

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษารวบรวมการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลวิชาชีพตามแนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford) และเพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางแก้ไขการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ การวิจัยนี้ได้นำเสนอผลการวิจัยข้อมูลดังนี้

ความหมายคำย่อ PCU หมายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งส่วนของโรงพยาบาลและที่สถานีอนามัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ตาราง 5-7)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการวางแผนแบบการจัดอัตรากำลังหน่วยบริการปฐมภูมิและการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน (ตาราง 8-11)

ส่วนที่ 3 การแก้ไขปัญหาการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ (ตาราง 12)

ส่วนที่ 4 องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ในการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด อายุราชการ การจัดหน่วยบริการ และกลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการดังตาราง 5-7

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนราย (N=113)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	6.2
หญิง	106	93.8
อายุ (ปี)		
30-40	56	49.6
41-50	54	47.7
51-60	3	2.7
ค่าเฉลี่ยอายุ = 40.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.9		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	92	81.4
ปริญญาโท	20	17.7
อนุปริญญาพยาบาลสาธารณสุข	1	.9
ตำแหน่ง		
หัวหน้าพยาบาล	79	69.9
นักวิชาการสาธารณสุข	5	4.4
พยาบาลประจำการ / ผอก.	29	25.7
สังกัดหน่วยงาน		
กลุ่มงานการพยาบาล	83	73.5
เวชปฏิบัติครอบครัว	25	22.1
บริหาร/ แพทย์	5	4.4
อายุราชการ		
1- 10 ปี	7	6.2
11-20 ปี	73	64.6
21-30 ปี	30	26.5
31-40 ปี	3	2.7
ค่าเฉลี่ยอายุราชการ = 18.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.9		

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง (ร้อยละ 93.8) มีอายุอยู่ในช่วงใกล้เคียงกันคือระหว่าง 30-40 ปี (ร้อยละ 49.6) และอายุระหว่าง

41-50 ปี (ร้อยละ 47.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 40.9 ปี สำหรับระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 81.4) หน้าที่ความรับผิดชอบในโรงพยาบาลส่วนมากดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (ร้อยละ 69.9) สังกัดหน่วยงานกลุ่มงานการพยาบาล (ร้อยละ 73.5) รองลงมาสังกัดหน่วยงานเวชปฏิบัติครอบครัว (ร้อยละ 22.1) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งรับราชการนาน 11-20 ปี (ร้อยละ 64.6) มีอายุราชการเฉลี่ย 18.3 ปี

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล (เตียง) และการจัดบริการปฐมภูมิ

การจัดบริการปฐมภูมิ	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)				รวม N (%)
	10	30	60	>60	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
จำนวนโรงพยาบาลชุมชน	14 (12.4)	75 (66.4)	16 (14.2)	8 (7.1)	113 (100)
โรงพยาบาลมี PCU หลัก (แห่ง)					
ไม่มี	2 (1.8)	3 (2.7)	0(0.0)	0(0.0)	5 (4.5)
≤ 5 แห่ง	12 (10.6)	66 (58.4)	15 (13.3)	5 (4.4)	98 (86.7)
> 5 แห่ง	0(0.0)	6 (5.3)	1 (0.9)	3 (2.7)	10 (8.8)
ค่าเฉลี่ย = 2.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.17					
การเปิดให้บริการ PCU ที่โรงพยาบาล					
ไม่ได้เปิด	5 (4.4)	11 (9.7)	0(0.0)	2 (1.8)	18 (15.9)
1 ปี	4 (3.5)	18 (15.9)	6 (5.3)	0(0.0)	28 (24.8)
2 ปี	5 (4.4)	42 (37.2)	10 (8.8)	4 (3.5)	61 (54.0)
≥ 3 ปี	0(0.0)	4 (3.5)	0(0.0)	2 (1.8)	6 (5.3)
ค่าเฉลี่ย = 1.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.96					
การเปิดให้บริการ PCU ที่สถานีนอนมัย (N=110)					
ไม่ได้เปิด	0(0.0)	2 (1.8)	1 (0.9)	0(0.0)	3 (2.7)
1 ปี	4 (3.6)	15 (13.6)	8 (7.3)	1 (0.9)	28 (25.5)
2 ปี	9 (8.2)	49 (44.5)	7 (6.4)	4 (3.6)	69 (62.7)
3 ปี	1 (0.9)	6 (5.5)	0(0.0)	3 (2.7)	10 (9.1)
ค่าเฉลี่ย = 1.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.64					

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีมากที่สุด (ร้อยละ 66.4) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง (ร้อยละ 14.2)

