

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 ความขาดสนหรืออึดอัด เนื่องจาก ภาวะ หมายถึง ความมี ความเป็น ความปรากฏ (ราชบัณฑิตยสถาน 2546: 821) ขาดแคลน หมายถึง ขัดสน อึดอัด (ราชบัณฑิตยสถาน 2546: 182) จากความหมายดังกล่าว คำว่า ภาวะขาดแคลนพยาบาล จึงหมายถึง ความขาดสนหรืออึดอัดพยาบาล นอกจากนั้นยังมีผู้กล่าวถึงความหมายของภาวะขาดแคลนพยาบาลไว้ ดังนี้

กฤษฎา แสงดี (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 และความสนใจในการทำงาน

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 เพื่อเพิ่มการผลิตพยาบาลให้เพียงพอับความต้องการของประเทศในระยะยาว (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 การตายด้วยโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มสูงขึ้น โรคเอดส์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และมาลาเรีย ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจทวีความรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นวิกฤติในปี 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 ขาดระบบการเกลี้ยกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ 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 แสงดี 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 เนื่องจากการเปลี่ยนสถานภาพจากพยาบาลเทคนิคเป็นพยาบาลวิชาชีพ 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 ทำให้ไม่มีการกระจายพยาบาลวิชาชีพไปยังส่วนอื่นที่ยังขาดอัตราากำลังอยู่

ด้านการผลิต ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา มีการผลิตพยาบาลวิชาชีพปีละ 2,500 คน เท่าเดิม ซึ่งทำให้การขาดแคลนยังคงเป็นปัญหาอยู่ใน 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 จันทรไทย 2556: 11) มีสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 842 แสดงว่า การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นปัญหาอย่างมาก ส่วนในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี ราชบุรี

สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ (กาญจนา จันทรไทย 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 รัฐบาลกำหนดนโยบายปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 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) การขยายตัวของการเปิดเสรีด้านการค้าและบริการสาธารณสุข 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 พยาบาลวิชาชีพมักไม่อยากรับงาน และต้องการมีเวลาพักอยู่กับครอบครัวมากขึ้น

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

2) การมีข้อจำกัดในการเพิ่มการผลิต และการชำระรักษากำลังคนที่มีอยู่ไว้ในระบบบริการ 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) ขาดความตระหนักถึงคุณค่าของงานที่พยาบาลกระทำต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ และการให้แหล่งประโยชน์ต่างๆ

วรรณภา ประไพพานิช สุปณี เสนาคิสัย 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) ปังจัยส่วนตัวอื่นๆ เช่น กลับไปทำงานใน
ภูมิลำเนาเดิม ย้ายตามครอบครัว ภาระทางครอบครัว เป็นต้น

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

กิมบอลและโอเนล (Kimball and O'Neill, 2002: 14-17) กล่าวว่า สาเหตุที่ก่อให้เกิด
เกิดวิกฤติด้านอุปสงค์ของพยาบาลในปัจจุบัน และในอีก 2 ทศวรรษข้างหน้ามีปัจจัยที่หลากหลาย
ซับซ้อนมากกว่าในอดีต มี 4 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากร ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น
ต้องใช้แหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ความต้องการบริการพยาบาลจะสูงขึ้นด้วย แม้จะยัง
ไม่ได้พิจารณาเรื่องอายุที่ยืนยาวขึ้น และการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในช่วงท้ายของชีวิต มีผู้ปฏิบัติงาน
ที่มีทักษะพื้นฐานและเทคโนโลยีจำนวนน้อยลง ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนในทุกระดับของระบบ
บริการสาธารณสุข เนื่องจากมีผู้ปฏิบัติงานจำนวนน้อยลง แต่ความต้องการทักษะเพิ่มมากขึ้น
ผู้ปฏิบัติงานมีอายุมากขึ้น อายุเฉลี่ยของพยาบาลในสหรัฐอเมริกา คือ 44 ปี แต่การปฏิบัติงานต้อง
ใช้กิจกรรมทางกายมาก ดังนั้นพยาบาลจึงไม่ปรารถนาหรือไม่สามารถจะปฏิบัติงานได้มากเมื่ออายุ
ถึง 50 ปี นั่นหมายถึง จะมีผู้เกษียณอายุจำนวนมาก หากไม่มีการปรับบทบาทและบันใดความ
ก้าวหน้าใหม่ นอกจากนั้นยังมีเหตุมาจากความไม่ลงตัวระหว่างความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม
อันเป็นผลมาจากความแตกต่างด้านเชื้อชาติของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ 2) ค่านิยม สตรีเข้าสู่
ตลาดแรงงานมากขึ้นตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 1950 ส่งผลให้สตรีมีทางเลือกในอาชีพมากขึ้น สตรี
จึงไม่เข้าสู่อาชีพหรือวิชาชีพดั้งเดิม มีสตรีเลือกวิชาชีพการพยาบาลน้อยลง ในขณะที่ไม่มีบุรุษเข้า
สู่วิชาชีพ ค่านิยมอีกประการที่มีผลต่อการขาดแคลนพยาบาล คือ ค่านิยมของประชากรที่เกิดใน
ระหว่าง ค.ศ. 1961 - 1981 ซึ่งถูกเรียกว่าเป็นกลุ่มเอ็กซ์ (X) มีความปรารถนาจะทำงานด้านบริการ
แต่มีความรู้สึกต่อต้านสถาบัน ไม่ชอบความซับซ้อน ต้องการงานที่ยืดหยุ่นหลากหลาย ใช้
เทคโนโลยีพัฒนาทักษะใหม่ และทำงานในชุมชน แต่การรับรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาลจะตรงกันข้าม
กับความต้องการเกี่ยวกับงาน 3) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ในทศวรรษที่ผ่านมา ระบบบริการ
สาธารณสุขต้องรับผิดชอบกับผลลัพธ์ด้านบริการที่สูงขึ้น ในขณะที่มีแหล่งประโยชน์น้อยลง ส่งผล
ให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียดและออกจากอาชีพ 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) การรับรู้ถึงความด้อยในสถานะของพยาบาล 5) ความกดดันจากความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพสุขภาพ 6) การลดลงของค่าตอบแทนและเอกสิทธิ์ในงาน 7) มีการย้ายไปที่อื่น เนื่องจากความไม่ลงตัวระหว่างบุคคลกับองค์กร และ 8) ผู้บริหารโรงพยาบาลมุ่งเน้นการธำรงรักษาสรรถนะของพยาบาลมากขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ

