาออก และความไม่พอใจกับผลประโยชน์ทางด้านสุขภาพที่ก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความไม่พึงพอใจของพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาระงานที่หนัก การเปลี่ยนเวร และความเสถียรของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล จำนวน 95,499 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงในโรงพยาบาลและที่บ้าน มีความไม่พึงพอใจในงานและมีการลาออกสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานด้านอื่นๆ เช่น ทำงานในอุตสาหกรรมเกี่ยวกับยา เป็นที่น่าสังเกตว่า พยาบาลไม่พึงพอใจอย่างมากเกี่ยวกับการตรวจสอบผลกำไรทางด้านสุขภาพที่ทำโดยพยาบาลมากกว่าผู้ปฏิบัติงานด้านอื่น ความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลมีระดับต่ำลง เมื่อพยาบาลเกิดความไม่พึงพอใจหรือต้องการลาออก

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะขาดแคลนพยาบาลกำลังคนทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มต่างๆ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง แต่ไม่มีผู้ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ต่อพฤติกรรมบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดประชากร เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

##### 1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ตา หู คอ จมูก สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยหนัก งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 จำนวน 12 แห่ง รวมทั้งสิ้น 198 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงาน และดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างานของหน่วยงานที่มีเตียงผู้ป่วยในทุกคน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ตา หู คอ จมูก ผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยหนัก และงานห้องคลอด ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 จำนวน 12 แห่ง รวมทั้งสิ้น 162 คน

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาดารานั่งสือ วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งมีรายละเอียดของแบบสอบถาม และการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ดังนี้



## 2.1 รายละเอียดของแบบสอบถาม

แบบสอบถามมี 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การเรียนหรืออบรมด้านการบริหาร การพยาบาล จำนวนเตียงผู้ป่วยใน และผลิตภาพของหน่วยงานเฉลี่ยต่อปี (Productivity) เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จำนวน 8 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบสอบถามดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1

การแปลความหมาย การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้ (ประกอบ วรรณสูตร 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการรับรู้
4.50 – 5.00	สูงมาก
3.50 – 4.49	สูง
2.50 – 3.49	ปานกลาง
1.50 – 2.49	ต่ำ
1.00 – 1.49	ต่ำที่สุด

**ส่วนที่ 3** พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล 3 ด้าน ประกอบด้วย การวางแผนอัตรากำลัง 6 ขั้นตอน จำนวน 18 ข้อ การจัดตารางปฏิบัติงาน 5 ขั้นตอน จำนวน 15 ข้อ การจัดสรรอัตรากำลัง 3 ขั้นตอน จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบสอบถาม ดังนี้

พฤติกรรม	คะแนน
ปฏิบัติประจำ	4
ปฏิบัติบางครั้ง	3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติเลย	1

การแปลความหมาย พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จากคะแนนเฉลี่ย 4 ระดับ ดังนี้ (ประคอง วรรณสุต 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม
3.51-4.00	สูงมาก
2.51-3.50	สูง
1.51-2.50	ปานกลาง
1.00-1.50	ต่ำ

## 2.2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนดังนี้

### 2.2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

- 1) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณาความถูกต้อง ความชัดเจน และความครอบคลุม แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์
- 2) นำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขและปรับปรุงแล้วเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา ด้วยการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนน +1 เมื่อข้อความนั้นสอดคล้องกับตัวแปร คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับตัวแปร และคะแนน -1 เมื่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับตัวแปร แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ถ้าค่าดัชนีความสอดคล้อง  $\geq 0.5$  ถือว่ายอมรับได้ จะนำมาเป็นข้อคำถาม โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้ (นิรัตน์ อิมามี 2549: 55)

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

เมื่อ IOC หมายถึง คำนวณความสอดคล้อง

$\sum R$  หมายถึง ผลรวมคะแนนทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการคำนวณดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

3) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้

### 2.2.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

1) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ กับหัวหน้าหอผู้ป่วย ในหน่วยงานที่มีเตียงผู้ป่วยในทุกคนของโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 7 คน และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 25 คน

2) นำแบบสอบถามที่ได้รับคืน มาวิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.89 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.92 หลังจากนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91 ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.87 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.91

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนดังนี้

3.1 เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชพิจารณา เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.2 ขอนหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลการวิจัย จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

### 3.3 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลการวิจัย เอกสารรับรอง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยโขงทัชธรรมาธิราช โครงการวิจัยและตัวอย่างเครื่องมือการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป หลังจากนั้นประสานงานเพื่อรับหนังสืออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย ใช้เวลา 1-3 เดือน

### 3.4 ขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำเอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และจดหมายชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การแจกแบบสอบถาม การกำหนดวันส่งแบบสอบถามคืน ภายใน 2 สัปดาห์ หลังแจกแบบสอบถาม โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกส่งคืนกลุ่มการพยาบาล พร้อมแบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ให้หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 เพื่อแจกให้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดทุกคน และขอให้ผู้ประสานงานกลุ่มการพยาบาล ส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์

### 3.5 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทำจดหมายขอความ

ร่วมมือในการวิจัย และชี้แจงวิธีดำเนินการวิจัย โดยผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อนามสกุลในแบบสอบถาม มีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งหยุดตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อที่ต้องการ โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้รับไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น และให้ลงนามในใบยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

### 3.6 ผู้วิจัยรับแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์ และติดตามทวงถามเมื่อพ้น

กำหนดการส่งแบบสอบถามคืนใน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม 2556 ถึงวันที่ 8 ตุลาคม 2556 ได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 162 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่แจก

### 3.7 นำแบบสอบถามที่ได้รับคืน มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่ามี

แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 158 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 97.53 ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน

### 3.8 จัดเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.3 วิเคราะห์อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) และแปลผลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลกับพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร 2539)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.70 ขึ้นไป	สูง
0.30 - 0.69	ปานกลาง
0.29 และต่ำกว่า	ต่ำ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ได้ผลการวิจัยซึ่งจะนำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การเรียนหรืออบรมด้านการบริหารการพยาบาล จำนวนเตียงผู้ป่วยใน และผลผลิตภาพของหน่วยงานเฉลี่ยต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=158)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ ( $\bar{x}$ = 50.99 ปี SD = 4.03 ปี Max = 60 ปี Min = 35 ปี)		
35 - 40 ปี	2	1.30
41 - 60 ปี	68	43.00
51 - 60 ปี	88	55.70

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	0	0.00
หญิง	158	100.00
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	42	26.60
คู่	107	67.70
หม้าย/หย่า/แยก	9	5.70
<b>รายได้ทั้งหมด (<math>\bar{x} = 42,837.59</math> บาท SD = 7058.19 Max = 75,000.00 บาท Min = 25,000.00 บาท)</b>		
25,000 - 45,000 บาท	125	79.10
45,001 - 65,000 บาท	30	19.00
65,001 - 85,000 บาท	3	1.90
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ปริญญาตรี	114	72.20
ปริญญาโท	43	27.20
ปริญญาเอก	1	0.60
<b>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย (<math>\bar{x} = 11.19</math> ปี SD = 7.52 ปี Max = 29 ปี Min = 1 ปี)</b>		
1 - 10 ปี	71	44.90
11 - 20 ปี	72	45.60
21 - 30 ปี	15	9.50
<b>การเรียนหรืออบรมด้านการบริหารการพยาบาล</b>		
ไม่เคย	48	30.40
เคย	110	69.60

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>จำนวนเตียงผู้ป่วยใน (Max = 605 เตียง Min = 200 เตียง)</b>		
200 - 300 เตียง	38	24.10
301 - 400 เตียง	62	39.20
401 - 500 เตียง	37	23.40
501 - 605 เตียง	21	13.30
<b>ผลผลิตของหน่วยงานเฉลี่ยต่อปี (<math>\bar{x} = 119.94\%</math> SD = 36.06% Max = 273% Min = 40%)</b>		
< 90%	30	19.00
90 - 110%	44	27.80
> 110%	84	53.20

จากตารางที่ 4.1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 50.99 ปี (SD = 4.03 ปี) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 55.70 ทุกคนเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.70 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 42,837.59 บาท (SD = 7058.19 บาท) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 25,000 - 45,000 บาท ร้อยละ 79.10 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.20 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลี่ย 11.19 ปี (SD = 7.52 ปี) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่าง 11 - 20 ปี ร้อยละ 45.60 และรองลงมาปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่าง 1 -10 ปี ร้อยละ 44.90 ส่วนใหญ่ผ่านการเรียนหรืออบรมด้านการบริหารการพยาบาล ร้อยละ 69.60 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 301 - 400 เตียง ร้อยละ 39.20 รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 200 - 300 เตียง ร้อยละ 24.10 และผลผลิตของหน่วยงานเฉลี่ยต่อปี 119.94% (SD = 36.06%) ส่วนใหญ่มีผลผลิตของหน่วยงานเฉลี่ยต่อปีมากกว่า 110% ร้อยละ 53.20



## ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 158)

การจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล	4.52	0.61	สูงมาก
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล	4.44	0.70	สูง
ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล	4.14	0.88	สูง
อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล	3.58	0.68	สูง
โดยรวม	4.27	0.54	สูง

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.27$ , SD = 0.54) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{x} = 4.52$ , SD = 0.61) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยรองลงมาตามลำดับ ( $\bar{x} = 4.44$ , SD = 0.70,  $\bar{x} = 4.14$ , SD = 0.88 และ  $\bar{x} = 3.58$ , SD = 0.68 ตามลำดับ)

### ตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การจัดการวางปฏิบัติงาน การจัดสรรอัตรากำลัง และการวางแผนอัตรากำลัง ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 158)

พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การจัดการวางปฏิบัติงาน	3.94	0.23	สูงมาก
การสำรวจความต้องการของผู้ป่วย	3.94	0.24	สูงมาก
การสำรวจสิ่งสนับสนุนที่ให้กับบุคลากร	3.85	0.36	สูงมาก
การกำหนดตารางปฏิบัติงาน	3.82	0.41	สูงมาก
การสำรวจความต้องการของบุคลากร	3.72	0.50	สูงมาก
การประเมินผลการจัดการวางปฏิบัติงาน	3.66	0.54	สูงมาก
การจัดสรรอัตรากำลัง	3.74	0.49	สูงมาก
การจัดและกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่	3.71	0.55	สูงมาก
การประเมินความต้องการบุคลากร	3.47	0.75	สูง
การกำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย	3.44	0.69	สูง
การวางแผนอัตรากำลัง	3.58	0.53	สูงมาก
การสำรวจอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน	3.65	0.58	สูงมาก
การวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลัง	3.60	0.57	สูงมาก
การวางแผนการกระจายและการใช้อัตรากำลัง	3.35	0.67	สูง
การคาดคะเนอัตรากำลังที่ต้องการ	3.34	0.73	สูง
การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน	3.31	0.66	สูง
การวางแผนสรรหาอัตรากำลังทางการพยาบาล	2.80	0.92	สูง
โดยรวม	3.91	0.28	สูงมาก

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{x} = 3.91, SD = 0.28$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมทุกด้านอยู่ในระดับสูงมาก โดยการจัดตารางปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.94, SD = 0.23$ ) การจัดสรรอัตรากำลังมีค่าเฉลี่ยรองลงมา ( $\bar{x} = 3.74, SD = 0.49$ ) และการวางแผนอัตรากำลังมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x} = 3.58, SD = 0.53$ )

#### ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 มีปัจจัยที่นำมาร่วมวิเคราะห์ 4 ปัจจัย คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล 3) การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบข้อสมมุติทางสถิติ พบว่า ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณที่ไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นต่อกัน (no multicollinearity) โดยมีค่า VIF ของตัวแปรต้นเท่ากับ 1.000 ซึ่งไม่เกิน 10 ส่วนตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีการแจกแจงปกติและมีค่าความแปรปรวนคงที่ และตัวแปรความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยเป็นศูนย์และแต่ละค่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน (no autocorrelation) โดยมีค่า Durbin - Watson เท่ากับ 1.766 เป็นไปตามข้อสมมุติของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณทุกประการ (ดังแสดงในภาคผนวก ข)

การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 4.4 และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมและรายด้านกับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล (n = 158)

การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการ ภาวะขาดแคลนพยาบาลด้าน	พฤติกรรมการบริหารฯ โดยรวม	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับ
ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาด แคลนพยาบาล	0.369**	ปานกลาง
ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล	0.150	ต่ำ
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลน พยาบาล	0.045	ต่ำ
อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาด แคลนพยาบาล	0.025	ต่ำ
โดยรวม	0.267**	ต่ำ

\*\* p < 0.01

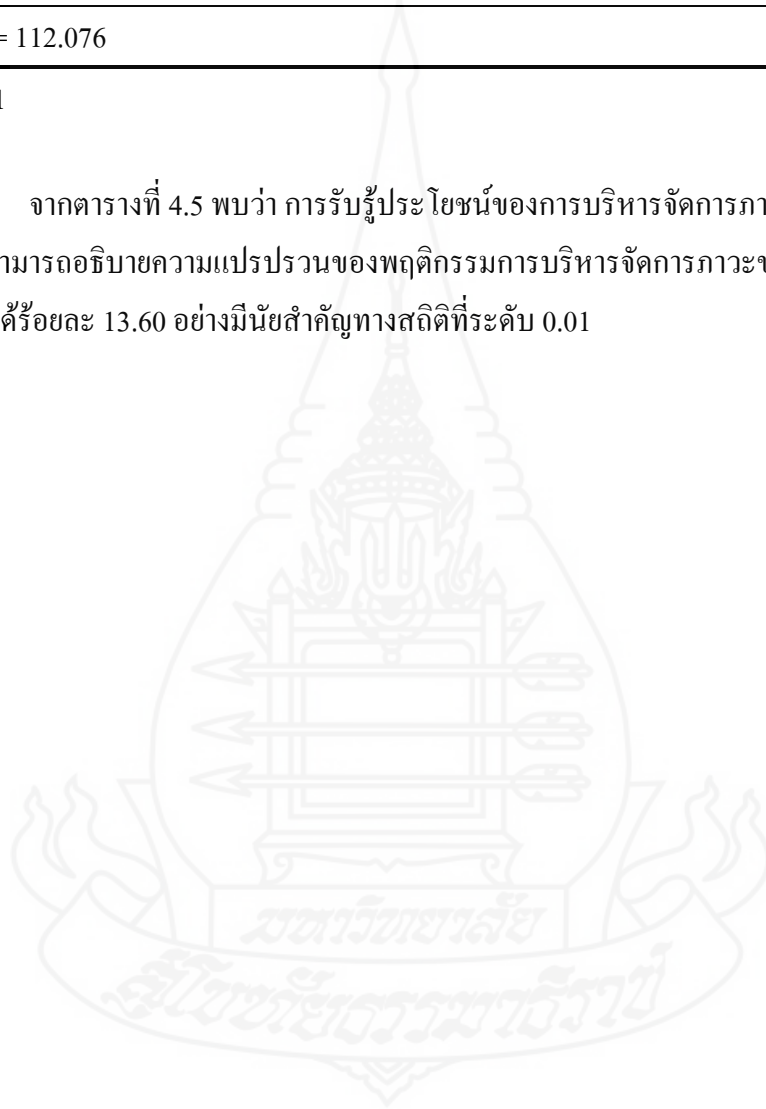
จากตารางที่ 4.4 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.27$ ) การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.39$ ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมในระดับต่ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.150, 0.045$  และ  $0.025$  ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม

การรับรู้	b	$\beta$	$R^2$	$R^2$ Change	F
ประโยชน์ของการบริหารจัดการ ภาวะขาดแคลนพยาบาล	0.742	0.369	0.136	0.136	24.575**
Constant = 112.076					

\*\*p &lt; 0.01

จากตารางที่ 4.5 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม ได้ร้อยละ 13.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

1.1.2 ศึกษาพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

1.1.3 ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

##### 1.2 วิธีดำเนินการ

1.2.1 **กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างานของหน่วยงานที่มีเตียงผู้ป่วยในทุกคน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ตา หู คอ จมูก ผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยหนัก และงานห้องคลอด ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 จำนวน 12 แห่ง รวมทั้งสิ้น 162 คน

1.2.2 **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย การเรียนหรืออบรมด้านการบริหารการพยาบาล จำนวนเตียงผู้ป่วยใน และผลิตภาพของหน่วยงานเฉลี่ยต่อปี (Productivity) เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ 2) การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการบริหาร

จัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จำนวน 8 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ 3) พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ประกอบด้วย การวางแผน อัตราค่าจ้าง จำนวน 18 ข้อ การจัดตารางปฏิบัติงาน จำนวน 15 ข้อ การจัดสรรอัตราค่าจ้าง จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.87 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.92 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ

**1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั่วไป และขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลทั่วไป หลังจากนั้นประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และขอให้ผู้ประสานงานกลุ่มการพยาบาลส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายใน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม - 8 ตุลาคม 2556 ได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 162 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสอบถามที่แจก นำแบบสอบถามที่ได้รับคืน มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่า มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 158 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 97.53 ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำจดหมายขอความร่วมมือในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงวิธีดำเนินการวิจัย โดยผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อนามสกุลในแบบสอบถาม มีสิทธิจะปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งหยุดตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อที่ต้องการ โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงาน และส่งแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกส่งคืนกลุ่มการพยาบาล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้รับไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น และให้ลงนามในใบยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

**1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### 3) วิเคราะห์อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลน

พยาบาล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์หาคถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

#### 1.3 ผลการวิจัย

**1.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล** พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 50.99 ปี (SD = 4.03 ปี) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 55.70 ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.70 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 42,837.59 บาท (SD = 7058.19 บาท) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 25,000 - 45,000 บาท ร้อยละ 79.10 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.20 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลี่ย 11.19 ปี (SD = 7.52 ปี) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่าง 11 - 20 ปี ร้อยละ 45.60 และจำนวนใกล้เคียงกันปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่าง 1 - 10 ปี ร้อยละ 44.90 ส่วนใหญ่ผ่านการเรียนหรืออบรมด้านการบริหารการพยาบาล ร้อยละ 69.60 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 301 - 400 เตียง ร้อยละ 39.20 รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาด 200 - 300 เตียง ร้อยละ 24.10 และผลิตภาพของหน่วยงานเฉลี่ยต่อปี 119.94% (SD = 36.06%) ส่วนใหญ่มีผลิตภาพของหน่วยงานเฉลี่ยต่อปีมากกว่า 110% ร้อยละ 53.20

**1.3.2 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยรองลงมาตามลำดับ

**1.3.3 พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า พฤติกรรมทุกด้านอยู่ในระดับสูงมาก โดยการจัดตารางปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด การจัดสรรอัตรากำลังมีค่าเฉลี่ยรองลงมา และการวางแผนอัตรากำลังมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด



### 1.3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.267$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมในระดับปานกลาง ( $r = 0.369$ ) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม ได้ร้อยละ 13.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมในระดับต่ำ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.150, 0.045$  และ  $0.025$  ตามลำดับ)

## 2. อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 สามารถอภิปรายผลการศึกษตามวัตถุประสงค์ดังนี้

### 2.1 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลรายด้านอยู่ในระดับสูงมากและสูง โดยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูงมากและมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ทั้งนี้เพราะอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 มีไม่เต็มตามกรอบ มีการขยายจำนวนเตียง ทำให้มีภาระงานมาก เห็นได้จากอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพตามกรอบของโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 มีจำนวน 5,561.23 คน แต่ในปัจจุบันมีจำนวนพยาบาลจริง 3,310 คน ยังขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2,251.20 คน หรือมีภาวะขาดแคลนพยาบาล ร้อยละ 40.48 (ตารางที่ 2 ภาคผนวก จ) และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 13.30 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงมากกว่าที่กำหนด โดยมีจำนวนเตียงระหว่าง 501-605 เตียง แสดงว่า มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่าภาระงานที่มีอยู่ โดยมีผลผลิตภาพของหน่วยงานเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 119.94% ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.20 มีผลผลิตภาพของหน่วยงานเฉลี่ยต่อปีมากกว่า 110% แสดงว่า หน่วยงานนั้นจัดอัตรากำลังน้อยเกินไปหรือมีงานมากกว่าคน (กฤษดา แสงวงดี 2545: 31) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเผชิญกับภาวะขาดแคลน

พยายามอย่างชัดเจน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก ภาวะขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรที่เหลื่ออยู่ต้องทำงานหนัก เกิดความเหนื่อยล้า มีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานหรือเกิดภาวะเสี่ยง ขาดขวัญกำลังใจ การลาออกโอนย้ายเพิ่มมากขึ้น คุณภาพในการปฏิบัติงานลดลง (ชูขวัญ ปิ่นสกุล 2547: 117; ICN, 2006 อ้างถึงใน อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม 2550: 29) เห็นได้จาก การรับรู้ว่าการขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตลดลง เพราะต้องทำงานมากขึ้นอยู่ในระดับสูงมากและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 4.59$ ,  $SD = 0.58$ ) การขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรเสียขวัญ เสียกำลังใจ มีความเครียดในการทำงานอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยรองลงมา ( $\bar{x} = 4.42$ ,  $SD = 0.68$ ) การขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรทำหน้าที่ไม่ครบถ้วนตามขอบเขตความรับผิดชอบอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.35$ ,  $SD = 0.80$ ) รวมทั้งการขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรมีโอกาสถูกฟ้องร้องจากการทำงานผิดพลาดอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.35$ ,  $SD = 0.79$ ) (ตารางที่ 3 ภาคผนวก ฉ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยรองลงมา ทั้งนี้เพราะการผลิตพยาบาลวิชาชีพทำได้จำกัด กระทรวงสาธารณสุขไม่มีตำแหน่งข้าราชการรองรับพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา และมีการสูญเสียพยาบาลออกจากระบบบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาของ วิภาดา คุณาวิคติกุล และคนอื่นๆ (2550) ที่พบว่าจำนวนอาจารย์พยาบาลยังไม่เพียงพอต่อการผลิต และความขาดแคลนพยาบาลจะมีมากขึ้นหากมีการเคลื่อนย้ายพยาบาลออกนอกประเทศหรือมีการเปลี่ยนอาชีพ ซึ่งทำให้อายุการทำงานสั้นเกินไป แม้สถาบันการศึกษาจะขยายการรับนักศึกษาให้มากขึ้น แต่ยังไม่ทันกับความต้องการพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มขึ้น จากการขยายหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทย และการขยายบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ในภูมิภาคเอเชีย ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวลาออกจากระบบสาธารณสุข จากการที่ไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ และขาดแรงจูงใจในการทำงานในหน่วยบริการสาธารณสุขในถิ่นทุรกันดาร ห่างไกล ผลการศึกษาการลาออกของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป 95 แห่ง ในระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2553 พบว่า มีอัตราการลาออกรวมร้อยละ 40.84 ในจำนวนนี้เป็น การลาออกในปีแรก ร้อยละ 48.68 และออกในปีที่ 2 ร้อยละ 25.57 ถ้าไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่มีสภาพการเป็นลูกจ้างในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สั้นเพียง 1.2 ปี เท่านั้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงวงศ์ 2555: 5-8) ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลได้ตลอดเวลา ถ้าหากไม่มีการบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูง เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการขาดแคลนและหอบผู้ป่วย มีโอกาสเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลในระยะเวลาอันใกล้ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.46$ ,  $SD = 0.66$  และ  $\bar{x} = 4.16$ ,  $SD = 0.93$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 3 ภาคผนวก ฉ)

การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลในระดับสูงและ มีค่าเฉลี่ยเป็นอันดับสาม ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารการพยาบาลและการ บริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จะส่งผลดีต่อบุคลากร หน่วยงาน และองค์กร เห็นได้จาก กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมด้านการบริหารการพยาบาล ร้อยละ 69.60 จึงมีความรู้เกี่ยวกับการ บริหารการพยาบาล โดยเฉพาะการบริหารบุคลากรให้เพียงพอ ประกอบกับมีการรับรู้ความรุนแรง ของภาวะขาดแคลนพยาบาลสูงมาก จึงเห็นความสำคัญของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลน พยาบาล นอกจากนั้นการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนอัตรากำลัง 2) การจัดตารางปฏิบัติงาน และ 3) การจัดสรรอัตรากำลัง (กฤษดา แสงดี 2545: 11; สำนักการพยาบาล 2547: 81; มาริษา สมบัติบุรณ์ 2546: 7; วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงดี 2555: 10) การดำเนินการทั้ง 3 ขั้นตอน จะช่วยให้มีจำนวนบุคลากรเพียงพอ เหมาะสมกับปริมาณงานทั้งในปัจจุบันและอนาคต ส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีความสุข หน่วยงานสามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่ต้องการ สอดคล้อง กับการศึกษาของ สุวรรณ สุรีย์จามร (2551) ที่พบว่า การพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบบริการ และการจัดอัตรากำลังพยาบาลให้เพียงพอ ทำให้ผลผลิตทางการพยาบาล ความพึงพอใจของ พยาบาล คุณภาพบริการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการดีขึ้น ส่วนค่าจ้างพยาบาลช่วงเวลาดลง กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูง เห็นได้ จากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลช่วยให้มีพยาบาลเพียงพอกับ ความต้องการอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 4.01$ ,  $SD = 1.02$ ) และการบริหารจัดการภาวะ ขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ทำให้หอผู้ป่วยให้บริการอย่างมีคุณภาพ อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.96$ ,  $SD = 1.09$  และ  $\bar{x} = 3.85$ ,  $SD = 1.02$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 3 ภาคผนวก ฉ)

การรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เพราะปัจจุบันประเทศไทยมีภาวะขาดแคลนพยาบาลมาก สถาบันการศึกษาพยาบาลมีข้อจำกัด ในการผลิตพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากมีจำนวนอาจารย์พยาบาลจำกัด พยาบาลวิชาชีพใหม่เข้าทำงาน ในโรงพยาบาลภาครัฐลดลง รัฐบาลมีนโยบายไม่บรรจุพยาบาลใหม่เป็นข้าราชการ ทำให้พยาบาล ใหม่ลาออกจำนวนมาก นอกจากนั้นยังมีการขยายตัวอย่างมากของบริการสาธารณสุขภาคเอกชน จึง ทำให้เกิดการสูญเสียกำลังคนจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนอย่างมาก (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงดี 2555: 6-8) ดังผลการศึกษาของ วรณภา ประไพพานิช สุปานิ เสนาคิสัย และยุวดี ภาษา (2550) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของพยาบาล ได้แก่ สถานภาพการว่างไม่เป็น ข้าราชการ ภาระงานที่ไม่เหมาะสม ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่น้อย สภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมทั้งอุปกรณ์สนับสนุนไม่เหมาะสม ไม่ปลอดภัย ความเครียดจากการทำงาน นอกจากนั้นกลุ่ม

ตัวอย่างยังมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 31.60 โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยต่ำสุด 1 ปี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยเรียน/อบรมด้านการบริหารการพยาบาล ร้อยละ 30.40 จึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลไม่เพียงพอ มีทักษะในการธำรงรักษานุคลากรไม่เพียงพอ ดังผลการศึกษาของ อัญชิสา อยู่สบาย (2555) ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการ คือ คณะกรรมการบริหารขาดความรู้ด้านการบริหารจัดการ และการศึกษาของ โพล์คและลูคัส (Volk and Lucas, 1991 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร 2551: 254) ที่พบว่า พฤติกรรมการบริหารที่ไม่เหมาะสมของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการลาออกจากงานของพยาบาล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลมีอุปสรรคในระดับสูง เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ไม่เอื้ออำนวยต่อการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.05$ ,  $SD = 0.95$  และ  $\bar{x} = 3.28$ ,  $SD = 1.21$ ) และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนไม่เพียงพอ เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างการรับรู้ว่ตนเองมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลไม่เพียงพอ การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นเรื่องที่ยู่ยากซับซ้อนดำเนินการได้ยาก การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจแก่บุคลากร มีทักษะในการธำรงรักษานุคลากรไว้ในหน่วยงานไม่เพียงพอ และการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลทำให้เกิดความสิ้นเปลือง อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.32$ ,  $SD = 1.04$ ,  $\bar{x} = 3.06$ ,  $SD = 1.02$ ,  $\bar{x} = 2.92$ ,  $SD = 1.33$ ,  $\bar{x} = 2.87$ ,  $SD = 0.98$  และ  $\bar{x} = 2.50$ ,  $SD = 1.18$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 3 ภาคผนวก ฉ)