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ส่วนใหญ่(ร้อยละ10.6) มีการจัดให้บริการ PCU น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 แห่ง โดยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงเปิดให้บริการ PCU ที่โรงพยาบาล มาเป็นเวลา 2 ปี จำนวนเท่าๆกันกับที่ไม่ได้เปิดให้บริการ PCU (ร้อยละ 4.4) ส่วนการเปิดให้บริการ PCU ที่สถานอนามัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 8.2) ระยะเวลาเปิดให้บริการมาประมาณ 2 ปี

โรงพยาบาลขนาด 30 เตียงส่วนใหญ่มีการจัดให้บริการ PCU หลักเท่ากับหรือน้อยกว่า 5 แห่ง (ร้อยละ 58.4) โดยประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 37.2) เปิดให้บริการ PCU ที่โรงพยาบาล มาเป็นเวลา 2 ปี ส่วนการเปิดให้บริการ PCU ที่สถานอนามัยที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.5) เปิดให้บริการมาประมาณ 2 ปีเช่นเดียวกัน

โรงพยาบาลขนาด 60 เตียงส่วนใหญ่มีการจัดให้บริการ PCU หลักเท่ากับหรือน้อยกว่า 5 แห่ง (ร้อยละ 13.3) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 8.8) เปิดให้บริการ PCUที่โรงพยาบาล มาเป็นเวลา 2 ปี ส่วนการเปิดให้บริการ PCU ที่สถานอนามัยที่รับผิดชอบส่วนใหญ่(ร้อยละ 7.3) เปิดให้บริการ มาประมาณ 1 ปี

ส่วนโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 60 เตียงส่วนใหญ่มีการจัดให้บริการ PCU หลักเท่ากับหรือน้อยกว่า 5 แห่ง (ร้อยละ 4.4) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 3.5) เปิดให้บริการ PCUที่โรงพยาบาล มาเป็นเวลา 2 ปี ส่วนการเปิดให้บริการ PCU ที่สถานอนามัยที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 3.6) ระยะเวลาเปิดให้บริการมาประมาณ 2 ปี

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล (เตียง) และกลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ

กลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)				รวม N (%)
	10	30	60	>60	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
ประชากร					
< 10,000 คน	1 (0.9)	4 (3.7)	0(0.0)	0(0.0)	5 (4.6)
10,000 - 50,000 คน	13 (12.0)	46 (42.6)	5 (4.6)	0(0.0)	64 (59.3)
50,001 - 100,000 คน	0(0.0)	20 (18.5)	10 (9.3)	6 (5.6)	36 (33.3)
> 100,000 คน	0(0.0)	1 (0.9)	1 (0.9)	1 (0.9)	3 (2.8)
ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก					
≤ 100 คน	11 (9.9)	13 (11.7)	0(0.0)	0(0.0)	24 (21.6)
101 - 200 คน	3 (2.7)	46 (41.4)	2 (1.8)	2 (1.8)	53 (47.7)
201 - 300 คน	0(0.0)	15 (13.5)	10 (9.0)	1 (0.9)	26 (23.4)
≥ 301 คน	0(0.0)	0(0.0)	4 (3.6)	4 (3.6)	8 (7.2)
ผู้รับบริการผู้ป่วยใน					
≤ 15 คน	11 (9.7)	26 (23.0)	0(0.0)	0(0.0)	37 (32.7)
16 - 30 คน	1 (0.9)	30 (26.5)	3 (2.7)	2 (1.8)	36 (31.9)
31 - 45 คน	0(0.0)	16 (14.2)	5 (4.4)	1 (0.9)	22 (19.5)
> 45 คน	2 (1.8)	3 (2.7)	8 (7.1)	5 (4.4)	18 (15.9)
ผู้รับบริการที่ PCU หลัก เฉลี่ย / เดือน					
1 - 1,000 คน	12 (10.6)	39 (34.5)	8 (7.1)	4 (3.5)	63 (55.8)
1,001 - 2,000 คน	0(0.0)	23 (20.4)	4 (3.5)	4 (3.5)	31 (27.4)
2,001 - 3,000 คน	0(0.0)	5 (4.4)	1 (0.9)	0(0.0)	6 (5.3)
ไม่ทราบ	0(0.0)	6 (5.3)	3 (2.7)	0(0.0)	9 (8.0)
ไม่มี PCU หลัก	2 (1.8)	2 (1.8)	0(0.0)	0(0.0)	4 (3.5)
จำนวนผู้รับบริการที่ PCU รอง เฉลี่ย / เดือน					
1 - 1,000 คน	9 (8.0)	45 (39.8)	8 (7.1)	5 (4.4)	67 (59.3)
1,001 - 2,000	1 (0.9)	5 (4.4)	1 (0.9)	1 (0.9)	8 (7.1)
ไม่มี PCUรอง	4 (3.5)	19 (16.8)	5 (4.4)	1 (0.9)	29 (25.6)
ไม่ทราบ	0(0.0)	6 (5.3)	2 (1.8)	1 (0.9)	9 (8.0)