ฮูเบอร์ (Huber, 2006: 591-592) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้ขาดแคลนพยาบาล มี 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการศึกษาพยาบาล มีพยาบาลจบใหม่น้อยลง 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่ทำงานไม่ดึงดูดใจและไม่อาจธำรงรักษายาบาลให้คงอยู่ได้ 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) ค่าจ้างคนพยาบาลมีจำนวนน้อย 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 ทำให้ต้องใช้นักการพยาบาลเพิ่มขึ้น

1.3.2 การสูญเสียพยาบาลออกจากระบบบริการสาธารณสุข จากเหตุผลต่างๆ ดังนี้

1) การใช้และธำรงรักษาพยาบาลไม่เหมาะสม ดังนี้

(1) สถานภาพการว่างงานไม่มีสัญญาผูกพันในการบรรจุเป็นข้าราชการ 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 ผู้บริหารทางการพยาบาลมิได้มีส่วนร่วมในกำหนดนโยบายด้านกำลังคนของสถานบริการ สาธารณสุข ทำให้ปัญหาด้านกำลังคนไม่ได้รับการแก้ไขอย่างแท้จริง การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ จึงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง

2. แนวคิดเกี่ยวกับการแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาล

การแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาลในประเทศไทยมีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และระบาดวิทยา ประกอบกับการขยายหลักประกัน สุขภาพแก่ประชาชนไทย และการขยายบริการสุขภาพ เพื่อรองรับการเปิดเสรีด้านการค้าบริการ ในฐานะศูนย์กลางการบริการการแพทย์ (medical hub) ในภูมิภาคเอเชีย ส่งผลให้มีความต้องการ พยาบาลเพิ่มมากขึ้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวงศ์ 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 โดยหาคนมาช่วยงาน 5) บริหารงานให้โปร่งใส 6) กำหนดค่าตอบแทนให้เหมาะสม เพิ่มค่าตอบแทน 7) มีสวัสดิการที่ดี มีที่พักที่ดี 8) ดูแลสุขภาพอนามัยบุคลากร มีการตรวจสุขภาพ 9) ให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 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 จันทน์ไทย (2553: 15-16) กล่าวว่า การแก้ปัญหาภาวะขาดแคลนพยาบาลมีดังนี้ 1) การเพิ่มการผลิตพยาบาลเพื่อแก้ไขการขาดแคลน 2) การบริหารจัดการให้เกิดการกระจายกำลังคนตามภาระงาน และ 3) ลดการสูญเสียกำลังคนออกจากระบบ ด้วยมาตรการด้านการสร้างแรงจูงใจและการธำรงรักษา ทั้งด้านการเงินและไม่ใช่งาน

กฤษฎา แสงวงศ์ และคนอื่นๆ (2552: 90-91) กล่าวว่า การแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ มีดังนี้ 1) การผลิตพยาบาลในขนาด 7,000 คนต่อปี ปัจจุบันประเทศมีกำลังการผลิตเพียง 6,000 คนต่อปี จึงต้องมีการลงทุนเกี่ยวกับทรัพยากรที่สำคัญ คือ การเพิ่มจำนวนอาจารย์พยาบาล และพัฒนาขีดความสามารถของอาจารย์พยาบาลให้มีคุณสมบัติตามมาตรฐานการศึกษา กำหนด 2) การกำหนดนโยบายธำรงรักษากำลังคนและสร้างแรงจูงใจที่จะทำให้พยาบาลคงอยู่ในอาชีพยาวนานขึ้น และลดการสูญเสียกำลังคน 3) มีการศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถดึงดูดพยาบาลวิชาชีพที่ออกไปทำงานสนับสนุนในระบบสุขภาพให้กลับมาทำงานในวิชาชีพ 4) เตรียมการรองรับการทำงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่สูงอายุ โดยการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน ให้ปลอดภัยและจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ในการทำงานที่สะดวกอย่างเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ซึ่งจะช่วยลดการทำงานหนักของพยาบาลที่นับวันจะสูงอายุขึ้น รวมทั้งขยายโอกาสการเปลี่ยนงานของพยาบาลอาวุโส จากงานบริการไปทำงานวิชาการ หรือการเปลี่ยนไปเป็นอาจารย์พยาบาลเพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพการผลิตพยาบาล และ 5) มีการศึกษาดูตามแบบแผนการเปลี่ยนแปลงสภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ 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'Neill, 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

บุชเชนและคัลแมน (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 ให้มีลักษณะสหสาขาวิชาชีพและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาล แพทย์ บุคลากรสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งผู้ป่วยและชุมชน 4) พัฒนาระบบการประเมินผล เพื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผลลัพธ์ของผู้ป่วย 5) กำหนดมาตรฐานและกลไกที่จะสร้างการตระหนักเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติวิชาชีพ 6) พัฒนาระบบการให้ผลตอบแทนการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลที่ทุ่มเทในการทำงาน 7) ประเมินผลกระทบของการขาดแคลนพยาบาลต่อนักการศึกษาพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล และนักวิจัยทางการพยาบาลในอนาคต และหาแนวทางแก้ไข 8) ใช้กลยุทธ์การตลาด ที่จะช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ของการพยาบาล และช่วยให้การสรรหานักศึกษาที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้าร่วมวิชาชีพ 9) ส่งเสริมให้พยาบาลมีการศึกษาสูงขึ้นในทุกระดับ และ 10) พัฒนาและใช้กลยุทธ์ที่ส่งเสริมการธำรงพยาบาลวิชาชีพและนักศึกษาพยาบาลไว้ในตลาดแรงงาน

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

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

2.2 การบริหารอัตรากำลัง

2.2.1 ความหมายของการบริหารอัตรากำลัง

นักวิชาการพยาบาลใช้คำว่า “การบริหารอัตรากำลัง” (วราพร หาญคุณะเศรษฐ์ 2547; ส่องศรี กิตติรัศมิ์ตระกูล 2550) ในความหมายเดียวกับคำว่า “การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล การจัดอัตรากำลัง การบริหารจัดการกำลังคน การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ และการจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่” (มาริษา สมบัติบุญ 2546; สำนักการพยาบาล 2547; กฤษฎา 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 แสงศิริ (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 สมบัติบุญ (2546: 4) กล่าวว่า การจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการในการจัดบุคลากรพยาบาลในระดับต่างๆ ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในจำนวนและความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมปริมาณงานทั้งหมดของหน่วยงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