## 2.2 พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{x} = 3.91$ ,  $SD = 0.28$ ) ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลรายด้านอยู่ในระดับสูงมากทั้ง 3 ด้าน โดยพฤติกรรมด้านการจัดตารางปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.94$ ,  $SD = 0.23$ ) ทั้งนี้เพราะการจัดตารางการปฏิบัติงาน หมายถึง การจัดการบุคลากรให้มีเพียงพอในแต่ละเวร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (Heidenthal, 2004) การจัดตารางปฏิบัติงานจึงต้องดำเนินการในระดับหอผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยตรง เพราะเป็นผู้ที่สั่งงานและใกล้ชิดกับผู้ปฏิบัติ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 106) หัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทโดยตรงในการจัดอัตรากำลังการปฏิบัติงานให้เพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการกำลังคนในแต่ละวันแต่ละเวร (รัชณี ศุจิจันทร์รัตน์ 2546: 21) ประกอบกับโรงพยาบาลทั่วไปมีนโยบายและระเบียบปฏิบัติในการจัดตารางปฏิบัติงานที่ชัดเจน ได้แก่ การจ้างผู้ปฏิบัติงานเสริมนอกเวลา การจ้างผู้ปฏิบัติงานบางเวลา การจัดระบบกำลังสำรอง และการใช้กำลังคนร่วมกันในหน่วยบริการผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน (มาริษา สมบัติบุญ 2546: 11)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังผ่านการอบรมด้านการบริหารการพยาบาลร้อยละ 69.60 จึงเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วย และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้านการจัดตารางปฏิบัติงานสูงมากและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยพฤติกรรมการสำรวจความต้องการของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.94$ ,  $SD = 0.24$ ) และการประเมินผลการจัดตารางปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x} = 3.66$ ,  $SD = 0.54$ ) (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ฉ)

พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้านการจัดสรรอัตรากำลังอยู่ในระดับสูงมาก และมีค่าเฉลี่ยรองลงมา ทั้งนี้เพราะหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหารระดับต้นมีบทบาทในการจัดสรรอัตรากำลังในหอผู้ป่วย (รัชณี สุจิจันทร์รัตน์ 2546: 20-21) การจัดสรรอัตรากำลัง หมายถึง การจัดสรรกำลังคนเพื่อให้มีการกระจายอย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาตามปริมาณงานที่มีอยู่ รวมทั้งการจัดสัดส่วนการผสมผสานทักษะปฏิบัติของบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงานตามความต้องการของผู้ป่วย (มาริษา สมบัติ 2546) การดำเนินการดังกล่าวจะเกิดในหอผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ จึงเป็นความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้านการจัดสรรอัตรากำลังอยู่ในระดับสูงมาก เห็นได้จากพฤติกรรมการจัดและกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับสูงมาก และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.71$ ,  $SD = 0.55$ ) ส่วนการกำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x} = 3.44$ ,  $SD = 0.69$ ) (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ฉ)

พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้านการวางแผนอัตรากำลังอยู่ในระดับสูงมาก และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x} = 3.58$ ,  $SD = 0.53$ ) ทั้งนี้เพราะการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล หมายถึง การคาดการณ์ความต้องการบุคลากรพยาบาลในอนาคตเปรียบเทียบกับอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อเป็นข้อมูลมาวางแผนอัตรากำลังให้เพียงพอกับความต้องการในปัจจุบันและอนาคต รวมทั้งจัดเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถตรงกับขอบเขตงานรับผิดชอบและพันธกิจขององค์กรพยาบาล (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ 2551) การวางแผนอัตรากำลังจึงเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของผู้บริหารทุกระดับ แต่เป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้บริหารระดับสูง (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม 2550: 50) การวางแผนอัตรากำลังมักเป็นการวางแผนระยะยาว เป็นรายไตรมาส หรือการจัดทำแผนประจำปี ส่วนการจัดตารางปฏิบัติงานจะเป็นการวางแผนอัตรากำลังในแต่ละวัน ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงของผู้บริหารระดับต้นหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย องค์กรประกอบที่สำคัญบางส่วนในการวางแผนอัตรากำลังที่หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องจัดให้มีการดำเนินการ ได้แก่ เป้าหมาย ปรัชญา และวัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลัง นโยบายบุคลากร วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังและการจัดตารางปฏิบัติงาน รวมทั้งการวางแผนจัดเตรียมบุคลากรทดแทนกรณีฉุกเฉิน ป่วย ลา หรือเมื่อบุคลากรไม่เพียงพอ (มาริษา สมบัติบุรณ์ 2546: 7-8)

ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้านการวางแผน อัตรากำลังอยู่ในระดับสูงมาก เห็นได้จากพฤติกรรมการสำรวจอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน อยู่ใน ระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x} = 3.65$ ,  $SD = 0.58$ ) ส่วนการวางแผนสรรหาอัตรากำลังทางการ พยาบาลอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x} = 2.80$ ,  $SD = 0.92$ ) โดยข้อมีส่วนร่วมวางแผน สรรหาบุคลากร โดยใช้ช่องทางที่หลากหลายอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.47$ ,  $SD = 1.00$ ) (ตารางที่ 4 ภาคผนวก ฉ)

### 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลที่ศึกษาในครั้งนี้มีทั้งหมด 4 ด้าน แต่มีเพียงด้านเดียวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล คือ การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลสามารถอธิบายความแปรปรวน ของพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม ได้ร้อยละ 13.60 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน ทั้งนี้เพราะการรับรู้ประโยชน์ของการบริหาร จัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยรวม และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ( $r = 0.369$ ) โดยการบริหารจัดการภาวะ ขาดแคลนพยาบาลจะลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ลดความรุนแรงของภาวะ ขาดแคลนพยาบาล ลดปัญหาอื่นๆ ที่จะเกิดตามมาจากภาวะขาดแคลนพยาบาล และก่อให้เกิดผลดี แก่บุคลากร ทำให้มีความรู้สึกชื่นชอบและมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติ มีความกระตือรือร้นในการ ทำงาน มีความมุ่งมั่นในการทำงาน อุทิศตนให้กับงาน มีแรงจูงใจในการทำงาน หอผู้ป่วยให้บริการ อย่างมีคุณภาพ โรงพยาบาลได้รับรางวัล มีชื่อเสียง ลดอัตราการลาออกและสูญเสียบุคลากร เมื่อ กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จึงส่งผลให้เกิด พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้านการวางแผนอัตรากำลัง การจัดการวาง ปฏิบัติงาน และการจัดสรรอัตรากำลังในระดับสูงมากทั้ง 3 ด้าน เช่นเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ของ การแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค จะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคมมากขึ้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติ ตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรม โดยเลือกปฏิบัติสิ่งที ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย จึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรค (Becker, 1974: 4) ผลการ ศึกษาที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภาสินี ตั้งสถิตย์ (2555) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการ พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับ พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยรวม ( $r = 0.853$ ) และร่วมอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรม การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยรวม ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยรวมได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เพราะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างอาจไม่รับรู้ภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นภาวะคุกคาม เนื่องจากโรงพยาบาลทั่วไปมีนโยบายและระเบียบปฏิบัติในการจ้างผู้ปฏิบัติงานเสริมนอกเวลา การจ้างผู้ปฏิบัติงานบางเวลา การจัดระบบกำลังสำรอง และการใช้กำลังคนร่วมกันในหน่วยบริการผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน (มาริษา สมบัติบุรณ 2546: 11) จึงไม่แสดงพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเสียด้านสิ่งแวดล้อมและการรับรู้อุปสรรคของการบริหารความเสียด้านสิ่งแวดล้อม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสียด้านสิ่งแวดล้อม โดยรวม ได้ร้อยละ 12.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจากศึกษาพฤติกรรมต่างกัน และการบริหารความเสียด้านสิ่งแวดล้อมเป็นภารกิจประจำที่หอผู้ป่วยต้องดำเนินการและไม่ต้องใช้งบประมาณมาก แต่การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากและมีใช้ภารกิจประจำ หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงไม่สามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยรวม ได้ร้อยละ 13.60 โดยมีผลทางบวก ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

**3.1.1 ส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วย** มีการรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลให้อยู่ระดับสูงขึ้น โดยเฉพาะประโยชน์ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับบุคคล จะทำให้บุคลากรมีความมุ่งมั่น อุทิศตนให้กับงาน มีการลาออกลดลง มีแรงจูงใจในการทำงาน และมีความกระตือรือร้นในการทำงาน ระดับหอผู้ป่วย จะทำให้งานมีคุณภาพ และระดับโรงพยาบาล จะทำให้มีชื่อเสียง พร้อมทั้งลดการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

ส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลอย่างเพียงพอ และส่งเสริมให้มีทักษะในการธำรงรักษาบุคลากรไว้ในหน่วยงานมากขึ้น เนื่องจากมีค่าเฉลี่ยต่ำ

**3.1.2 โรงพยาบาล** ควรกำหนดนโยบายการบริหารอัตรากำลังที่ชัดเจน ื่อต่อการลดภาวะขาดแคลนพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้บริหารระดับต้นมีส่วนร่วมในการบริหารอัตรากำลัง โดยร่วมกับกลุ่มการพยาบาลในการวางแผนอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายการกระจายและการใช้บุคลากรไว้อย่างชัดเจน การปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยอัตรากำลังภายในกลุ่มการพยาบาล นำเอาการคำนวณ productivity มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนอัตรากำลัง กรณีที่ productivity เท่ากับ 40% ควรเฉลี่ยอัตรากำลังให้หอผู้ป่วยที่มี productivity มากกว่า 110% และวางแผนสรรหาบุคลากรโดยใช้ช่องทางที่หลากหลาย เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีพฤติกรรมดังกล่าวในระดับปานกลาง

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

**3.2.1 ผลการศึกษาพบว่า** มีปัจจัยเพียงตัวเดียว คือ การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลโดยรวม ได้ร้อยละ 13.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงควรเลือกตัวแปรอื่น เช่น ความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นต้น มาศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้อำนาจในการอธิบายสูงขึ้น และควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้บริหารระดับสูง

**3.2.2 ควรมีการวิจัยกึ่งทดลอง** โดยนำรูปแบบการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง เพื่อให้แก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข (2542) *การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 6)*  
กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข
- กฤษฎา แสงดี (2545) *แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2* นนทบุรี  
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- \_\_\_\_\_. (2550) “สถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย” ใน ทินกร โนรี  
บรรณาธิการ *วิกฤตกำลัง “คน” ด้านสุขภาพ ทางออกหรือตัน* หน้า 49-55 พิมพ์ครั้งที่  
2 กรุงเทพมหานคร กราฟิโก ซิสเต็มส์
- \_\_\_\_\_. (2551) “การศึกษาอุปทานกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย”  
สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คืบค้นวันที่ 17 ธันวาคม  
2553 จาก <http://www.hrdothai.org/index.php>
- \_\_\_\_\_. (2551) “สถานการณ์และแนวโน้มของการบริหารกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์”  
ใน *ประมวลสาระชุดวิชา ประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล* หน่วยที่ 6  
หน้า 1-53 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาล  
ศาสตร์
- กฤษฎา แสงดี และคนอื่นๆ (2552) “ตารางชีพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย”  
*วารสารประชากร* 1, 1 (กันยายน): 90-91
- กองแผนงาน สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย (2536) *แผนการเพิ่มการผลิตและพัฒนาการจัด  
การศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์* กรุงเทพมหานคร กองแผนงาน สำนักงาน  
ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย
- กาญจนา จันทร์ไทย (2553) “การใช้ การกระจายกำลังคนด้านการพยาบาลในปัจจุบัน” ใน *การ  
ประชุมวิชาการประจำปีงบประมาณ 2553 วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ* วันที่ 17  
ธันวาคม 2553 คืบค้นวันที่ 28 ธันวาคม 2553 จาก <http://bcn.ac.th/seminar>
- \_\_\_\_\_. (2556) *การพัฒนาเครือข่ายคุณภาพการพยาบาล: แผนพัฒนาระบบสุขภาพ  
และแนวทางการนิเทศทางการพยาบาล* ใน *การประชุมวิชาการประจำปีงบประมาณ  
2556 โรงแรมเอสดีอเวนิว* วันที่ 22 - 23 มกราคม 2556 สำนักการพยาบาล สำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- กิ่งพร ทองใบ (2550) “การวางแผน การสรรหา และการคัดเลือกทรัพยากรมนุษย์” ใน *ประมวลสารเวชวิทยา การจัดการองค์การและทรัพยากรมนุษย์* หน้าที่ 10 หน้า 1-57 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- กลุ่มภารกิจด้านแผนงานและประเมินผล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2553) “รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ตาราง 14 จำนวนสถานพยาบาลและสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร จำแนกตามสังกัด ราชอาณาจักร เขต จังหวัด ปี 2553” คืบคืบวันที่ 28 มกราคม 2554 จาก <http://plan.hss.moph.go.th>
- กลุ่มสารสนเทศและศูนย์ข้อมูล (2551) “ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ” สำนักบริหารการสาธารณสุข คืบคืบวันที่ 28 มกราคม 2554 จาก [http://203.157.3.249/ewtadmin/ewt/hss\\_it/ewt\\_news.php](http://203.157.3.249/ewtadmin/ewt/hss_it/ewt_news.php)
- คณะกรรมการวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ สภาการพยาบาล (2549) “ความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยปี 2549-2558” กรุงเทพมหานคร จุฑทอง
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข (2540) *แผนพัฒนากระทรวงสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)* นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข
- คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (2550) “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559” กรุงเทพมหานคร กราฟิโก ซิลเต็มส์ คืบคืบวันที่ 14 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.national.health.or.th>
- ชรัสณีกุล ยิ้มบุญญะ (2547) “การจำแนกประเภทผู้ป่วย” ใน วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ บรรณาธิการ *การบริหารอัตรากำลัง: ชั่วโมงการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ต้นทุน และผลิตภาพของงาน* หน้า 93 - 106 กรุงเทพมหานคร พี.เอ.ลีฟวิง
- ชวพรพรรณ จันท์ประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์ (2551) “การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพ” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา มโนคติและกระบวนการพยาบาล* หน้าที่ 7 หน้า 1-57 พิมพ์ครั้งที่ 11 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ชูขวัญ ปิ่นสากล (2547) “การบริหารอัตรากำลัง: ทางเลือกให้เกิดคุณค่าสูงสุดในความเป็นจริงในสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก” ใน วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ บรรณาธิการ *การบริหารอัตรากำลัง: ชั่วโมงการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ต้นทุน และผลิตภาพของงาน* หน้า 107 - 116 กรุงเทพมหานคร พี.เอ.ลีฟวิง

- ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา และพุลสุข หิงคานนท์ (2549) “การบริหารทรัพยากรมนุษย์ในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 7 หน้า 1-54 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคนอื่นๆ (2553) “ความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด และการจัดการกับความเครียดของพยาบาล” *Journal of Nursing Science* 8, 1 (Jan-Mar): 67-76 ค้นคืนวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2556 จาก <http://www.ns.mahidol.ac.th/English/Journal>
- ธีรพงษ์ อุดมเวช และคนอื่นๆ (2550) “การบริหารอัตรากำลัง ภายใต้ความขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลปากช่องนานาจังหวัดนครราชสีมา” *ขอนแก่นเวชสาร* 31, 1 (มกราคม - เมษายน): 51-58 ค้นคืนวันที่ 5 ธันวาคม 2556 จาก [http/http://www.google.co.th/url](http://http://www.google.co.th/url)
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2545) *การบริหารการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร ประชุมช่าง
- นิตย์ ทศนิยม และสมพันธ์ ทศนิยม (2555) *การสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างพลังอำนาจ* ขอนแก่น โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- นิรัตน์ อิมามี (2549) “เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ* หน่วยที่ 4 หน้า 1-58 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- นันทวรรณ สุวรรณรูป (2549) “ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการพยาบาลสู่การส่งเสริมสุขภาพ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 4 หน้า 1-37 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ (2547) “การบริหารอัตรากำลัง: ทางเลือกให้เกิดคุณค่าสูงสุดในความเป็นจริงในสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด” ใน วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ บรรณาธิการ *การบริหารอัตรากำลัง: ชั่วโงมการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ต้นทุน และผลิตภาพของงาน* หน้า 123-133 กรุงเทพมหานคร พี.เอ.ลีฟวิ่ง
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร (2551) *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์กรพยาบาล ในทศวรรษที่ 21* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประคอง วรรณสุด (2539) *สถิติเพื่อการวิจัยคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- \_\_\_\_\_. (2542) *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร  
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปริมประภา ก้อนแก้ว และคนอื่นๆ (2554) “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ  
ข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ” *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*  
5, 3 (กันยายน – ธันวาคม): 17-28 ค้นคืนวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2556 จาก  
<http://www.ns.mahidol.ac.th>
- พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม  
ของหัวหน้าหอผู้ป่วย สถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ (2551) *คุณภาพการบริหารการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร วี พรินทร์ (1991)  
ภาสินี ตั้งสถิตย์ (2555) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลในเครือข่ายประจักษ์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- มาริษา สมบัติบุรณ์ (2546) *แนวคิดและการบริหารอัตรากำลังในหน่วยบริการพยาบาล*  
กรุงเทพมหานคร พี.เอ.ลีฟวิ่ง
- มัลลิกา มดีโก (2534) *คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม*  
*สุขภาพ* นครปฐม คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ราชบัณฑิตยสถาน (2546) *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542* กรุงเทพมหานคร  
ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์
- รัชณี สุจิตันทรรัตน์ (2546) *การบริหารงานบุคคลทางการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร  
บุญศิริการพิมพ์
- รัศมี ลือฉาย (2552) “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอ  
ร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์” ค้นคืนวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2556 จาก  
<http://rdhsj.moph.go.th/ojs2/index.php>
- วรรณภา ประไพพานิช สุปानी เสนาคิสัย และยุวดี ภาษา (2550) “การคงอยู่ของพยาบาล ใน  
สถานบริการสุขภาพของรัฐ” ใน ทินกร โนรี บรรณาธิการ *วิกฤตกำลัง “คน” ด้าน*  
*สุขภาพทางออกหรือตัน* หน้า 49-63 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร  
กราฟิโก ซิสเต็มส์

- วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ (2547) การบริหารอัตรากำลัง: ชั่วโมงการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย  
ต้นทุน และผลผลิตของงาน” กรุงเทพมหานคร พี.เอ.ลิฟวิ่ง
- วาสนี วิเศษฤทธิ์ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และพูนสุข หิงคานนท์ (2549) “ทฤษฎีการพยาบาลที่  
เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา การพัฒนา  
ศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน่วยที่ 2 หน้า 1-55 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคนอื่นๆ (2553) *ประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร  
ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงวงศ์ (2555) “ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลน  
พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย” *วารสารสภาการพยาบาล* 27, 1 (มกราคม-มีนาคม):  
5-12
- วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (2551) *การบริหารการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร พิทักษ์การพิมพ์
- วิภาดา คุณาวิคิตกุล และคนอื่นๆ (2550) “การศึกษาทบทวนระบบการผลิตพยาบาลที่สอดคล้องกับ  
ระบบสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน” ค้นคืนวันที่ 23 กุมภาพันธ์  
2556 จาก <http://hrdothai.org/index.php>
- วีณา เทียงธรรม สุนีย์ ละกะปิ่น และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2554) *การพัฒนาศักยภาพชุมชน : แนวคิด  
และการประยุกต์ใช้* กรุงเทพมหานคร บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด
- ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี (2555) *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรบัณฑิต* ขอนแก่น คลังนานาวิทยา
- ศิริพร ชัมภลิจิต และประภาพร จินันทุยา (2545) “แนวคิดสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ” ใน  
ศิริพร ชัมภลิจิต และคนอื่นๆ บรรณาธิการ *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพ ใน  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต* หน้า 19-38 ขอนแก่น คลังนานาวิทยา
- ศุภกิจ สิริลักษณ์ และคนอื่นๆ (2553) *แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552- 2555*  
กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์ ค้นคืนวันที่ 22 พฤศจิกายน จาก  
<http://bps.ops.moph.go.th>
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ  
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี* นนทบุรี หนังสือดีวัน
- สภาการพยาบาล (2556) *การรับรองคุณภาพบริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ ระดับทุติยภูมิ -  
ตติยภูมิ เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการนำมาตรฐานบริการฯ สู่อการ  
รับรองคุณภาพ โรงแรมภูเขางามรีสอร์ท วันที่ 7-8 มกราคม 2556*

- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ (2550) “เอกสารการประชุมวิชาการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 13” หอประชุมกองทัพเรือ วันที่ 5-9 พฤศจิกายน 2550 คั่นคืนวันที่ 5 มกราคม 2554 จาก <http://www.pigletnurse.spaces.live.com>
- สมจิต หนูเจริญกุล (2009) “แนวคิดและการจัดระบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง” คั่นคืนวันที่ 13 ธันวาคม 2553 จาก <http://gotoknow.org/blog/apnanesthetist>
- สมสมัย สุธีรศักดิ์ และจินตนา วรรณรัตน์ (2551) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลาออก โอนย้ายของพยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์” *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 20, 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม): 145 - 159
- สมหญิง หาญธงชัย (2552) “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนของเจ้าหน้าที่ชายในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คั่นคืนวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2556 จาก <http://thesis.grad.chula.ac.th/current.php>
- สงศรี กิตติรักษ์ตระกูล (2550) “การบริหารอัตรากำลัง” สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คั่นคืนวันที่ 9 มกราคม 2555 จาก <http://dms.moph.go.th/nurse>
- สรา วงษ์เจริญ (2553) *ระบบบริหารงานบริการพยาบาลที่พึงประสงค์ เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2553 เรื่องการบริหารจัดการกำลังคน* วันที่ 6-8 มกราคม 2553 สำนักการพยาบาล คั่นคืนวันที่ 18 ธันวาคม 2553 จาก <http://dms.moph.go.th/nurse>
- สุธิดา พุฒทอง (2551) “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คั่นคืนวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2556 จาก <http://www.nurse.nu.ac.th/web11/Journal>
- สุวรรณ สุริย์จามร (2551) “การพัฒนากาการบริหารจัดการระบบบริการและการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสิงห์บุรี” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* เขต 5 2, 21 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 62
- สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ (2548) “การสาธารณสุขไทย 2544-2547” นนทบุรี โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ คั่นคืนวันที่ 13 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.moph.go.th/ops>

- \_\_\_\_\_. (2550) “การสาธารณสุขไทย 2546-2549” นนทบุรี โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก คืบคืบวันที่ 22 พฤศจิกายน 2553 จาก  
<http://www.moph.go.th/ops/health/2548-2550.html>
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2547) *หลักสูตร การบริหารการพยาบาล แนวใหม่* นนทบุรี โรงพิมพ์รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- \_\_\_\_\_. (2551) *ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555* พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี สามเจริญพาณิชย์
- \_\_\_\_\_. (2550) *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี สามเจริญพาณิชย์
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2553) “แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด” นนทบุรี โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2555) “ประมวลสถิติสำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2555” คืบคืบวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2555 จาก  
<http://service.nso.go.th>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2553) “ตาราง 14 จำนวนและสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร จำแนกตามสังกัด ภูมิภาค รายเขต รายจังหวัด ประจำปีงบประมาณ 2553” กระทรวงสาธารณสุข คืบคืบวันที่ 26 มกราคม 2556 จาก  
<http://plan.hss.moph.go.th/>
- สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2552* กรุงเทพมหานคร สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
- หัตถยา เจริญรัตน์ (2547) “การบริหารอัตรากำลัง: ทางเลือกให้เกิดคุณค่าสูงสุดในความเป็นจริง สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยสูติกรรม” ใน วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ บรรณาธิการ *การบริหารอัตรากำลัง: ชั่วโงมการพยาบาลเพื่อความปลอดภัย ต้นทุน และผลผลิตของงาน*” หน้า 147-148 กรุงเทพมหานคร พี.เอ.ลีฟวิ่ง
- อมร สุวรรณนิมิตร (2553) *การบริหารการพยาบาล* มหาสารคาม อภิชาติการพิมพ์
- อรชร อินทองปาน และคนอื่นๆ (2551) “การวิจัยการดำเนินงานและผลลัพธ์ในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้” คืบคืบวันที่ 10 มกราคม จาก <http://www.pi.ac.th>



- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2550) *การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล* เชียงใหม่ โรงพิมพ์ช้างเผือก
- อุมาพร ปุญญาโสพรรณ และคนอื่นๆ (2554) “การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรม  
การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทอง อำเภอท่ามาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี”  
ค้นคืนวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2556 จาก <http://journal.pnu.ac.th/ojs/index.php>
- อังสนาภรณ์ ฉัตรจินดา (2552) “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยขณะขับ  
จักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตภาคใต้ ประเทศไทย”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย ค้นคืนวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2556 จาก  
<http://www.nurs.chula.ac.th/Download/journals/2552>
- อัจฉราณี สังชนะ (2552) “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลตนเอง และความเชื่อด้าน  
สุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาล  
บางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา” ค้นคืนวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2556 จาก <http://www.pnc.ac.th>
- อัญชิสา อยู่สบาย (2555) “ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการของ  
คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอ่างทอง” ค้นคืนวันที่  
4 ธันวาคม 2556 จาก <http://www.google.co.th/url>
- อัมพา สรารักษ์ และคนอื่นๆ (2547) “การจำแนกประเภทผู้ป่วยงานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน”  
นนทบุรี โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey:  
Charles & Slack.
- Buchan, J. and Calman, L. (2004). “The global shortage of registered nurses: An overview  
of issues and actions.” Geneva. International Council of Nurses. Retrived  
December 30, 2010, from <http://www.acep.org>.
- Chan, C.A. and others (2004). “Nursing crisis: Retention strategies for hospital administrators.”  
*Research and Practice in Human Resource Management*. Retrived.  
December 28, 2010, from <http://rprm.curtin.edu.au/2004/issue2/nursing.html>
- Graf, C.M. (1992). “Budgeting concepts for nurse managers” 2 nd ed. New York. W.B. Saunders.
- Heidenthal, P.K. (2004). *Nursing Leadership and Management*. New York: Delmar Learning.
- Hogan, P. and others. (2007). “Human resource management strategies for the retention  
of nurses in acute care settings in hospital in Australia.” Retrived December  
28, 2010, from <http://www.atypon.link.com/emp/doi/obs>.

- Huber , D.L. (1996). *Leadership and Nursing Care Management*. Pennsylvania: W.B. Saunders.
- Huber, D.L. (2006). *Leadership and Nursing Care Management*. 3 rd ed. Pennsylvania: W.B. Saunders.
- Kimball, B. and O’Neill, E. (2002). “Health care’s human crisis: The American nursing shortage.” Retrieved January 19, 2011, from <http://www.nrjf.org/pr/produce.jsp>.
- McHugh, M.D. and others. (2011). “Nurses widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care.” Retrieved September 3, 2011 from <http://content.healthaffairs.org/content/30/2/202.abstract>.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3 rd ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C.L. and Parsons M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. 6 th ed. New Jersey: Pearson.
- Rosseter, R. (2010). “Nursing shortage.” Retrieved December 15, 2010, from <http://www.aacn.nche.edu/media/factsheets/nursingshortage.html>.
- Sigma Theta Tau International. (2010). “The Honor Society of Nursing.” Retrieved December 30, 2010, from <http://www.nursingsociety.org/Media/Pages/shortage.aspx>.
- World Health Organization. (2006). “The World health report.” 7: 10 - 13. Retrieved December 28, 2010, from <http://www.who.int/whr/2006/chapter7/en/index.html>.