จากตาราง 7 พบว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงส่วนใหญ่มีกลุ่มเป้าหมายที่ให้บริการ 10,000 - 50,000 คน (ร้อยละ 12) ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ก็เช่นเดียวกันส่วนใหญ่ ให้บริการประชาชนโดยมีจำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายอยู่ระหว่าง 10,000 - 50,000 คน เช่นกัน (ร้อยละ 42.6) ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการประชาชนกลุ่มเป้าหมายอยู่ระหว่าง 50,001 - 100,000 คน (ร้อยละ 9.3) และโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดมากกว่า 60 เตียง ให้บริการประชาชนกลุ่มเป้าหมายอยู่ระหว่าง 50,001 - 100,000 คน (ร้อยละ 5.6) เช่นเดียวกัน

ในการให้บริการมีผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงมีผู้รับบริการผู้ป่วยนอกน้อยกว่า 100 คน / วัน (ร้อยละ 9.9) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก 101 - 200 คน / วันมากที่สุด (ร้อยละ 41.4) ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก 201- 300 คนต่อวันมากที่สุด (ร้อยละ 9.0) และโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดมากกว่า 60 เตียง มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกมากกว่า 301 คน / วันมากที่สุด (ร้อยละ 3.6)

สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาด 10 เตียงมีผู้มาขอรับบริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คน / วันมากที่สุด (ร้อยละ 9.7) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมีผู้มารับบริการผู้ป่วยใน 16 - 30 คนมากที่สุด (ร้อยละ 26.5) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มากกว่า 60 เตียง มีผู้มารับบริการผู้ป่วยในมากกว่า 45 คนมากที่สุด (ร้อยละ 7.1 และ 4.4 ตามลำดับ)

ส่วนจำนวนผู้รับบริการที่ PCU หลักโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง เฉลี่ยต่อเดือน 1 - 1,000 คนคิดเป็น (ร้อยละ 10.6) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงผู้รับบริการที่ PCU หลัก ส่วนใหญ่ เฉลี่ยต่อเดือน 1 - 1,000 คนเช่นเดียวกันคิดเป็น (ร้อยละ 34.5) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ผู้รับบริการที่ PCU หลักส่วนใหญ่ เฉลี่ยต่อเดือน 1 - 1,000 คนเช่นเดียวกันคิดเป็น (ร้อยละ 7.1) ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 60 เตียงผู้รับบริการที่ PCU หลักระหว่าง 1 - 1,000 คน กับ 1,001 - 2,000 คนพอๆกัน (ร้อยละ 3.5)

ในการให้บริการที่ PCU รอง ผู้มารับบริการที่ PCU รองโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง เฉลี่ยต่อเดือน 1 - 1,000 คนมากที่สุด (ร้อยละ 8.0) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้มารับบริการที่ PCU รองเฉลี่ยต่อเดือน 1 - 1,000 คนมากที่สุด (ร้อยละ 39.8) ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และมากกว่า 60 เตียงมีผู้มารับบริการที่ PCU รองเฉลี่ยต่อเดือน 1 - 1,000 คนมากที่สุด (ร้อยละ 7.1 และ 4.4 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการวางแผนแบบการจัดอัตรากำลังหน่วยบริการปฐมภูมิและการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยแนวทางการวางแผนการจัดอัตรากำลัง อัตรากำลังที่มีอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน สัดส่วนงานของพยาบาลวิชาชีพ และบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน (PCU) ตาราง 8-11

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล (เตียง) และแนวทางการวางแผนการจัดอัตรากำลัง