นิศยา 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 ช่วยให้งานมีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่เพียงพอที่จะปฏิบัติงานตามหน้าที่และความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ให้มีมากเกินไปจนสิ้นงาน อันเป็นการไม่ประหยัด หลักการจัดอัตรากำลังในระบบบริการพยาบาล มี 6 ประการ ได้แก่ 1) การจัดอัตรากำลังในระบบบริการพยาบาลให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ใช้บริการอย่างเพียงพอ 2) การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพอย่างมีคุณภาพ 3) การจัดอัตรากำลังให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน 4) การจัดอัตรากำลังต้องจัดให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงบริบทของหน่วยงาน 5) การจัดอัตรากำลังผู้บริหารต้องใช้หลักความยุติธรรมในการพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนตามการปฏิบัติงาน 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 ต้องมีข้อกำหนดหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนให้ผู้ที่มิประสบการณ์มากกว่ามีหน้าที่ดูแลผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ด้านสถาบันหรือองค์กร 1) นโยบายขององค์กรควรสะท้อนถึงบรรยากาศของการให้ความสำคัญกับบุคลากรในฐานะเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า และแสดงพันธสัญญาที่จะรับและบรรจุบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งงานตามความสามารถ 2) ทุกสถาบันควรระบุนความรู้ความสามารถคุณลักษณะ และกิจกรรมที่ต้องการในแต่ละระดับ แต่ละตำแหน่งที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร 3) นโยบายขององค์กรควรตระหนักถึงความต้องการของผู้ใช้บริการและบุคลากรควบคู่กันไป

สรุปหลักการบริหารอัตรากำลัง ต้องบริหารจัดการทั้งด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากร และด้านสถาบันหรือองค์กร ให้เกิดความเหมาะสมสอดคล้องกัน

2.2.3 กระบวนการบริหารอัตรากำลัง

มีผู้กล่าวถึงกระบวนการบริหารอัตรากำลังทางการแพทย์ไว้ 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) ปฐมนิเทศบุคลากรก่อนเริ่มปฏิบัติงาน 6) จัดให้มีการทดลองการปฏิบัติงานก่อนบรรจุ 7) พัฒนาและฝึกอบรมแก่บุคลากรพยาบาล 8) ประเมินผลการปฏิบัติงาน และ 9) ขำรงรักษา

กฤษดา แสงดี (2545: 11) สำนักการพยาบาล (2547: 81) มาริษา สมบัติบุญ (2546: 7) กล่าวว่า กระบวนการจัดอัตรากำลังทางการแพทย์ 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 และต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะหาคนเข้ามาทำงานได้ โดยเฉพาะงานที่ต้องการบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะทาง อาจต้องใช้เวลานานกว่าจะพัฒนาคนให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า เพื่อช่วยให้ได้บุคลากรที่มีประสิทธิภาพ ในปริมาณที่เหมาะสม ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการจ้างงาน การวางแผนอัตรากำลังมีความหมายและมีกระบวนการดังจะกล่าวต่อไป

(1) ความหมายของการวางแผนอัตรากำลัง

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

กฤษฎา 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 สำหรับนำมาวางแผนอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการในปัจจุบันและใน 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 วิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ และนโยบายขององค์การ ขอบเขตของการบริการ รูปแบบการมอบหมายงาน

ข) วิเคราะห์งาน (Job analysis) โดยแสดงหรือกำหนด รายละเอียดของงานหรือตำแหน่งงานเอาไว้ เพื่อบอกว่าองค์การมีงานอะไรบ้างที่ต้องทำ 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 ข้อความที่แสดง คุณสมบัติอย่างต่ำ ที่จะพึงรับได้ของบุคลากรที่จะทำงานนั้นอย่างได้ผลตามที่ต้องการ ได้แก่ ความรู้ ความชำนาญ และความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

จ) คำนวณอัตรากำลังที่ต้องการทั้งประเภท และจำนวนบุคลากร โดยพิจารณาจากรูปแบบการมอบหมายงานบนหอผู้ป่วย ภาระงานของพยาบาลจากจำนวนผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วย

ข. สํารวจอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน 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. คาคะเนอัตรากำลังที่ต้องการ โดยเปรียบเทียบอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน กับอัตรากำลังทั้งหมดที่ต้องการ เพื่อวิเคราะห์อุปสงค์ของบุคลากรในปัจจุบันว่ามีงานมากกว่าคนหรือมีคนล้นงาน ผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลมี 3 ประการ ดังนี้ ก) อัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในปัจจุบันน้อยกว่าอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลตามปริมาณงาน ข) อัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในปัจจุบันเท่ากับอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลตามปริมาณงานหรืองานเท่ากับคน ค) อัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในปัจจุบันมากกว่าอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลตามปริมาณงานหรือคนล้นงาน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ 2551)

ง. กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน เพื่อให้มีอัตรากำลังที่เพียงพอเหมาะสมทั้งปริมาณ และคุณภาพตามช่วงเวลา ซึ่งอาจจะใช้กลยุทธ์เพิ่มหรือวางแผนเพิ่มการจ้างบุคลากรพยาบาล ในกรณีที่ปริมาณงานมากกว่าอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล ใช้กลยุทธ์ลดหรือวางแผนลดจำนวนการจ้างบุคลากรพยาบาล ในกรณีที่ปริมาณงานน้อยกว่าอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล และใช้กลยุทธ์บำรุงรักษาหรือวางแผนบำรุงรักษา ในกรณีที่ปริมาณงานเท่ากับอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล ทั้งระยะสั้น และระยะยาว

จ. วางแผนสรรหาอัตรากำลังให้เพียงพอกับความต้องการ 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. วางแผนการกระจายและใช้อัตรากำลังอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาจากบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ ตำแหน่ง นโยบายและหลักเกณฑ์ นโยบายทั่วไปในการใช้บุคลากรมี 3 ลักษณะ คือ ก) การใช้บุคลากรปฏิบัติงานประจำเฉพาะหอผู้ป่วย หรือมีการหมุนเวียนในหอผู้ป่วยต่างๆ ทั้งในลักษณะทำงานเต็มเวลา ทำงานล่วงเวลา และทำงานบางเวลา ข) การใช้บุคลากรปฏิบัติงานเสริม โดยจัดบุคลากรกลุ่มหนึ่งประจำ เพื่อปฏิบัติงานเสริมในจุดที่เกิดความต้องการบุคลากรมากในเวลานั้นๆ เช่น มีผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้น มีคนขาดงาน แต่ถ้าไม่มีความ