ภาคผนวก



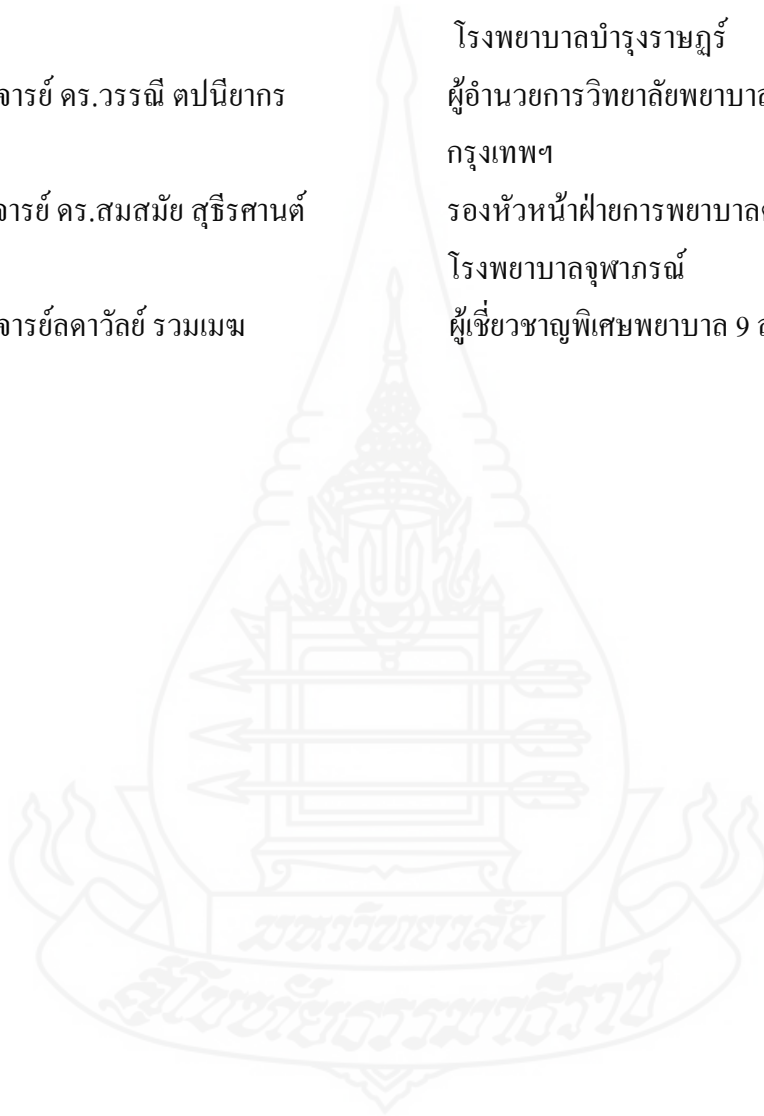
ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



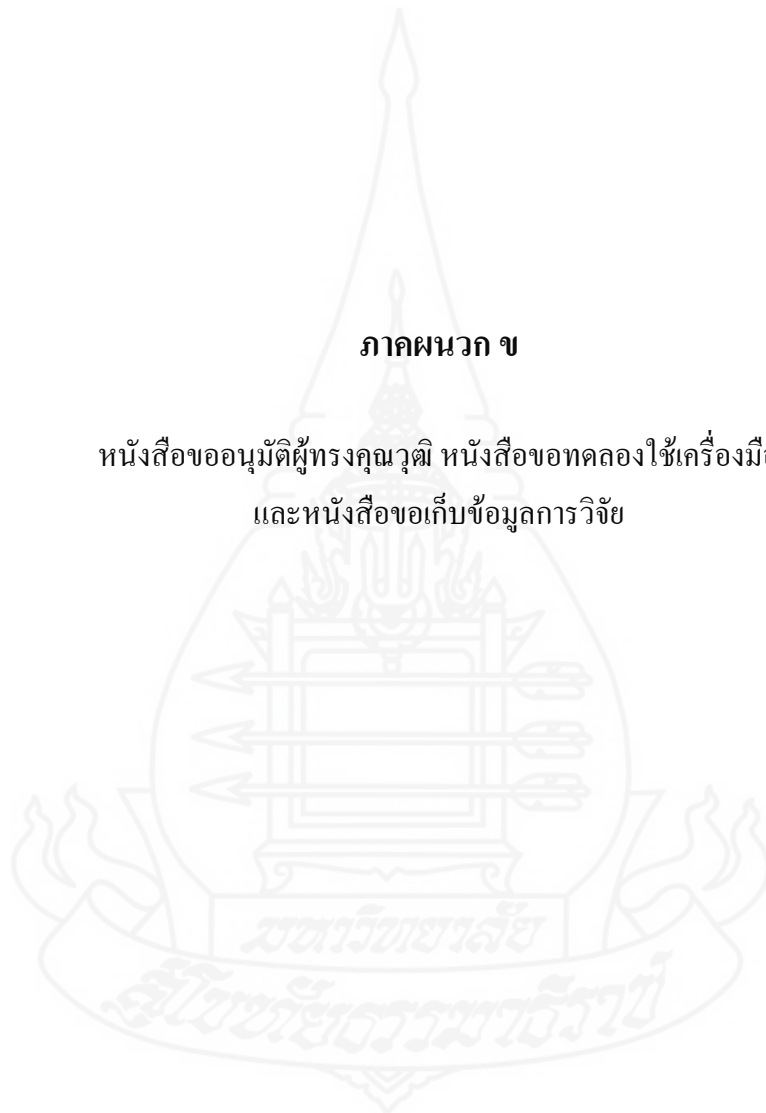
## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- |  |  |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ | คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยมหิดล                      |
| 2. อาจารย์วรรณี บุญช่วยเหลือ             | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล<br>โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์            |
| 3. อาจารย์ ดร.วรรณี ตปนียากร             | ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี<br>กรุงเทพฯ          |
| 4. อาจารย์ ดร.สมสมัย สุธีรสานต์          | รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านการวิจัย<br>โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ |
| 5. อาจารย์ลดาวัลย์ รวมเมฆ                | ผู้เชี่ยวชาญพิเศษพยาบาล 9 สภาการพยาบาล                   |



**ภาคผนวก ข**

หนังสือขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขอทดลองใช้เครื่องมือ  
และหนังสือขอเก็บข้อมูลการวิจัย





ที่ ศธ 0522.26/ว 453

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

29 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

ด้วยนางพรวิมล พุทธบูชา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ของหัวหน้าผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในการนี้ สาขาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าอาจารย์วาริณี บุญช่วยเหลือ บุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรดังกล่าวเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาทิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชสาขาพยาบาลศาสตร์  
โทร. 0-2504-8096  
โทรสาร 0-2503-2620  
โทร. 08-67643524 (นางพรวิมล พุทธบูชา)  
สำเนาเรียน อาจารย์วาริณี บุญช่วยเหลือมหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมมาธิราช



ที่ ศธ 0522.26/ว 4544

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

29 มีนาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์วรณี บุญช่วยเหลือ

ด้วยนางพรวิมล พุทธบูชา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่  
มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจ  
ราชการสาธารณสุขที่ 5” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. วารณี เอี่ยมสวัสดิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

ในกรณี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และ  
ประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์  
ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำ  
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทร. 0-2504-8096  
โทรสาร 0-2503-2620  
โทร. 08-67643524 (นางพรวิมล พุทธบูชา)





ที่ ศธ 0522.26 / ๖ ๑๔๘

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

๒ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา

ด้วยนางพรวิมล พุทธิบูชา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาล  
ทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล เป็นอาจารย์ที่  
ปรึกษาวินิจฉัย

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงขออนุมัติให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยโดยใช้  
แบบสอบถาม “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย  
โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5” กับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป  
ในหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรม งานศัลยกรรม ตา หู คอ จมูก งานสูติ - นรีเวชกรรม  
งานกุมารเวชกรรม งานหอผู้ป่วยพิเศษ งานหอผู้ป่วยหนัก และงานห้องคลอด จากกลุ่มการพยาบาล  
โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดเพื่อขอทดลองใช้  
เครื่องมือการวิจัย ดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราชสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทร. 0-2504-8096  
โทรสาร 0-2503-2620  
โทรศัพท์ 08-6764-3524 (นางพรวิมล พุทธิบูชา)



ที่ ศธ 0522.26 / ก ๘25

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด  
อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี 11120

13 มิถุนายน 2556

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ด้วยนางพรวิมล พุทธิบูชา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหาร  
การพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
“ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาล  
ทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล เป็นอาจารย์  
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงขออนุมัติให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดย  
ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5  
ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ในงานอายุรกรรม งานศัลยกรรม ตา หู คอ จมูก งานสูติ - นรีเวชกรรม งานกุมาร  
เวชกรรม งานผู้ป่วยพิเศษ งานผู้ป่วยหนัก และงานห้องคลอด จำนวน 28 คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงาน  
เกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

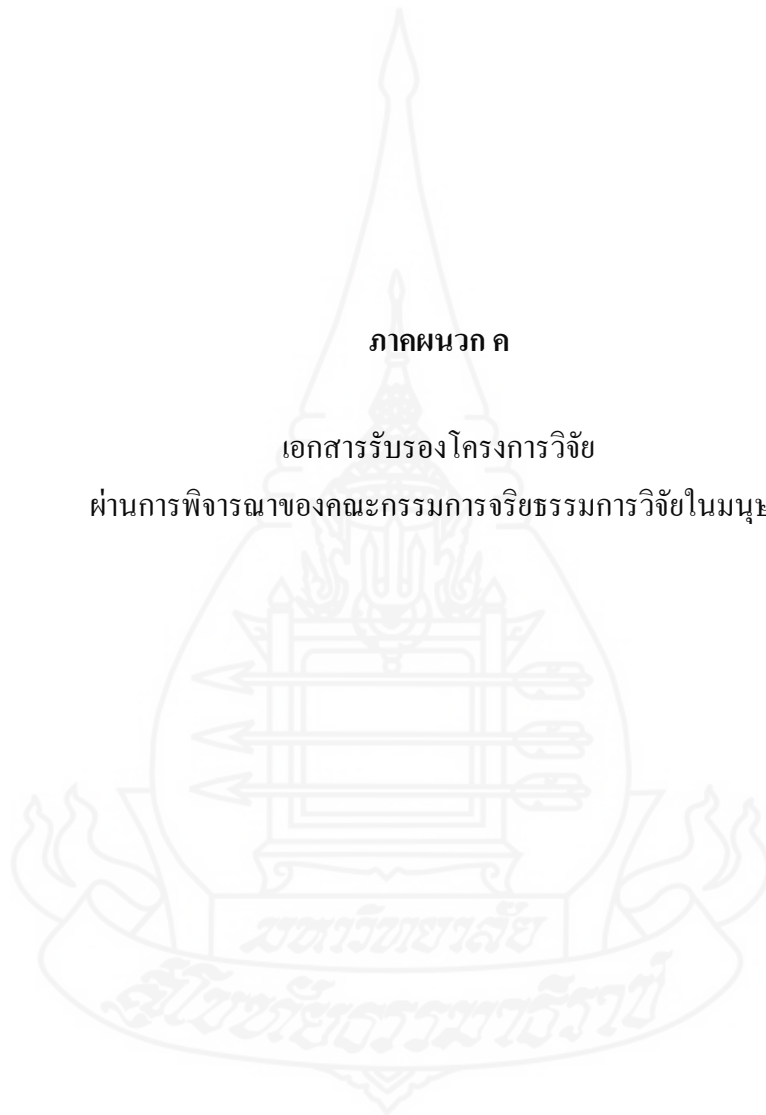
ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธิพัทธ์กุล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราชสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์ 0-2504-8096  
โทรสาร 0-25032620  
โทรศัพท์ 08-67643524 (นางพรวิมล พุทธิบูชา)  
สำเนาเรียน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





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 10/2554

ชื่อโครงการวิจัย ..... ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย  
โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

เลขที่โครงการ/รหัส ..... ID 2515100135

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย ..... นางพรวิมล พุทธิบุษชา

ที่ทำงาน ..... โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
ในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ลงนาม .....

(อาจารย์ ดร. ชินฉัตร โพธิ์ศัพท์สุข)

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง ..... 20 มิถุนายน 2554

ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

1 ตุลาคม 2556

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม  
เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เคารพทุกท่าน

ด้วยดิฉัน นางพรวิมล พุทธบุษยา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5” จำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป ด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลจากการศึกษาจะช่วยทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อให้มีพยาบาลเพียงพอกับความต้องการของผู้ใช้บริการ การให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และผู้ใช้บริการพึงพอใจ

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งสามารถให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ดังกล่าวได้ ดิฉันจึงขอความกรุณาจากท่านให้ตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ คำตอบในแบบสอบถามไม่มีข้อถูกหรือข้อผิด โปรดตอบด้วยความสบายใจ โดยอ่านคำชี้แจงก่อนตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน และตอบให้ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในรูปแบบของกลุ่มมิใช่รายบุคคล ท่านมีสิทธิ์จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่าน ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางพรวิมล พุทธบุษยา)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

#### เอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และผู้ดำเนินการวิจัยพร้อมจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังจนข้าพเจ้าพอใจ รวมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลในรูปแบบที่สรุปเป็นผลการวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงลงลายมือชื่อในใบยินยอมไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....(ผู้ยินยอม)

ลงนาม.....(พยาน)

ลงนาม.....(พยาน)



## ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาว่าท่านมีความเห็นต่อประเด็นต่างๆ แต่ละข้อในระดับใด แล้วใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด/หรือท่านเห็นด้วยมากที่สุด  
 4 หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความเห็นของท่านมาก/หรือท่านเห็นด้วยมาก  
 3 หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความเห็นของท่านปานกลาง/หรือท่านเห็นด้วยปานกลาง  
 2 หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความเห็นของท่านน้อย/หรือท่านเห็นด้วยน้อย  
 1 หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความเห็นของท่านน้อยที่สุด/หรือท่านเห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
1.	<u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล</u> หออผู้ป่วยของท่านมีโอกาสเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ในระยะเวลาอันใกล้						
2.	โรงพยาบาลของท่านมีโอกาสเกิดภาวะขาดแคลน พยาบาลในระยะเวลาอันใกล้						
3.	หออผู้ป่วยของท่านมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะขาดแคลน พยาบาลเป็นเวลานาน						
4.	โรงพยาบาลของท่านมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะขาดแคลน พยาบาลเป็นเวลานาน						
5.	<u>การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล</u> การขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรเสียขวัญ เสีย กำลังใจ มีความเครียดในการทำงาน						
6.	การขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรทำหน้าที่ไม่ ครบถ้วนตามขอบเขตความรับผิดชอบ						
7.	การขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรมีโอกาสถูกฟ้องร้อง จากการทำงานผิดพลาด						
8.	การขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตลดลง						



ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
	เพราะต้องทำงานมากขึ้น						
9.	การขาดแคลนพยาบาลทำให้หอผู้ป่วยมีผลการดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย						
10.	การขาดแคลนพยาบาลทำให้ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ บริการที่ได้รับจากหอผู้ป่วย						
11.	การขาดแคลนพยาบาลทำให้โรงพยาบาลของท่านเสียค่าใช้จ่ายในการสรรหา ปฐมนิเทศ และพัฒนาพยาบาลใหม่ทดแทนคนที่ลาออก						
12.	การขาดแคลนพยาบาลทำให้โรงพยาบาลของท่านมีโอกาสเสียชื่อเสียงจากการให้บริการที่มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน						
	<b><u>การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล</u></b>						
13.	การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน						
14.	การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการทำงาน						
15.	การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้บุคลากรมีความมุ่งมั่น และอุทิศตนให้กับงาน						
16.	การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงาน						
17.	การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้หอผู้ป่วยให้บริการอย่างมีคุณภาพ						
18.	การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล มีผลให้โรงพยาบาลมีชื่อเสียงจากการให้บริการที่ได้มาตรฐาน						
19.	การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล มีผลให้อัตราการลาออกของพยาบาลลดลง						

ข้อ	ข้อความ	ระดับ					สำหรับ ผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
20.	การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลช่วยให้มีพยาบาลเพียงพอกับความต้องการ						
21.	<u>การรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล</u> การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลจะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจแก่บุคลากร						
22.	นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไม่เอื้ออำนวยต่อการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล						
23.	นโยบายของโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยต่อการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล						
24.	การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลทำให้เกิดความสิ้นเปลือง						
25.	ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลไม่เพียงพอ						
26.	การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นเรื่องที่ยู่ยากซับซ้อนดำเนินการได้ยาก						
27.	ท่านมีทักษะในการธำรงรักษามูลค่าไว้ในหน่วยงานไม่เพียงพอ						

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านปฏิบัติสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง  
ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 4 หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอ ทุกวันหรือกระทำทุกครั้ง  
3 หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นเป็นบางครั้ง  
2 หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นนานๆ ครั้ง  
1 หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติสิ่งนั้น

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				สำหรับ ผู้วิจัย
		4	3	2	1	
	<b>การวางแผนอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล</b> <u>การวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังทั้งหมดที่หอผู้ป่วย</u> <u>ต้องการ</u>					
1.	ท่านศึกษาสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขของหอผู้ป่วยเพื่อนำมา กำหนดความต้องการอัตรากำลังของหอผู้ป่วย					
2.	ท่านวิเคราะห์งานเพื่อนำมากำหนดลักษณะงาน					
3.	ท่านคำนวณอัตรากำลังที่ต้องการทั้งประเภทและจำนวน บุคลากร					
4.	<u>การสำรวจอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน</u> ท่านสำรวจจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน					
5.	ท่านสำรวจคุณสมบัติของบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน					
6.	ท่านสำรวจอัตราการหมุนเวียนคือ ปริมาณการเข้า/ออกของ บุคลากรในปัจจุบัน					
7.	<u>การคาดคะเนอัตรากำลังที่ต้องการ</u> ท่านเปรียบเทียบอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน กับอัตรากำลัง ทั้งหมดที่ต้องการ					
8.	ท่านระบุนการคาดคะเนอัตรากำลังว่าเพียงพอ ขาดหรือเกิน ตามผลการเปรียบเทียบ และแจ้งผู้บริหารระดับสูงกว่า					

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				สำหรับ ผู้วิจัย
		4	3	2	1	
9.	<u>การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน</u> ท่านขออัตรากำลังเพิ่มเมื่อมีอัตรากำลังน้อยกว่าความต้องการ และ/หรือลดอัตรากำลังเมื่อมีอัตรากำลังมากกว่าความต้องการ					
10.	ท่านร่วมกับกลุ่มการพยาบาลกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน ด้านอัตรากำลังทั้งรายปี และ 3-5 ปี					
11.	<u>การวางแผนสรรหาอัตรากำลังทางการพยาบาลให้เพียงพอกับ ความต้องการ</u> ท่านมีส่วนร่วมกับกลุ่มการพยาบาลกำหนดกลยุทธ์การสรร หาที่ชัดเจนสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล					
12.	ท่านมีส่วนร่วมวางแผนสรรหาบุคลากรโดยใช้ช่องทางที่ หลากหลาย					
13.	ท่านประมาณการจำนวนบุคลากรที่ต้องสรรหา					
14.	<u>การวางแผนการกระจายและการใช้อัตรากำลังทางการ พยาบาลอย่างเหมาะสม</u> ท่านร่วมกับกลุ่มการพยาบาลกำหนดนโยบายการกระจายและ การใช้บุคลากรไว้อย่างชัดเจน					
15.	ท่านร่วมกับกลุ่มการพยาบาลปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับ จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยอัตรากำลังภายในกลุ่มงานการพยาบาล					
16.	ท่านจัดให้บุคลากรทำงานล่วงเวลา และทำงานเสริมบางเวลา ตามความต้องการการบริการพยาบาลในหน่วยงาน					
17.	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนรองรับในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ มวลชน					
18.	ท่านจัดสรรอัตรากำลังโดยผสมผสานผู้มีทักษะหลายระดับให้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย					
19.	<u>การจัดตารางปฏิบัติงาน</u> <u>การสำรวจความต้องการของผู้ป่วย</u> ท่านติดตาม/ตรวจสอบยอดผู้ป่วยประจำวัน					

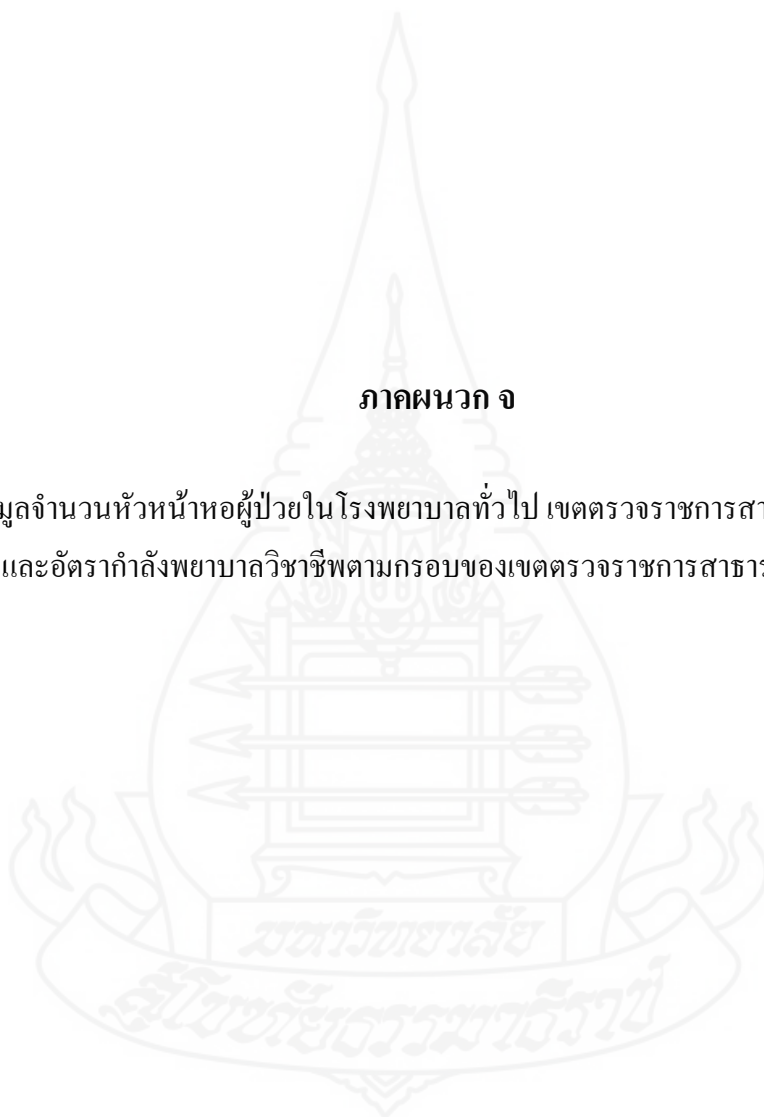
ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				สำหรับ ผู้วิจัย
		4	3	2	1	
20.	ท่านติดตาม/ตรวจสอบยอดผู้ป่วยประจำเดือน					
21.	ท่านติดตาม/ตรวจสอบยอดผู้ป่วยประจำปี					
22.	ท่านดูแลให้มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย					
23.	ท่านคำนวณความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อนำไปจัดอัตรากำลังบุคลากรให้สอดคล้องกับงาน					
24.	<u>การสำรวจความต้องการของบุคลากร</u> ท่านสำรวจประสบการณ์ ความรู้ ความชำนาญ ทักษะปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากร เพื่อนำไปประกอบการจัดตารางปฏิบัติงาน					
25.	ท่านสอบถามความต้องการขึ้นเวรและวันหยุดของบุคลากร เพื่อนำไปใช้ในการจัดตารางปฏิบัติงาน					
26.	<u>การสำรวจสิ่งสนับสนุนที่ให้กับบุคลากร</u> ท่านสำรวจความเพียงพอของเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย					
27.	ท่านสำรวจความพร้อมในการใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย					
28.	<u>การกำหนดตารางปฏิบัติงาน</u> ท่านกำหนดตารางปฏิบัติงานให้มีบุคลากรกระจายทุกเวรอย่างเหมาะสม เพียงพอ					
29.	ท่านกำหนดตารางปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน					
30.	<u>การประเมินผลการจัดตารางปฏิบัติงาน</u> ท่านประเมินความเพียงพอของจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแต่ละเวร					
31.	ท่านประเมินความเพียงพอของบุคลากรแต่ละประเภท					

ข้อ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				สำหรับ ผู้วิจัย
		4	3	2	1	
32.	ท่านประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการจัดตารางปฏิบัติงาน					
33.	ท่านประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อจำนวนบุคลากรที่ให้บริการ					
	<b><u>การจัดสรรอัตรากำลัง</u></b>					
	<u>การกำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงหรือความต้องการพยาบาล</u>					
34.	ท่านกำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง					
35.	ท่านกำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามบทบาทอิสระและไม่อิสระของพยาบาล					
	<u>การประเมินความต้องการบุคลากรพยาบาลของหอผู้ป่วยในแต่ละปี</u>					
36.	ท่านคำนวณหาจำนวนบุคลากรที่ต้องการในแต่ละปี จากจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน ชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ยต่อวันนอนในโรงพยาบาล และความเทียบเท่าพนักงานประจำ (FTE)					
37.	ท่านคำนวณหาการกระจายอัตรากำลังในแต่ละวัน จากจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยต่อปี จำนวนชั่วโมงการดูแลในแต่ละวันที่ให้บริการ และจำนวนบุคลากรที่ต้องการใน 1 วัน					
38.	ท่านกำหนดสัดส่วนผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพและต่ำกว่าวิชาชีพ					
	<u>การจัดและกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในแต่ละหอผู้ป่วย</u>					
39.	ท่านจัดและกระจายอัตรากำลังทุกประเภทในแต่ละเวรอย่างเหมาะสมเพียงพอและยุติธรรม					
40.	ท่านจัดและกระจายบุคลากร โดยคำนึงถึงความสามารถ ประสิทธิภาพในการทำงาน ความยุ่งยากของงาน และระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางการพยาบาล					

ขอพระคุณอย่างสูงที่กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและครบถ้วน

ภาคผนวก จ

ข้อมูลจำนวนหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5  
และอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพตามกรอบของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5



## ข้อมูลจำนวนหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม โรงพยาบาลและจังหวัด

จังหวัด	โรงพยาบาล	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ราชบุรี	โพธาราม	17	14
	ดำเนินสะดวก	17	14
	บ้านโป่ง	16	13
กาญจนบุรี	พหลพลพยุหเสนา	18	15
	มะการักษ์	16	13
สุพรรณบุรี	สมเด็จพระสังฆราช	14	11
	องค์ที่ 17		
สมุทรสาคร	สมุทรสาคร	24	21
	กระทุ่มแบน	11	8
สมุทรสงคราม	สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	16	13
เพชรบุรี	พระจอมเกล้า	25	22
ประจวบคีรีขันธ์	ประจวบคีรีขันธ์	11	8
	หัวหิน	13	10
รวม		198	162



### อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพตามกรอบของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5

การสอบถามอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพตามกรอบ และอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่มีในปัจจุบัน จากหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 (ณ วันที่ 7-8 พฤศจิกายน 2556) พบว่า สูตรการคิดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพตามกรอบมีหลายสูตร เช่น สูตรของสภากาชาดไทย สูตรของกระทรวงสาธารณสุข (GIS) และสูตรของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 เพื่อให้การคิดกรอบอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพเป็นไปในแนวทางเดียวกันในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้สูตรของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2556) และใช้ข้อมูลจำนวนเตียงผู้ป่วยในทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามโรงพยาบาล

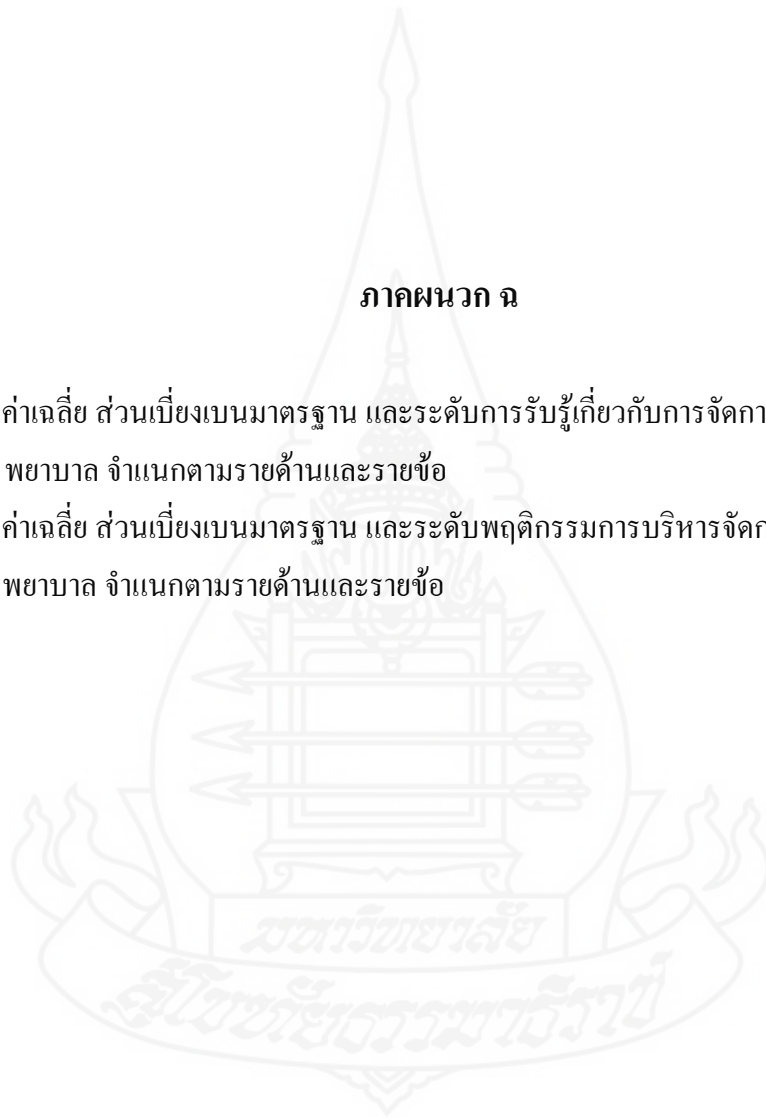
รายชื่อโรงพยาบาลทั่วไป	พยาบาลวิชาชีพตามกรอบ*(คน)	พยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน (คน)	ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ (คน)
1. โรงพยาบาลโพธาราม	476.00	214.00	262.00
2. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	452.60	215.00	237.60
3. โรงพยาบาลบ้านโป่ง	490.00	269.00	221.00
4. โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา	616.00	346.00	270.00
5. โรงพยาบาลมะการักษ์	336.00	230.00	106.00
6. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17	294.00	219.00	75.00
7. โรงพยาบาลสมุทรสาคร	847.00	467.00	380.00
8. โรงพยาบาลกระทุ่มแบน	336.00	185.00	151.00
9. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	435.40	294.00	141.40
10. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า	574.00	425.00	149.00
11. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	424.20	199.00	225.20
12. โรงพยาบาลหัวหิน	280.00	247.00	33.00
รวม	5,561.20	3,310.00	2,251.20
ร้อยละ	100.00	59.52	40.48

\*อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพตามกรอบของเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 = 1.4 x จำนวนเตียง (หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2556)

## ภาคผนวก ฉ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลน  
พยาบาล จำแนกตามรายด้านและรายข้อ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลน  
พยาบาล จำแนกตามรายด้านและรายข้อ



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลน  
 พยาบาล จำแนกตามรายด้านและรายข้อ (n = 158)

การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
<b>ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล</b>	4.52	0.61	สูงมาก
- การขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตลดลง เพราะต้องทำงานมากขึ้น	4.59	0.58	สูงมาก
- การขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรเสียขวัญ เสียกำลังใจ มีความเครียดในการทำงาน	4.42	0.68	สูง
- การขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรทำหน้าที่ไม่ครบถ้วนตามขอบเขตความรับผิดชอบ	4.35	0.80	สูง
- การขาดแคลนพยาบาลทำให้บุคลากรมีโอกาสถูกฟ้องร้องจากการทำงานผิดพลาด	4.35	0.79	สูง
- การขาดแคลนพยาบาลทำให้หอผู้ป่วยมีผลการดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย	3.99	0.97	สูง
- การขาดแคลนพยาบาลทำให้ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจบริการที่ได้รับจากหอผู้ป่วย	3.92	0.92	สูง
- การขาดแคลนพยาบาลทำให้โรงพยาบาลของท่านเสียค่าใช้จ่ายในการสรรหา ปฐมนิเทศ และพัฒนาพยาบาลใหม่ทดแทนคนที่ลาออก	3.91	0.92	สูง
- การขาดแคลนพยาบาลทำให้โรงพยาบาลของท่านมีโอกาสเสียชื่อเสียงจากการให้บริการที่มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน	3.87	1.02	สูง
<b>โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล</b>	4.44	0.70	สูง
- โรงพยาบาลของท่านมีโอกาสเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลในระยะเวลาอันใกล้	4.46	0.66	สูง
- หอผู้ป่วยของท่านมีโอกาสเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลในระยะเวลาอันใกล้	4.16	0.93	สูง
- โรงพยาบาลของท่านมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นเวลานาน	4.11	0.83	สูง
- หอผู้ป่วยของท่านมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นเวลานาน	3.84	1.00	สูง

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
<b>ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล</b>	4.14	0.88	สูง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลช่วยให้มีพยาบาลเพียงพอกับความต้องการ	4.01	1.02	สูง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลทำให้นุคลากรมีความสุขในการทำงาน	3.96	1.09	สูง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลทำให้หือผู้ป่วยให้บริการอย่างมีคุณภาพ	3.85	1.02	สูง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลทำให้นุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงาน	3.77	0.98	สูง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล มีผลให้โรงพยาบาลมีชื่อเสียงจากการให้บริการที่ได้มาตรฐาน	3.77	1.06	สูง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลทำให้นุคลากรมีความกระตือรือร้นในการทำงาน	3.73	0.99	สูง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล มีผลให้อัตราการลาออกของพยาบาลลดลง	3.66	1.15	สูง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลทำให้นุคลากรมีความมุ่งมั่นและอุทิศตนให้กับงาน	3.55	0.97	สูง
<b>อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล</b>	3.58	0.68	สูง
- นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไม่เอื้ออำนวยต่อการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล	4.05	0.95	สูง
- นโยบายของโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวยต่อการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล	3.28	1.21	ปานกลาง
- ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลไม่เพียงพอ	3.23	1.04	ปานกลาง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นเรื่องที่ยู่ยากซับซ้อนดำเนินการได้ยาก	3.06	1.02	ปานกลาง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลจะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจแก่นุคลากร	2.92	1.33	ปานกลาง
- มีทักษะในการธำรงรักษานุคลากรไว้ในหน่วยงานไม่เพียงพอ	2.87	0.98	ปานกลาง
- การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลทำให้เกิดความสับสนเปลือง	2.50	1.18	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกรรมการบริหาร  
จัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จำแนกตามรายด้านและรายชื่อ (n = 158)

พฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
<b>การจัดตารางปฏิบัติงาน</b>	3.94	0.23	สูงมาก
<b>การสำรวจความต้องการของผู้ป่วย</b>	3.94	0.24	สูงมาก
- ติดตาม/ตรวจสอบยอดผู้ป่วยประจำวัน	3.88	0.34	สูงมาก
- ติดตาม/ตรวจสอบยอดผู้ป่วยประจำเดือน	3.84	0.42	สูงมาก
- ดูแลให้มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย	3.84	0.38	สูงมาก
- ติดตาม/ตรวจสอบยอดผู้ป่วยประจำปี	3.78	0.52	สูงมาก
- คำนวณความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อนำไปจัดอัตรากำลังบุคลากรให้สอดคล้องกับงาน	3.60	0.60	สูงมาก
<b>การสำรวจสิ่งสนับสนุนที่ให้กับบุคลากร</b>	3.85	0.36	สูงมาก
- สำรวจความเพียงพอของเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	3.82	0.38	สูงมาก
- สำรวจความพร้อมในการใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	3.80	0.44	สูงมาก
<b>การกำหนดตารางปฏิบัติงาน</b>	3.82	0.41	สูงมาก
- กำหนดตารางปฏิบัติงานให้มีบุคลากรกระจายทุกเวรอย่างเหมาะสมเพียงพอ	3.87	0.35	สูงมาก
- กำหนดตารางปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน	3.52	0.90	สูงมาก
<b>การสำรวจความต้องการของบุคลากร</b>	3.72	0.50	สูงมาก
- สำรวจประสบการณ์ ความรู้ ความชำนาญ ทักษะปฏิบัติ การพยาบาลของบุคลากร เพื่อนำไปประกอบการจัดตารางปฏิบัติงาน	3.64	0.57	สูงมาก
- สอบถามความต้องการขึ้นเวรและวันหยุดของบุคลากร เพื่อนำไปใช้ในการจัดตารางปฏิบัติงาน	3.50	0.78	สูง
<b>การประเมินผลการจัดตารางปฏิบัติงาน</b>	3.66	0.54	สูงมาก
- ประเมินความเพียงพอของจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแต่ละเวร	3.79	0.46	สูงมาก
- ประเมินความเพียงพอของบุคลากรแต่ละประเภท	3.72	0.53	สูงมาก
- ประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการจัดตารางปฏิบัติงาน	3.18	0.85	สูง
- ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อจำนวนบุคลากรที่ให้บริการ	3.06	0.98	สูง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

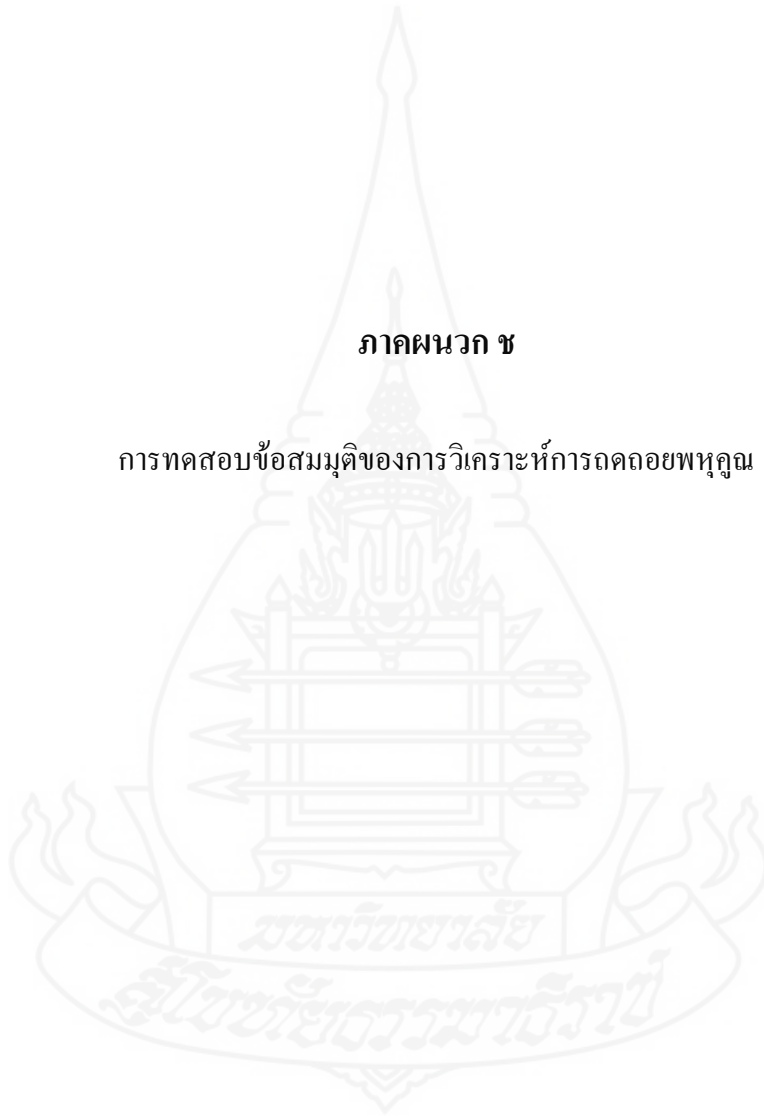
พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
<b>การจัดสรรอัตรากำลัง</b>	3.74	0.49	สูงมาก
<b>การจัดและกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่</b>	3.71	0.55	สูงมาก
- จัดและกระจายบุคลากรโดยคำนึงถึงความสามารถ ประสิทธิภาพในการทำงาน ความยุ่งยากของงาน และระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางการพยาบาล	3.64	0.64	สูงมาก
- จัดและกระจายอัตรากำลังทุกประเภทในแต่ละเวรอย่างเหมาะสม เพียงพอและยุติธรรม	3.63	0.61	สูงมาก
<b>การประเมินความต้องการบุคลากร</b>	3.47	0.75	สูง
- กำหนดสัดส่วนผสมผสานอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพและต่ำกว่าวิชาชีพ	3.41	0.84	สูง
- คำนวณหาจำนวนบุคลากรที่ต้องการในแต่ละปี จากจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน ชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ยต่อวันนอนในโรงพยาบาล และความเทียบเท่าพนักงานประจำ (FTE)	3.23	0.91	สูง
- คำนวณหาการกระจายอัตรากำลังในแต่ละวัน จากจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยต่อปี จำนวนชั่วโมงการดูแลในแต่ละวันที่ให้บริการ และจำนวนบุคลากรที่ต้องการใน 1 วัน	3.20	0.97	สูง
<b>การกำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง</b>	3.44	0.69	สูง
- กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง	3.73	0.64	สูงมาก
- กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามบทบาทอิสระและไม่อิสระของพยาบาล	2.71	1.14	สูง
<b>การวางแผนอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล</b>	3.58	0.53	สูงมาก
<b>การสำรวจอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน</b>	3.65	0.58	สูงมาก
- สำรวจจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน	3.63	0.60	สูงมาก
- สำรวจคุณสมบัติของบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน	3.59	0.63	สูงมาก
- สำรวจอัตราการหมุนเวียนคือ ปริมาณการเข้า/ออกของบุคลากรในปัจจุบัน	3.30	0.82	สูง
<b>การวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลัง</b>	3.60	0.58	สูงมาก
- วิเคราะห์งานเพื่อนำมากำหนดลักษณะงาน	3.44	0.66	สูง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลด้าน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
- ศึกษาสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขของหอผู้ป่วยเพื่อนำมากำหนดความต้องการอัตรากำลังของหอผู้ป่วย	3.42	0.66	สูง
- กำหนดอัตรากำลังที่ต้องการทั้งประเภทและจำนวนบุคลากร	3.40	0.71	สูง
<u>การวางแผนการกระจายและการใช้อัตรากำลัง</u>	3.35	0.67	สูง
- จัดให้บุคลากรทำงานล่วงเวลา และทำงานเสริมบางเวลา ตามความต้องการการบริการพยาบาลในหน่วยงาน	3.58	1.10	สูงมาก
- จัดสรรอัตรากำลังโดยผสมผสานผู้มีทักษะหลายระดับให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย	3.47	0.77	สูง
- มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนรองรับในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุมวลชน	2.97	1.03	สูง
- ร่วมกับกลุ่มการพยาบาลปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยอัตรากำลังภายในกลุ่มงานการพยาบาล	2.49	0.67	ปานกลาง
- ร่วมกับกลุ่มการพยาบาลกำหนดนโยบายการกระจายและการใช้บุคลากรไว้อย่างชัดเจน	2.44	0.96	ปานกลาง
<u>การคาดคะเนอัตรากำลังที่ต้องการ</u>			
- เปรียบเทียบอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน กับอัตรากำลังทั้งหมดที่ต้องการ	3.34	0.73	สูง
	3.31	0.73	สูง
- ระบุการคาดคะเนอัตรากำลังว่าเพียงพอ ขาดหรือเกิน ตามผลการเปรียบเทียบ และแจ้งผู้บริหารระดับสูงกว่า	3.15	0.81	สูง
<u>การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน</u>			
- ขออัตรากำลังเพิ่มเมื่อมีอัตรากำลังน้อยกว่าความต้องการ และ/หรือลดอัตรากำลังเมื่อมีอัตรากำลังมากกว่าความต้องการ	3.31	0.66	สูง
	3.41	0.72	สูง
- ร่วมกับกลุ่มการพยาบาลกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานด้านอัตรากำลังทั้งรายปี และ 3-5 ปี	2.78	1.02	สูง
<u>การวางแผนสรรหาอัตรากำลังทางการพยาบาล</u>	2.80	0.92	สูง
- ประมาณการจำนวนบุคลากรที่ต้องสรรหา	2.68	0.97	สูง
- มีส่วนร่วมกับกลุ่มการพยาบาลกำหนดกลยุทธ์การสรรหาที่ชัดเจนสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล	2.61	0.97	สูง
- มีส่วนร่วมวางแผนสรรหาบุคลากร โดยใช้ช่องทางที่หลากหลาย	2.47	1.00	ปานกลาง