แนวทางการวางแผนจัดอัตรากำลัง	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)				รวม N (%)
	10	30	60	>60	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
หลักการวางแผนการจัดอัตรากำลังบุคลากร					
พยาบาลวิชาชีพในการให้บริการใน PCU					
จัดอัตราโดยอิสระ	2 (1.8)	8 (7.1)	0(0.0)	1 (0.9)	11 (9.7)
จัดอัตรากำลังตามคำสั่ง	2 (1.8)	11 (9.7)	3 (2.7)	1 (0.9)	17 (15.0)
จัดอัตรากำลังตามข้อตกลงกระทรวง	2 (1.8)	16 (14.2)	5 (4.4)	1 (0.9)	24 (21.3)
สาธารณสุข					
จัดอัตรากำลังโดยมีคณะกรรมการ	7 (6.2)	36 (31.9)	7 (6.2)	5 (4.4)	55 (48.7)
ตามอัตรากำลังที่มี / ปริมาณงาน / ตำแหน่ง	1 (0.9)	4 (3.5)	1 (0.9)	0(0.0)	6 (5.3)
การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลครบ					
จัดอัตรากำลังครบทุก PCU	8 (7.1)	50 (44.2)	7 (6.2)	5 (4.4)	70 (61.9)
จัดอัตรากำลังไม่ครบทุก PCU	6 (5.3)	25 (22.1)	9 (8.0)	3 (2.7)	43 (38.1)
การจัดอัตราตามกำลังสัดส่วนของประชากรใน PCU					
น้อยกว่า 1 : 5,000	8 (7.1)	25 (22.1)	5 (4.4)	4 (2.7)	41 (36.3)
1 : 5,000	4 (3.5)	35 (31.0)	9 (8.0)	1 (0.9)	49 (43.4)
มากกว่า 1 : 5000	1 (0.9)	7 (6.2)	0(0.0)	2 (1.8)	10 (8.8)
พยาบาลวิชาชีพ 1 คน/ PCU	1 (0.9)	8 (7.1)	2 (1.8)	2 (1.8)	13 (11.5)

ตาราง 8 (ต่อ)

แนวทางการวางแผนจัดอัตรากำลัง	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)				รวม N (%)
	10 N (%)	30 N (%)	60 N (%)	>60 N (%)	
ความเพียงพอของอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ					
ที่จัดใน PCU (N=112)					
ไม่เพียงพอ	6 (5.4)	40 (35.7)	7 (6.3)	7 (6.3)	60 (53.6)
เพียงพอ	8 (7.1)	34 (30.4)	9 (8.0)	1 (0.9)	52 (46.4)
ปัญหาในการวางแผน การจัดอัตรากำลัง					
พยาบาลวิชาชีพ					
ไม่มี	3 (2.7)	21 (18.6)	2 (1.8)	1 (0.9)	27 (23.9)
มี	11 (9.8)	54 (47.7)	14 (12.4)	7 (6.2)	86 (76.1)
- ด้านผู้บริหาร	2 (1.8)	10 (8.8)	2 (1.8)	0(0.0)	14 (12.4)
- ด้านบุคลากร	9 (8.0)	44 (38.9)	12 (10.6)	7 (6.2)	72 (63.7)
ปัญหาเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังพยาบาล					
วิชาชีพใน PCU					
ไม่มี	4 (3.5)	10 (8.8)	2 (1.8)	0(0.0)	16 (14.2)
มี	10 (8.8)	65 (57.5)	14 (12.4)	8 (7.1)	97 (85.8)
จำนวนพยาบาลวิชาชีพ (ที่ปฏิบัติงานจริงใน					
PCU)					
1 คน	12 (10.6)	43 (38.1)	7 (6.2)	4 (3.5)	66 (58.4)
2 คน	2 (1.8)	23 (20.4)	7 (6.2)	3 (2.7)	35 (31.0)
3 คน	0(0.0)	1 (0.9)	1 (0.9)	0(0.0)	2 (1.8)
> 3 คน	0(0.0)	8 (7.12)	1 (0.9)	1 (0.9)	10 (8.8)
ความต้องการจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ไป					
ปฏิบัติงานใน PCU (N=112)					
1 คน	12 (10.7)	31 (27.7)	6 (5.4)	0(0.0)	49 (43.8)
2 คน	2 (1.8)	29 (25.9)	6 (5.4)	7 (6.3)	44 (39.3)
3 คน	0(0.0)	5 (4.5)	0(0.0)	0(0.0)	5 (4.5)
> 3 คน	0(0.0)	3 (2.7)	0(0.0)	1 (0.9)	4 (3.6)
ไม่ต้องการ	0(0.0)	6 (5.4)	4 (3.6)	0(0.0)	10 (8.9)

จากตาราง 8 พบว่า ส่วนใหญ่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง 30 เตียง 60 เตียง และมากกว่า 60 เตียงมี การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ ในการให้บริการใน PCU โดยมี คณะกรรมการในการพิจารณา (ร้อยละ 6.2, 31.9, 6.2, และ 4.4 ตามลำดับ)

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง 30 เตียง หรือมากกว่า 60 เตียง ส่วนใหญ่มีการจัด อัตรากำลังบุคลากรพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการที่ PCU ครอบคลุม PCU (ร้อยละ 7.1, 44.2, และ 4.4 ตามลำดับ) แต่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการที่ PCU ไม่ครอบคลุม PCU (ร้อยละ 8.0)