ต้องการแล้ว บุคลากรเสริมอาจปฏิบัติงานช่วยในหน่วยงานกลางของแผนก หรือช่วยงานส่วนรวมขององค์การพยาบาล ค) การใช้บุคลากรปฏิบัติงานแบบฉุกเฉิน (นิตยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 189-190) นอกจากนั้นจะต้องกระจายคนไปตามพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง โดยจัดสรรอัตรากำลังที่มีสัดส่วนพอเหมาะต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ การผสมผสานพยาบาลผู้ที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญหลายระดับ (skill mixed term) ได้อย่างเหมาะสมและเกิด ผลดีต่องานบริการ 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 แสงดี (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 การจัดการตารางปฏิบัติงาน 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

กฤษฎา แสงวดี (2545: 12-13) กล่าวว่า การจัดการตารางปฏิบัติงาน ผู้บริหารต้องคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้ 1) นโยบายเกี่ยวกับการกำหนดวันหยุดสุดสัปดาห์ และวันหยุดอื่นๆ ของโรงพยาบาล เช่น กลุ่มงานการพยาบาลมีนโยบาย “การกระจายวันหยุดสุดสัปดาห์ ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล ให้ทุกคนมีโอกาสได้หยุดในวันหยุดสุดสัปดาห์อย่างเสมอภาค” 2) นโยบายเกี่ยวกับแบบแผนการจัดชั่วโมงการทำงานของบุคลากร ซึ่งต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิต และสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน 3) นโยบายการกำหนดสัดส่วนของเจ้าหน้าที่ประจำ ต่อเจ้าหน้าที่ทำงานบางเวลา 4) นโยบายการจ้างงานล่วงเวลาหรือการจ้างงานบางเวลา 5) นโยบายการขอวันหยุด หรือการแลกเวรของบุคลากร 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 ศรีสถิตยัณราทร (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) เป็นการ จัดตารางการปฏิบัติงานเป็นรอบเวร ช่วงเวลาละ 8 ชั่วโมง 10 ชั่วโมง หรือ 12 ชั่วโมง โดยให้บุคลากรพยาบาลหมุนเวียนกันเข้าปฏิบัติงานในแต่ละเวร เป็นระยะๆ 2) การจัดตารางปฏิบัติงานแบบรอบ (cyclical scheduling) เป็นการ จัดตารางเวรการปฏิบัติงาน โดยให้บุคลากรรับผิดชอบปฏิบัติงานแต่ละเวร แต่ละวัน ในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น 4-6 สัปดาห์ โดยจัดให้มีวันหยุดคงที่ในแต่ละรอบสัปดาห์ของรอบหนึ่งๆ และหมุนเวียนกันไปตามตารางการทำงานของแต่ละคน 3) การจัดตารางปฏิบัติงานแบบคงที่ (fix shift scheduling) เป็นการ จัดตารางการปฏิบัติงาน โดยไม่มีการหมุนเวียนช่วงเวลาการทำงาน บุคลากรจะปฏิบัติงานเฉพาะเวรใดเวรหนึ่งตลอดไปในระยะที่กำหนด ซึ่งอาจกำหนดระยะเวลาเป็น 2-4 เดือน

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (2551: 275-276) กล่าวว่า วิธีการจัดตารางปฏิบัติงาน 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 การจัดตารางปฏิบัติงาน 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 เวรใน 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 การจัดการปฏิบัติงานมี 5 รูปแบบ ดังนี้ 1) การจัดการปฏิบัติงานแบบหมุนเวียน 2) การจัดการปฏิบัติงานแบบรอบ 3) การจัดการปฏิบัติงานแบบคงที่ 4) การจัดการปฏิบัติงานแบบบล็อก และ 5) การจัดการปฏิบัติงานแบบทีม

(4) กระบวนการจัดการปฏิบัติงาน

ไม่มีนักวิชาการกล่าวถึงกระบวนการจัดการปฏิบัติงานไว้ โดยเฉพาะ แต่ไฮเดนทอล (Heidenthal, 2004: 124) กล่าวถึงประเด็นที่ต้องพิจารณาในการจัดการปฏิบัติงานของบุคลากร 3 ประการ ดังนี้ 1) ความต้องการของผู้ป่วย 2) ประสิทธิภาพของบุคลากร 3) สิ่งสนับสนุนบุคลากร ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นตัวบ่งชี้บุคลากรในแต่ละเวร กองการพยาบาล (2545: 15-16) กล่าวว่า การที่จะกำหนดให้มีปริมาณกำลังคนมากน้อยเพียงใด จะจัดแบบแผนตารางปฏิบัติงาน และจะจัดสรรอัตราค่าจ้างอย่างไรนั้น 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 รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกการช่วยเหลือหรือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเพียงพอ พร้อมใช้ 9) นโยบายขององค์กรว่าด้วยการจ้างงาน การกำหนดวันหยุด และ 10) แผนการพัฒนองค์กร ทั้งหมดนี้ผู้บริหารการพยาบาลต้องทำความเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการด้านกำลังคนได้

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า กระบวนการจัดการปฏิบัติงานมี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) สำรวจความต้องการของผู้ป่วย 2) สำรวจความต้องการของบุคลากร 3) สำรวจสิ่งสนับสนุนที่ให้กับบุคลากร 4) กำหนดตารางปฏิบัติงาน และ 5) ประเมินผลการจัดการปฏิบัติงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก. *สำรวจความต้องการของผู้ป่วย* โดยพิจารณาจากความรุนแรงของความเจ็บป่วย และจำนวนผู้ป่วย (Heidenthal, 2004: 124) รัชณี ศุภจินทรรัตน์ (2546: 35-38) กล่าวว่า การจัดบุคลากรให้สอดคล้องกับภาระงาน 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 พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์จะรับภาระงานและผู้ป่วยรุนแรงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ 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 และแผนการพัฒนองค์กรที่เอื้อต่อการทำงาน (กฤษฎา แสงวดี 2545: 15-16)

ง. *กำหนดตารางปฏิบัติงาน* โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และไม่ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดชื่อบุคลากรทั้งหมดในตารางปฏิบัติงาน กำหนดวัน จนมีบุคลากรทุกเวรทั้งสัปดาห์ และต้องมี FTE ตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้มีบุคลากรเวรเช้า ร้อยละ 35-55 เวรบ่าย ร้อยละ 30-40 เวรดึก ร้อยละ 20-33 และเพิ่มจำนวนพยาบาลมากขึ้น เพื่อขึ้นชดเชยในช่วงเวลาที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ประเภทผู้ป่วยรุนแรงขึ้น และบุคลากรทางการพยาบาลต้องไปประชุมอบรม 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/ผู้ให้บริการ ลักษณะผู้ป่วยและความรุนแรง ตามกฎเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย 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/ผู้ให้บริการ 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 สมบัติบุญ 2546: 24)