**ภาคผนวก ช**

การทดสอบข้อสมมุติของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ





### การทดสอบข้อสมมุติของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ก่อนวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ และอิทธิพลของตัวแปรต้นต่อตัวแปรตาม ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อสมมุติ (Assumption) ของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ดังนี้

#### 1. ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ที่ไม่มีความสัมพันธ์พหุเชิงเส้นต่อกัน (no multicollinearity)

**1.1 ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ** ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรต้นมี 4 ตัวเป็นตัวแปรเชิงปริมาณที่มีหน่วยวัดเป็นช่วงมาตรา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล เป็นไปตามข้อสมมุติ

**1.2 ตัวแปรต้นต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น** (no multicollinearity) ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการตรวจสอบค่า Variance inflation factor (VIF) ซึ่งพบว่า ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นต่อกัน พิจารณาจากค่า VIF ของตัวแปรต้นแต่ละตัวในช่อง Collinearity statistics จากตาราง Coefficients ในการศึกษาครั้งนี้ค่า VIF ของ ตัวแปรต้นเท่ากับ 1.000 ซึ่งน้อยกว่า 10 (นัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์ 2554) จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นต่อกัน เป็นไปตามข้อสมมุติ

Coefficients(a)

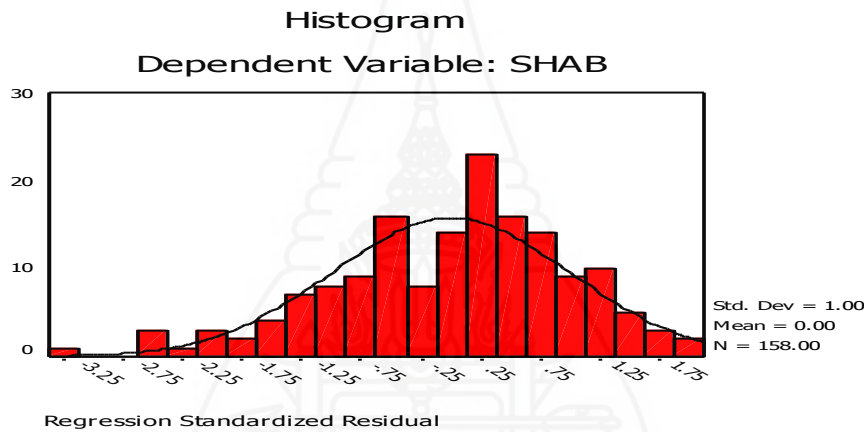
Mode	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Partial	Part	Tolerance	VIF			
1													
Constant	112.076	4.663		24.036	.000	102.865	121.286						
SBEN	.742	.150	.369	4.957	.000	.446	1.037	.369	.369	.369	1.000	1.000	

a Dependent Variable: SHAB

## 2. ตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ มีการแจกแจงแบบปกติ มีค่าความแปรปรวนคงที่ (Homocedasticity)

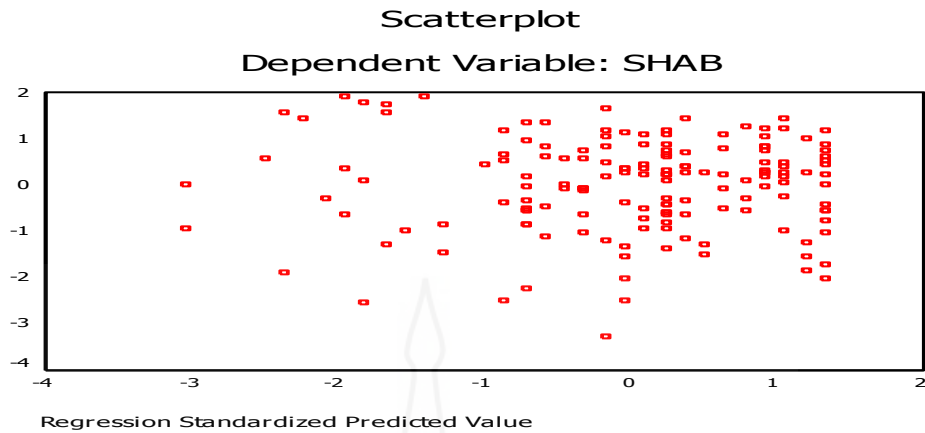
**2.1 ตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ** ตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ คือ พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล มีหน่วยวัดเป็นช่วงมาตรา เป็นไปตามข้อสมมุติ

**2.2 ตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบปกติ** ตรวจสอบได้จากฮิสโตแกรมการแจกแจงค่าความคลาดเคลื่อน ซึ่งแสดงในภาพ จะเห็นว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้น ตัวแปรตามหรือพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลจึงมีการแจกแจงแบบปกติด้วย



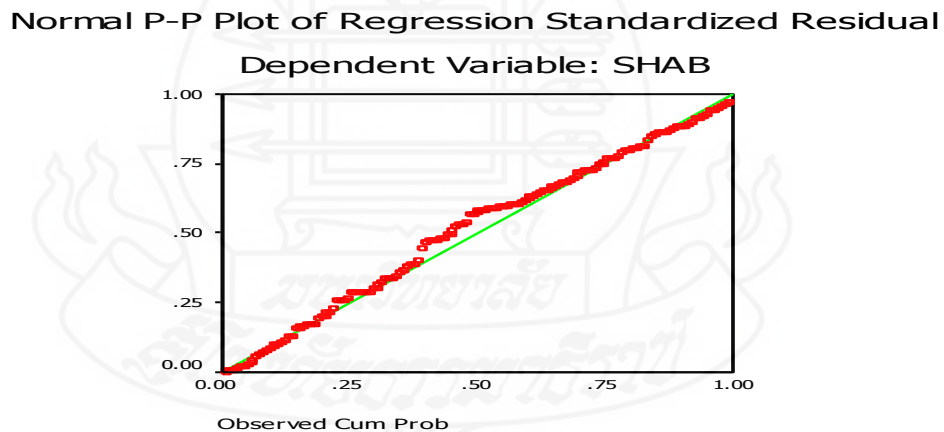
**2.3 ตัวแปรตามมีค่าความแปรปรวนคงที่ (Homocedasticity)** ค่าความแปรปรวนประชากรของตัวแปรตามในทุกๆ ค่าร่วมของตัวแปรต้นต้องไม่มีความแตกต่างกัน และค่าความแปรปรวนประชากรของค่าความคลาดเคลื่อนในทุกๆ ค่าร่วมของตัวแปรต้นต้องไม่มีความแตกต่างกันด้วย ซึ่งตรวจสอบได้จากการพล็อตกราฟค่าความคลาดเคลื่อนกับค่าทำนายของตัวแปรตาม ถ้าการกระจายของจุดอยู่รอบแนวมีค่าความคลาดเคลื่อนเป็น 0 โดยไม่แสดงแนวโน้มใดๆ แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่หรือไม่มีความแตกต่างกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้พล็อตกราฟค่าความคลาดเคลื่อนกับค่าทำนายของตัวแปรตาม พบว่า จุดกระจายอยู่รอบแนวที่มีค่าความคลาดเคลื่อนเป็น 0 (ไม่มีแนวโน้มเป็นรูปสามเหลี่ยมปากแตรหรือสามเหลี่ยม 2 รูปชนกัน) ดังแสดงในภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีค่าความแปรปรวนคงที่หรือไม่มีความแตกต่างกัน เป็นไปตามข้อสมมุติ



3. ตัวแปรความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติที่มีค่าเฉลี่ยเป็น 0 และค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน (No autocorrelation)

3.1 ตัวแปรความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ตรวจสอบโดยการสร้างกราฟ Normal probability plot (normal P-P plot) ของค่าความคลาดเคลื่อนที่ปรับเข้ามาตรฐานแล้ว แนวจุดต้องกระจายรอบเส้นทแยงมุมอย่างไม่มีรูปแบบชัดเจน ดังแสดงในภาพ จึงสรุปได้ว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีลักษณะการแจกแจงแบบปกติ เป็นไปตามข้อสมมุติ



3.2 ตัวแปรความคลาดเคลื่อนมีค่าเฉลี่ยเป็น 0 ในการศึกษารั้งนี้พิจารณาจากตาราง Residuals statistics พบว่า ค่า Residual มีค่าเฉลี่ย (Mean) = 0.00 แสดงว่าค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็น 0 เป็นไปตามข้อสมมุติ

**Residuals Statistics(a)**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	118.01	141.74	134.55	5.422	158
Residual	-44.58	26.09	.00	13.660	158
Std. Predicted Value	-3.051	1.325	.000	1.000	158
Std. Residual	-3.253	1.904	.000	.997	158

a Dependent Variable: SHAB

### 3.3 ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าไม่มีความสัมพันธ์กัน (no autocorrelation)

โดยพิจารณาจากค่า Durbin – Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกันหรือไม่มีความสัมพันธ์กัน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ 2550: 330) จากตาราง Model Summary ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่า Durbin – Watson (D) = 1.766 มีค่าเข้าใกล้ 2 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรต้นและตัวแปรตามไม่มีความสัมพันธ์กัน

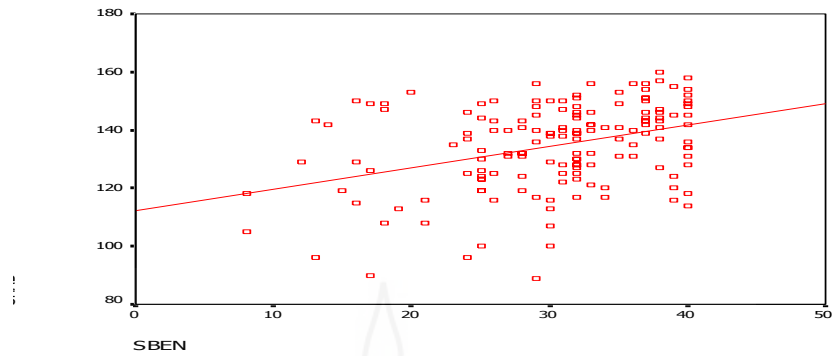
**Model Summary(b)**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics			Durbin-Watson		
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.369(a)	.136	.131	13.704	.136	24.575	1	156	.000	1.766

a Predictors: (Constant), SBEN

b Dependent Variable: SHAB

4. **ตัวแบบการถดถอยพหุคูณมีความสอดคล้องกับการกระจายของข้อมูล (no lack of fit)** สมการถดถอยเป็นตัวแทนการกระจายของข้อมูล สมการถดถอยต้องเป็นสมการเส้นตรง คือ  $\hat{y} = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X$  หรือตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง โดยการพล็อตกราฟระหว่างตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และตัวแปรต้น 1 ตัวที่เข้าสมการ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ให้ตัวแปรต้นอยู่ในแกน X และตัวแปรตามอยู่ในแกน Y ซึ่งพบว่า ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง ดังแสดงในภาพ แสดงว่า ตัวแบบการถดถอยพหุคูณมีความสอดคล้องกับการกระจายของข้อมูล หรือ no lack of fit



โดยสรุป ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะเป็นไปตามข้อสมมติทุกประการ จึงสามารถนำสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณมาใช้ได้



## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางพรวิมล พุทธบูชา
วัน เดือน ปีเกิด	25 กุมภาพันธ์ 2508
สถานที่เกิด	อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลเขาย้อย อำเภอกะเขย้อย จังหวัดเพชรบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