ในการจัดอัตรากำลังด้วยวิธีใช้สัดส่วนของประชากรพบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ส่วนใหญ่จัดพยาบาลวิชาชีพต่อประชากรน้อยกว่า 1 : 5000 มากที่สุด (ร้อยละ 7.1) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ส่วนใหญ่จัดพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 5000 มากที่สุด (ร้อยละ 31.0) สำหรับโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ส่วนใหญ่จัดพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1 : 5000 มากที่สุด (ร้อยละ 8.0) โรงพยาบาลชุมชนขนาด มากกว่า 60 เตียง ส่วนใหญ่จัดพยาบาล วิชาชีพต่อประชากรน้อยกว่า 1 : 5000 มากที่สุด (ร้อยละ 2.7)

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงส่วนมากมีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU เพียงพอแต่มีปัญหาในการวางแผนและการจัดอัตรากำลังใน PCU ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียงส่วนมาก (ร้อยละ 35.7) มีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU ไม่เพียงพอและมี ปัญหาในการวางแผนและการจัดอัตรากำลังใน PCU ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU เพียงพอแต่มีปัญหาในการวางแผนและการจัด อัตรากำลังใน PCU และโรงพยาบาลชุมชนขนาด มากกว่า 60 เตียงมีการจัดอัตรากำลังพยาบาล วิชาชีพใน PCU ไม่เพียงพอและมีปัญหาในการวางแผนและการจัดอัตรากำลังใน PCU เช่นกัน

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่จริงเพียง 1 คนมากที่สุด (ร้อยละ 10.6) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่จริงเพียง 1 คน มากที่สุดเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 38.1) ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงมีพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานอยู่จริงเพียง 1 คนและ 2 คนเท่าๆกัน (ร้อยละ 6.2) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดมากกว่า 60 เตียงส่วนใหญ่มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่จริงเพียง 1 คน (ร้อยละ 3.5)

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพให้ไปปฏิบัติงานที่ หน่วย PCU โดยต้องการพยาบาล 1 คนมากที่สุด (ร้อยละ 10.7) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมี ความต้องการพยาบาลวิชาชีพให้ไปปฏิบัติงานที่หน่วย PCU โดยต้องการพยาบาล 1 คนมากที่สุด (ร้อยละ 27.7) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพให้ไปปฏิบัติงาน ที่หน่วย PCU โดยต้องการพยาบาล 1 คน และ 2 คน มีจำนวนเท่าๆกัน (ร้อยละ 5.4) ส่วน

โรงพยาบาลชุมชนขนาดมากกว่า 60 เตียงมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพให้ไปปฏิบัติงานที่หน่วย PCU โดยต้องการพยาบาล 2 คน (ร้อยละ 6.3)

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล (เตียง) และอัตรากำลังที่มีอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน

อัตรากำลังในโรงพยาบาลชุมชน	ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)				รวม N (%)
	10	30	60	>60	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
แพทย์					
1 คน	3 (2.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3 (2.7)
2 คน	10 (8.8)	24 (21.2)	0(0.0)	0(0.0)	34 (30.1)
3 คน	1 (0.9)	29 (25.7)	2 (1.8)	0(0.0)	32 (28.3)
4 คน	0(0.0)	18 (15.9)	6 (5.3)	2 (1.8)	26 (23.0)
5 คน	0(0.0)	4 (3.5)	3 (2.7)	1 (0.9)	8 (7.1)
> 5 คน	0(0.0)	0(0.0)	5 (4.4)	5 (4.4)	10 (8.8)
พยาบาลวิชาชีพ *					
1-34 คน	14 (12.4)	58 (51.3)	2 (1.8)	0(0.0)	74 (65.5)
35-56 คน	0(0.0)	17 (15.0)	13 (11.5)	2 (1.8)	32 (28.3)
57-69 คน	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4 (3.5)	4 (3.5)
> 69 คน	0(0.0)	0(0.0)	1 (0.9)	2 (1.8)	3 (2.7)
พยาบาลเทคนิค *					
1-11 คน	14 (12.4)	59(52.2)	9 (8.0)	4 (3.5)	86 (76.1)
12-19 คน	0(0.0)	15 (13.3)	5 (4.4)	3 (2.7)	23 (20.4)
20-26 คน	0(0.0)	1 (0.9)	2 (1.8)	1 (0.9)	4 (3.5)

*ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545

1. โรงพยาบาลชุมชน 10 - 30 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ 35 คน พยาบาลเทคนิค 12
2. โรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ 57 คน พยาบาลเทคนิค 20
3. โรงพยาบาลชุมชน 90 มีพยาบาลวิชาชีพ 70 คน พยาบาลเทคนิค 27
4. โรงพยาบาลชุมชน 120 มีพยาบาลวิชาชีพ 87 คน พยาบาลเทคนิค 33