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

สรุปได้ว่า การจำแนกประเภทผู้ป่วย หมายถึง การจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเจ็บป่วย และความต้องการตอบสนองในด้านต่างๆ รวมทั้งการกำหนดปริมาณและประเภทการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ อัมภา สรรราช และคนอื่นๆ (2547: 25-37) กล่าวว่า เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยมี 2 ประการ (ก) สภาวะความเจ็บป่วย เป็นการประเมินประเภทของผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยในแต่ละสภาวะ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยและประสบการณ์ในการดูแล โดยใช้บทบาทร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้ 4 ข้อ ได้แก่ สัญญาณชีพ อาการ/อาการแสดงทางระบบประสาท การได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด/หัตถการต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย และพฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเอง (ผู้ป่วย) และผู้อื่นจากปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์และจิตสังคม หรือสาเหตุอื่น ตัวบ่งชี้แต่ละข้อ มีระดับความรุนแรงสูงสุดเป็น 4 (หนักมาก) 3 (หนัก) 2 (ปานกลาง) และ 1 (พิกพื้น) (ข) การดูแลขั้นต่ำที่ผู้ให้บริการควรได้รับ เป็นการประเมินประเภทผู้ป่วยตามบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพตามการดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการแต่ละรายต้องการ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพซึ่งสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการแต่ละราย ในลักษณะองค์รวม รวมทั้งประสบการณ์ในการดูแล โดยใช้บทบาทอิสระเป็นส่วนมาก ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้ 4 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ให้บริการ ความต้องการข้อมูล/การสอนของผู้ให้บริการและญาติและความต้องการการตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์ ความต้องการยา/การรักษาหรือหัตถการ และความต้องการบรรเทาอาการรบกวน แต่ละข้อมีคะแนนสูงสุดตามความต้องการที่มากที่สุด คือ 4 และลดลงตามความต้องการที่ลดลง คะแนนน้อยที่สุด คือ 1

ข. ประเมินความต้องการบุคลากรการพยาบาล ของหอผู้ป่วยในแต่ละปี โดยคำนวณหาจำนวนบุคลากรที่ต้องการ ซึ่ง มาริษา สมบัติบุญ (2546: 50-55) กล่าวว่า วิธีการคำนวณเพื่อกำหนดความต้องการอัตรากำลังมีดังนี้

(ก) ใช้สูตรการคำนวณ การคำนวณมีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
 คำนวณหาจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน จากจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (patient days) หาชั่วโมง
 การพยาบาลเฉลี่ยต่อวันนอนในโรงพยาบาล (NHPPD) หาความเทียบเท่าพนักงานประจำ (Full
 Time Equivalent Employee) ทดแทนชั่วโมงที่ไม่ได้งาน และหาชั่วโมงการทำงานของบุคลากร
 1 คน ใน 1 วัน

(ข) คำนวณการกระจายอัตรากำลังในแต่ละวัน ดังนี้
 คำนวณหาจำนวนชั่วโมงการดูแลผู้ป่วยต่อปี คำนวณหาจำนวนชั่วโมงการดูแลในแต่ละวันที่
 ให้บริการ และคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องการใน 1 วัน

ค. การจัดและกระจายอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลในแต่ละหอ
 ผู้ป่วย ให้เหมาะสมทั้งประเภทของบุคลากรและรอบเวร เบญจมาศ ปรีชาคุณ (2547: 132-133)
 กล่าวว่า การจัดสรรบุคลากรให้มีความเหมาะสม ต้องพิจารณาองค์ประกอบดังนี้ (ก) ความสามารถ
 ในการทำงานของบุคลากร (ข) ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน (ค) ความยุ่งยาก
 ของงาน เช่น การทำผ่าตัดที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้เทคโนโลยีสูง จึงต้องใช้บุคลากร ที่มี
 ความสามารถเฉพาะทาง (ง) ระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางการพยาบาล เช่น การทำผ่าตัดที่ใช้
 ระยะเวลาสั้น ต้องจัดเตรียมอัตรากำลังหมุนเวียน เพื่อให้มีเวลาหยุดพักรับประทานอาหารได้ และ
 (จ) จำนวนกิจกรรมทางการพยาบาล ถ้ามีกิจกรรมทางการพยาบาลในช่วงใดมาก ต้องจัดอัตรากำลัง
 มาเสริมในช่วงเวลานั้นให้เพียงพอ เพื่อการปฏิบัติงานที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า กระบวนการบริหารอัตรากำลังมี 3 ขั้นตอน ได้แก่
 1) การวางแผนอัตรากำลัง 2) การจัดตารางปฏิบัติงาน และ 3) การจัดสรรอัตรากำลัง ซึ่งแต่ละ
 ขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1) การวางแผนอัตรากำลัง มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) วิเคราะห์ความต้องการ
 อัตรากำลังทั้งหมดขององค์กร (2) สำรวจอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบัน (3) คาดคะเนอัตรากำลังที่
 ต้องการ (4) กำหนดกลยุทธ์การดำเนินงาน (5) วางแผนสรรหาอัตรากำลังให้เพียงพอกับความ
 ต้องการ และ (6) วางแผนการกระจายและใช้อัตรากำลังอย่างเหมาะสม

2) การจัดตารางปฏิบัติงาน มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) สำรวจความต้องการของ
 ผู้ป่วย (2) สำรวจความต้องการของบุคลากร (3) สำรวจสิ่งสนับสนุนที่ให้กับบุคลากร (4) กำหนด
 ตารางปฏิบัติงาน และ (5) ประเมินผลการจัดตารางปฏิบัติงาน

3) การจัดสรรอัตรากำลัง มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) กำหนดเกณฑ์การจำแนก
 ประเภทผู้ป่วย (2) ประเมินความต้องการเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล และ (3) การจัดและกระจาย
 อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล

2.3 บทบาทของผู้บริหารในการบริหารอัตรากำลัง

2.3.1 บทบาทของผู้บริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลมี 3 ระดับ ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลาง และผู้บริหารระดับต้น (นิทยา ศรีญาณลักษณ์ 2545: 105; รัชณี สุจิจันทร์รัตน์ 2546: 20-22; อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม 2550: 50; บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร 2551: 309-311; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี 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 รับผิดชอบต่อการจัดการโดยรวม มีอำนาจเต็มที่ในการควบคุม 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 วัตถุประสงค์ไปยังผู้บริหารระดับต้น และนำข้อมูลจากหน่วยงานข้างล่างขึ้นสู่ผู้บริหารระดับสูง เพื่อให้แน่ใจว่านโยบายขององค์กรได้นำสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและ

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

ผู้บริหารระดับต้น (frontline manager, supervisor) ประกอบด้วย พยาบาล หัวหน้าตึก หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน ซึ่งทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญมากในองค์การพยาบาล ถ้าการบริหารระดับนี้ล้มเหลว การวางแผนระดับสูง ระดับกลางจะพลอยล้มเหลวไปด้วย เนื่องจากเป็นจุดที่นำไปปฏิบัติและนำผลผลิตทางการพยาบาลออกมา ผู้บริหารระดับต้นเป็นผู้สั่งงานและควบคุมงานโดยตรงแก่บุคลากร เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ การบริหารจัดการของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความจำเป็นอย่างมากที่จะทำให้องค์การบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ 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. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

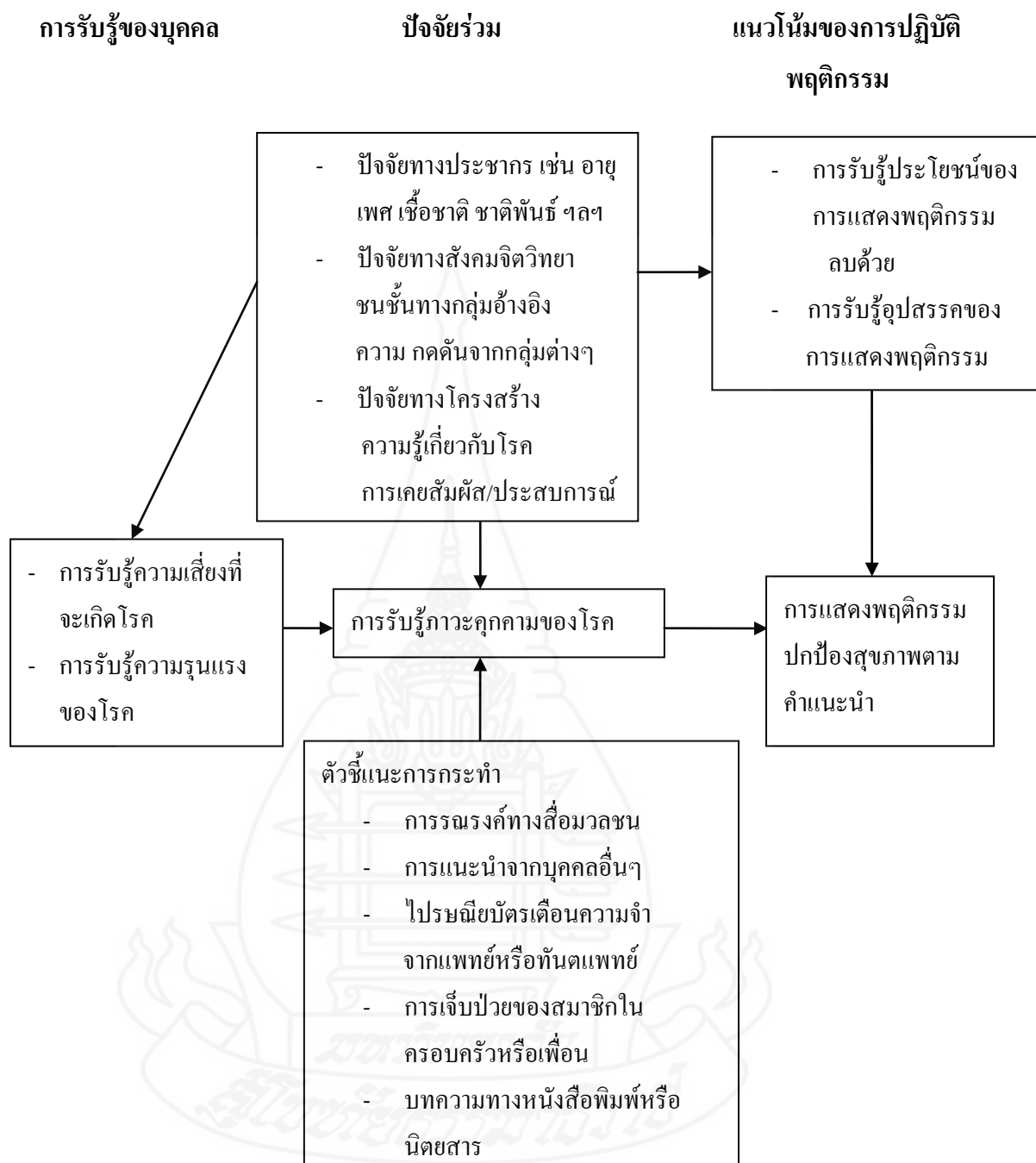
การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยจะบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลได้ดี ต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล โดยที่พฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้มีพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอเหมาะสมกับการะงาน ไม่เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และปัญหาสุขภาพจากการทำงาน มีลักษณะเทียบเคียงได้กับพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งมุ่งเน้นไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค หรือพฤติกรรมป้องกันสุขภาพมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

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) เสนอว่าปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ 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 และแนวโน้ม
การมีพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ มีความหมาย องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ ดังจะกล่าวต่อไป
(สำนักงานโรคไม่ติดต่อ 2553: 146-150; ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ 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 และวิลาวณย์ เสนารัตน์ 2551: 19) การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสดังกล่าวต่อปัญหาสุขภาพ (นันทวรรณ สุวรรณรูป 2549: 4-28) สะท้อนให้เห็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลต่อความอ่อนแอที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ (Pender, 1996: 35) ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงหรือเป็นโรค (ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี 2555: 39) สรุปได้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสดังกล่าวที่จะเกิดปัญหาสุขภาพหรือเกิดโรค บุคคลจะแสดงออกถึงการรับรู้ได้ 3 แบบ คือ 1) ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ 2) การคาดการณ์ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำ และ 3) ความรู้สึกต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน (ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ 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 การรับรู้ว่าปัญหาสุขภาพนั้นจะต้องมีความรุนแรงและจะเกิดผลตามมา (นันทวรรณ สุวรรณรูป 2549: 4-28) การรับรู้ของบุคคลต่อผลของโรคที่เกิดขึ้น อาจเป็นผลทางร่างกาย หน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว หรือฐานะทางสังคมของบุคคล (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวณย์ เสนารัตน์ 2551: 19) ความเชื่อที่บุคคลเป็น

ผู้ประเมินเองในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต หรือความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสภาวะและผลที่อาจจะเกิดขึ้น (ศิริพร ขัมภลิจิต 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 (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์ 2551: 19) การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การศึกษาของรัศมี ลือฉาย (2552) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในอำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.35$)

3) การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหักลบกันจะมีผลให้บุคคลรับรู้ต่อการคุกคามของโรค อาจเป็นความรู้สึกกลัวต่อโรคเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงจะรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามของโรคสูง ภาวะคุกคามนี้จะให้คุณค่าทางลบต่อบุคคล ทำให้หลีกเลี่ยงจากภาวะโรคนั้น ตัวแปรนี้จะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัณย์ เสนารัตน์ 2551: 19) สรุปได้ว่าการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค หมายถึง ความรู้สึกกลัวต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ อันเป็นผลลัพธ์จากการชั่งน้ำหนักระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคสูง และโรคนั้นมีความรุนแรงสูง บุคคลจะรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามของโรคสูง และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรคนั้น

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

1) ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และเชื้อชาติ ผลการศึกษาพบว่า เพศ เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ เพศหญิงจะมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าเพศชาย อายุส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรคจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น นอกจากนั้นระดับการศึกษายังมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการแสดงพฤติกรรม 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 และวิลาวัณย์ เสนารัตน์ 2551: 19) ความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น สามารถที่จะลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของผลกระทบนั้น (ศิริพร ขัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี 2555: 39) การรับรู้ประโยชน์ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง-การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรม เป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่า พฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกแก่ตนเอง ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรมอาจมีทั้งประโยชน์ภายนอกและประโยชน์ภายใน ประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเป็นเงิน หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการแสดงพฤติกรรม ประโยชน์ภายใน เช่น การเพิ่มความระมัดระวังหรือมีการเตรียมพร้อม และการลดความ

ความรู้สึกเมื่อล้า 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 สุจิตา 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 และวิลาวัณย์ เสนารัตน์ 2551: 19) ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางต่อการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ อุปสรรคเหล่านั้น ประกอบด้วย อุปสรรคภายนอกและอุปสรรคภายใน อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ การขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายที่สูง ความไม่สะดวก ความไม่สุขสบาย ความยุ่งยาก สภาพอากาศ ส่วนอุปสรรคภายใน ได้แก่ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ความขี้เกียจจากการเลิกแสดงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การกินอาหารที่มีไขมันสูง อุปสรรคนี้อาจเป็นเรื่องจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจในการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรม ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของบุคคลนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ (ศิริพร

ข้ามภลิจิต และประภาพร จินันทุยา 2545: 27; Pender, Murdaugh and Parsons, 2011: 53) สรุปได้ว่า 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) สรุปได้ว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นภายนอกหรือภายใน ที่เร่งให้เกิด การแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำที่เหมาะสมออกมา สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติภายใน ได้แก่ การ รับรู้สภาวะทางร่างกาย อาการไม่สุขสบาย ความรู้สึกเมื่อขี้ส่ำ การระลึกได้ถึงสภาวะการณ์ของบุคคล ที่ใกล้ชิดซึ่งเป็นโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติภายนอก ได้แก่ สื่อสารมวลชน คำแนะนำจากผู้อื่น ไปสเตอร์ บทความจากหนังสือหรือเอกสารต่างๆ ไปรษณียบัตรเตือนความจำจากบุคลากรทาง การแพทย์ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติจะต้องมีอย่างเพียงพอจึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมได้

เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตัวเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรง บุคคลจะรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค จึงมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมปกป้องสุขภาพหรือ ป้องกันโรค โดยเฉพาะเมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรม และรับรู้ว่ามี อุปสรรคหรือมีอุปสรรคน้อย ถ้าประโยชน์มากกว่าอุปสรรค โอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นจะมาก ขึ้น แต่ถ้าอุปสรรคมากกว่าประโยชน์ โอกาสแสดงพฤติกรรมจะน้อยลง ถ้าหากได้รับสิ่งชักนำให้ เกิดการปฏิบัติที่เพียงพอ ก็จะเกิดพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ

3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล

การบริหารอัตรากำลังทางการพยาบาล เพื่อกระจายบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานที่มีอยู่ และจัดอัตรากำลังสำรองเมื่อเกิดภาวะวิกฤติเร่งด่วน เป็นการทำงานเชิงรุกเช่นเดียวกับพฤติกรรมปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปกป้องสุขภาพของตนเอง หรือหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ทั้งนี้เนื่องจากภาวะขาดแคลนจะทำให้พยาบาลมีปัญหาด้านสุขภาพหรือโรคได้จากการปฏิบัติงานที่มากเกินไป ส่งผลให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตไม่ดี มีผู้นำแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการบริหารอื่นๆ เช่น พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมของหัวหน้าหอผู้ป่วย สถานบริการสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น และภาสินี ตั้งสฤติย์ (2555) นำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเครือข่ายประกันการศึกษาพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยศึกษาเฉพาะการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาล เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ โดยเชื่อว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล เพื่อให้มีอัตรากำลังที่เพียงพอทั้งจำนวนความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทั้งในภาวะปกติและเร่งด่วน ความสัมพันธ์ของการรับรู้แต่ละด้านกับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลมีดังนี้

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 กับพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล แต่มีการศึกษาของ พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง

(2554: 50-51) พบว่า การรับรู้โอกาสเกิดความเลื่องด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.16$)

3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าภาวะขาดแคลนพยาบาลจะมีความรุนแรง หรือจะก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นความยุ่งยากรุนแรง ทั้งต่อร่างกาย อารมณ์ หน้าที่ ชีวิต และฐานะทางสังคม ถ้าบุคคลรับรู้ภาวะขาดแคลนพยาบาล ก่อให้เกิดความรุนแรง หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล มากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง บุคคลจะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ผลกระทบของภาวะขาดแคลนพยาบาลมี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ทำให้มีสุขภาพไม่ดี เสียขวัญ เสียกำลังใจ มีความเครียดในการทำงาน ทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ตามขอบเขตความรับผิดชอบ ชีวิตไม่สมดุลเพราะต้องทำงานมากขึ้น ถูกฟ้องร้องจากการทำงานผิดพลาด เกิดความท้อแท้ ทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมบกพร่องหรือไม่ครบถ้วน ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว ระดับหอผู้ป่วย เมื่อบุคลากรทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุตามเป้าหมาย การทำงานมีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ ระดับโรงพยาบาล เมื่องานไม่มีคุณภาพ ทำให้ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ เกิดการร้องเรียน ทำให้เสียชื่อเสียง หากบุคลากรลาออก โรงพยาบาลจะเสียค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศ ฝึกอบรม และพัฒนาพยาบาลใหม่ รวมทั้งขาดแคลนพยาบาลดูแลผู้ป่วย การศึกษาของ พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง (2554: 50-51) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.26$)