จากตาราง 9 พบว่า โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีแพทย์ ประจำอยู่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 คนมากที่สุด (ร้อยละ 30.1) รองลงมามีแพทย์อยู่จำนวน 3 คน (ร้อยละ 28.3) มีแพทย์อยู่ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 23.0) มีแพทย์อยู่จำนวน 5 คน (ร้อยละ 7.1) และมีแพทย์อยู่จำนวนมากกว่า 5 คน (ร้อยละ 8.8) ซึ่งถ้าแบ่งตามขนาดโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง 30 เตียง 60 เตียง และมากกว่า 60 เตียงโดยมากมีแพทย์ จำนวน 2 คนจำนวน 3 คนจำนวน 4 คน และ มากกว่า 5 คน ตามลำดับ

สำหรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 12.4) มี จำนวนพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่า 35 คนเช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.3) มีพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่า 35 คน เช่นกัน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีจำนวน พยาบาลวิชาชีพระหว่าง 35 - 56 คนมากที่สุด (ร้อยละ 11.5) และโรงพยาบาลชุมชนขนาด มากกว่า 60 เตียง มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพระหว่าง 57 - 69 คนมากที่สุด (ร้อยละ 3.5)

ส่วนใหญ่พยาบาลเทคนิคโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงมีจำนวน 1 - 11 คน มากที่สุด (ร้อยละ 12.4, 52.2 และ 8.0 ตามลำดับ) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดมากกว่า 60 เตียง มีพยาบาลเทคนิคจำนวน 1 - 11 คน มากที่สุดเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 3.5)

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัดส่วนงานของ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติใน PCU ตามข้อกำหนด ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

สัดส่วนงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU ตามข้อกำหนด WHO (1996)อ้างตามกองการพยาบาล2545	เห็นด้วย N (%)	ไม่เห็นด้วย N (%)
ให้การดูแลผสมผสานสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอายุ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 40	105 (92.9)	8 (7.1)
การจัดกิจกรรมให้ความรู้/ การปรึกษาด้านสุขภาพ ที่ต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูง ร้อยละ 10	101 (89.4)	12 (10.6)
การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง หรือครอบครัวที่มีปัญหา ซ้ำซ้อน ร้อยละ 30	107 (94.7)	6 (5.3)
ให้การดูแลสุขภาพเด็กในโรงเรียนหรือดูแลสุขภาพ ประชากรวัยแรงงานในโรงงาน ร้อยละ 10	105 (92.9)	8 (7.1)
การทำงานบริหารจัดการประสานงาน นิเทศ กำกับ คุณภาพ ร้อยละ 10	106 (93.8)	7 (6.2)

จากตาราง 10 สัดส่วนงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU ตามข้อกำหนด WHO (1996) เห็นด้วยทางด้าน การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังหรือครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนมากที่สุด (ร้อยละ 94.7) รองลงมาคือ การบริหารจัดการประสานงาน นิเทศ กำกับคุณภาพ (ร้อยละ 93.8)

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU แต่ละด้าน

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน PCU แต่ละด้าน	ร้อยละของการมีบทบาทในแต่ละด้าน			
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1 - 25% N (%)	26 - 50 % N (%)	51 - 75% N (%)	76 - 100% N (%)
1. ร่วมรับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชาชน	34 (30.1)	61 (54.0)	8 (7.1)	10 (8.8)
2. ร่วมวางแผนพัฒนาขีดความสามารถของ หน่วย บริการ	75 (66.4)	25 (22.1)	7 (6.2)	6 (5.3)
3. ร่วมเป็นทีมให้บริการด้านต่างๆในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ	71 (62.8)	26 (23.0)	5 (4.5)	11 (9.7)
4. ดูแลมาตรฐานบริการทางด้านการพยาบาล	54 (47.8)	37 (32.7)	5 (4.5)	17 (15.0)

จากตาราง 11 พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU มีบทบาทในการร่วมวางแผนพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยบริการน้อย (ร้อยละ 66.4) รองลงมาคือร่วมเป็นทีมให้บริการด้านต่างๆในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 62.8)

นอกจากนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีการเตรียมความรู้ด้านทักษะวิชาชีพ ด้านคลินิกบริการ ด้านชุมชนให้กับพยาบาลก่อนที่จะปฏิบัติงานใน PCU และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU จะเป็นเรื่องของระบบบริหารงานในหน่วยงานกับค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 การแก้ไขปัญหาการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ (ตาราง 12)

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการแก้ไขปัญหาการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU

การแก้ไขปัญหา *	จำนวน (N=113)	ร้อยละ	อันดับที่
การการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU			
1. ให้นุคลากรแสดงความจำนงที่จะปฏิบัติงานที่ PCU	57	50.4	1
2. ให้ PCU หลักมีพยาบาลวิชาชีพประจำ 1 คน	55	48.7	2
3. พิจารณาผู้ที่สำเร็จการศึกษามีความเต็มใจที่จะปฏิบัติงาน PCU และมีความเข้าใจในงานดี	46	40.7	3
4. ใช้การจัดอัตรากำลังเฉลี่ยกับบุคลากรใน PCU	26	23.0	
5. การจัดสรรอัตรากำลังยึดบุคลากรในพื้นที่เป็นหลัก	26	23.0	
6. จัดให้พยาบาลอยู่ประจำ PCU หลัก ส่วน PCU รอง จัดพยาบาลหมุนเวียนไป 1 /คน / วัน / สัปดาห์	22	19.5	
7. จัดพยาบาลเฉพาะ PCU หลัก / การพิจารณาความดีความชอบ ฯลฯ	17	15.0	

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากตาราง 12 พบว่าวิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU 3 อันดับแรก คือ ให้นุคลากรแสดงความจำนงที่จะปฏิบัติงานที่ PCU (ร้อยละ 50.4) ให้ PCU หลักมีพยาบาลวิชาชีพประจำ 1 คน (ร้อยละ 48.7) และพิจารณาให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาที่มีความเต็มใจและมีความเข้าใจในงานดีมาปฏิบัติงานที่ PCU (ร้อยละ 40.7) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

การวิเคราะห์องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อตรวจสอบยืนยันในเชิงประจักษ์ว่า องค์ประกอบที่กำหนดไว้เป็นไปตามทฤษฎีหรือไม่ โดยใช้โปรแกรม LISREL ค่าสถิติที่ใช้วัดความสอดคล้อง (goodness of fit) คือ ค่าสถิติ Chi-Square ค่าสถิติ Goodness of Fit Index (GFI) ค่าสถิติ Root Mean Square Residual (RMR) ค่าสถิติ Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) ค่าสถิติ Non-Normed Fit Index (NNFI) ค่าสถิติ Parsimony Normed Fit Index (PNFI) ค่าสถิติ Normed Fit Index (NFI) ค่าสถิติ Comparative Fit Index (CFI) ค่าสถิติ Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2546 อ้างตาม Joreskog and Sorbom, 1993) โดยใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์ ดังตาราง 13

ตาราง 13 เกณฑ์ค่าสถิติวัดระดับความกลมกลืน และการแปรผลของข้อมูลเชิงประจักษ์ ก่อนและหลังปรับโมเดล

ค่าสถิติวัดความสอดคล้อง	เกณฑ์ระดับ ความสอดคล้องทางสถิติ	ข้อมูลเชิงประจักษ์ ก่อนปรับโมเดล		ข้อมูลเชิงประจักษ์ หลังปรับโมเดลรอบที่ 22	
		ค่าสถิติ	แปลผล	ค่าสถิติ	แปลผล
Chi-Square	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	มีนัยสำคัญทางสถิติ		ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	
Goodness of Fit Index (GFI)	> 0.9	0.73	รูปแบบไม่สอดคล้อง	0.8	ค่าเข้าใกล้ 0.9
Root Mean Square Residual (RMR)	< 0.05	0.07	รูปแบบไม่สอดคล้อง	0.07	ค่าเข้าใกล้ 0.05
Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)	< 0.05	0.07	รูปแบบไม่สอดคล้อง	0.07	ค่าเข้าใกล้ 0.05
Non-Normed Fit Index (NNFI)	> 0.9	0.96	รูปแบบสอดคล้อง	0.98	Goodness of fit
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0-1	0.79	รูปแบบสอดคล้อง	0.77	Goodness of fit
Normed Fit Index (NFI)	> 0.9	0.91	รูปแบบสอดคล้อง	0.9	Goodness of fit
Comparative Fit Index (CFI)	> 0.9	0.96	รูปแบบสอดคล้อง	0.9	Goodness of fit
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	< 0.05	0.05	รูปแบบสอดคล้อง	0.029	Goodness of fit

จากการทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ครั้งแรก พบว่ารูปแบบยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จะต้องมีการปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการหาค่าพารามิเตอร์เมตริกความแปรปรวนร่วมขององค์ประกอบจะต้องกำหนดให้ตัวแปรสังเกตเมตริกค่าในแนวทแยงเป็น 1 ในการวิเคราะห์ครั้งนี้เลือกใช้วิธีการกำหนดให้น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตตัวแรกในแต่ละองค์ประกอบเป็น 1 (สังวรณ์ ังคระโทก, สุกมาศ อังสุโชติ และสมถวิล วิจิตรวรรณ, 2546) ผลการปรับโมเดลดังตาราง 14

ตาราง 14 ผลการปรับโมเดลในการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบยื่นยื่นเรื่ององค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