3.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อประสิทธิผลหรือประโยชน์ของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ที่จะนำไปสู่ผลทางบวกในการลดภาวะคุกคามของภาวะขาดแคลนพยาบาล ทั้งในด้านการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดแคลนพยาบาล ลดความรุนแรงของภาวะขาดแคลนพยาบาล และลดปัญหาอื่นๆ ที่จะเกิดตามมาจากภาวะขาดแคลนพยาบาล บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในทางบวก โดยคาดหวังถึงประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ทำให้มีความรู้สึกชื่นชอบและมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติ มีความกระตือรือร้นในการทำงาน มีความมุ่งมั่นในการทำงาน อุทิศตนให้กับงาน มีแรงจูงใจในการทำงาน ระดับหอผู้ป่วย งานมีคุณภาพ และระดับโรงพยาบาล ได้รับรางวัลต่างๆ และมีชื่อเสียง การบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาลจะทำให้มีบุคลากรเพียงพอ 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 และการรับรู้อุปสรรคของการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล 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 (กาญจนา จันทน์ไทย 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)

ทุติยภูมิ (Second Medical Care) และตติยภูมิ (Tertiary Medical Care) โดยให้บริการผสมผสาน
 ฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่ง
 ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการ
 รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ และยังให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง และพื้นที่ที่ได้รับ
 มอบหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2) ให้การศึกษาฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่ำกว่า และสูงกว่า
 ปริญญาตรีภายในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนการให้บริการฝึกอบรมแก่ประชาชนให้มี
 ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย

3) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการวิจัยด้านสาธารณสุข เพื่อวิเคราะห์และ
 แก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนทั้ง
 ชาตมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

4) ให้การสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุขในระดับรอง คือ ระดับอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน

4.3 การจัดแบ่งงานของโรงพยาบาลทั่วไป

การจัดแบ่งงานของโรงพยาบาลทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (กองโรงพยาบาล ภูมิภาค 2543) ดังนี้

4.3.1 กลุ่มบริหารจัดการ ประกอบด้วย งานที่เป็นส่วนช่วยสนับสนุนให้งานของกลุ่มเทคนิคเฉพาะทางและกลุ่มอื่นๆ 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 หาญรังษี (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)

กฤษฎา แสงวดี (2550) ศึกษาสถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายอุปทานกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศ ในด้านโครงสร้างและขนาดของกำลังคน 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 แสงดี (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

กฤษฎา แสงวดี เดือนเพ็ญ ชีววรรณวิวัฒน์ วิจิต ห่อจิรชนห์กุล 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) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในเครือข่ายประกันสุขภาพ โดยมิต้องประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความคิดและอารมณ์ต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ และอิทธิพลของคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความคิดและอารมณ์ต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพต่อพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ 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 พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ความรู้สึกที่มีต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และการรับรู้อุปสรรคของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยรวม ได้ร้อยละ 86.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วรรณภา ประไพพานิช สุปานิ เสนาคิสัย และยุวดี ภาษา (2550) ศึกษาการคงอยู่ของ พยาบาลในสถานบริการสุขภาพของรัฐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ และลาออกของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับในเขตเมืองและชนบท และ สัมเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายในการสร้างแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งบุคลากรพยาบาลในภาครัฐ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 81 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่าง จากรายชื่อสถานบริการสุขภาพ โดยเป็นตัวแทนของทุกระดับการบริการสุขภาพและสังกัด และทุก ภูมิภาค เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกของพยาบาล ได้แก่ สถานภาพการว่างงานไม่เป็นข้าราชการ ภาระงานที่ไม่เหมาะสม ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ น้อย สภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมทั้งอุปกรณ์สนับสนุนไม่เหมาะสม ไม่ปลอดภัย ความเครียด จากการทำงาน ขาดความก้าวหน้าในงานและการศึกษาต่อ ความไม่ยุติธรรมในการบริหาร การ ทำงานเวรในช่วงบ่ายและช่วงดึก ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ที่แตกต่างกันจากปัจจัยลาออกได้แก่ ความรู้สึกว่างานมีคุณค่าได้ช่วยเหลือผู้ป่วย ได้รับการยกย่อง ยอมรับ ความมีอิสระในการทำงาน ภายใต้อุปเขตวิชาชีพ 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 ด้านความรู้สึกลึก

อัญชิสา อยู่สบาย (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการ ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 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 ระดับการศึกษา ปริญญาตรี 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) ศึกษาการบริหารอัตราากำลังภายในความขาดแคลนพยาบาลของโรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปด้านอัตราากำลังพยาบาล วิเคราะห์อัตราากำลังพยาบาลที่ควรจะเป็นในแต่ละหน่วยงาน และจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลให้แต่ละหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติการ จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า อัตราากำลังพยาบาลที่มีอยู่จริง 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 หน่วยผู้ป่วยในที่ 2 หน่วยผู้ป่วยในที่ 4 และหน่วยผู้ป่วยในที่ 5 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน พบว่า การปฏิบัติงานมีความคล่องตัวมากขึ้น แต่ภาระงานมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลกำลังขยายขนาดเพิ่ม และมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่ม การจัดสรรที่ได้ส่วนมากแทนอัตราที่กำลังหายไป ได้เพิ่มเพียงส่วนน้อย แต่มีผลทำให้ด้านการจัดเวรทำงานและการเรียกอัตรากำลังเสริมในการปฏิบัติงานมีความคล่องตัวมากขึ้น การจัดสรรอัตรากำลังครั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเหมาะสมกับสถานการณ์ และได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังในโอกาสต่อไปได้ด้วย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหาร

ระดับสูง คือ ควรจัดสรรบุคลากรด้านการพยาบาลให้เหมาะสมกับขนาดและภาระงานของโรงพยาบาลรวมถึงจำนวนประชากรที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลด้วย จะส่งผลให้โรงพยาบาลมีคุณภาพ ผู้รับบริการปลอดภัยและมีความพึงพอใจ

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

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะขาดแคลนพยาบาลกำลังคนทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มต่างๆ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยง แต่ไม่มีผู้ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารจัดการภาวะขาดแคลนพยาบาล