ครั้งที่ ของการ วิเคราะห์	Goodness of fit Statistics							
	Chi-Square	χ^2/df	RMSEA	SRMR	CFI	GFI	NNFI	PNFI
1	745.90 df=548 p=.0000	1.36	0.057	0.07	0.96	0.73	0.96	0.79
2	730.73 df=547 p=.0000	1.33	0.055	0.07	0.97	0.73	0.96	0.79
3	723.00 df=546 p=.0000	1.32	0.054	0.07	0.97	0.74	0.96	0.79
4	715.93 df=545 p=.0000	1.31	0.053	0.07	0.97	0.74	0.96	0.79
5	702.71 df=544 p=.0000	1.29	0.051	0.07	0.97	0.74	0.96	0.79
6	690.47 df=543 p=.0000	1.27	0.049	0.07	0.97	0.75	0.96	0.79
7	688.54 df=542 p=.0000	1.27	0.049	0.07	0.97	0.75	0.97	0.79
8	680.05df=541p=.0000	1.25	0.048	0.07	0.97	0.75	0.97	0.79
9	673.61df=540p=.0007	1.24	0.047	0.07	0.97	0.75	0.97	0.79
10	665.07df=539p=.0016	1.23	0.046	0.07	0.98	0.75	0.97	0.78
11	635.51df=537p=.0021	1.18	0.040	0.07	0.98	0.76	0.97	0.78
12	631.06df=536p=.0028	1.17	0.040	0.07	0.98	0.76	0.97	0.78
13	623.92df=535p=.0046	1.16	0.039	0.07	0.98	0.76	0.97	0.78
14	620.70df=534p=.0055	1.16	0.038	0.07	0.98	0.76	0.97	0.78
15	620.11df=533p=.0053	1.16	0.038	0.07	0.98	0.76	0.97	0.78
16	611.47df=532p=.0095	1.14	0.037	0.07	0.98	0.77	0.97	0.78
17	599.69df=531p=.0205	1.12	0.034	0.07	0.98	0.77	0.98	0.78
18	594.20df=530p=.0275	1.12	0.033	0.07	0.98	0.77	0.98	0.78
19	587.31df=529p=.0399	1.11	0.031	0.07	0.98	0.77	0.98	0.78
20	583.01df=528p=.0486	1.10	0.031	0.07	0.98	0.78	0.98	0.78
21	581.55df=527p=.0498	1.10	0.030	0.07	0.98	0.78	0.98	0.78
22	575.82df=526p=.0654	1.09	0.029	0.07	0.98	0.78	0.98	0.77

จากตาราง 14 ก่อนปรับโมเดล ค่า RMSEA = 0.057 SRMR = 0.07 CFI = 0.96 NNFI = 0.96 PNFI = 0.79 และค่า GFI = 0.73 ซึ่งจะต้องปรับโมเดลอีก 22 ครั้ง เพื่อให้โมเดลสอดคล้องโดยมี ค่า RMSEA = 0.029 SRMR = 0.07 CFI = 0.98 NNFI = 0.98 PNFI = 0.77 และ

ค่า GFI = 0.78 ค่า GFI ใกล้เคียง .9 ส่วนค่า χ^2/df ต่ำกว่า 2 เป็นไปตามเกณฑ์ สำหรับ
ค่า Chi-Square ไม่มีนัยสำคัญแต่ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ถึงแม้ว่าจะปรับต่อไปค่าไม่ได้แตกต่างจาก
เดิมมากนัก โดยค่า Chi-Square ไม่มีนัยสำคัญ ค่า RMSEA = 0.027 SRMR = 0.07 CFI = 0.98
NNFI = 0.98 PNFI = 0.77 และค่า GFI = 0.78 ผู้วิจัยจึงหยุดปรับโมเดล

ตาราง 16 การใช้สัญลักษณ์องค์ประกอบของการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลในหน่วย
บริการปฐมภูมิ

สัญลักษณ์ ตัวแปรแฝง	ความหมาย
F1	องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังในการให้บริการพยาบาลใน PCU
F2	องค์ประกอบที่ 2 การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ ของการจัดอัตรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU
F3	องค์ประกอบที่ 3 ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ PCU
F4	องค์ประกอบที่ 4 การระบุหลักการเหตุผลของการใช้วิธีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU
F5	องค์ประกอบที่ 5 มีนโยบายและวิธีการปฏิบัติสำหรับการออกแบบอัตรากำลังและการจัดอัตรากำลัง PCU
F6	องค์ประกอบที่ 6 มีแบบแผนของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลใน PCU ของแต่ละหน่วยงาน
F7	องค์ประกอบที่ 7 มีมาตรฐานการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU
F8	องค์ประกอบที่ 8 มีการวางแผนทดแทนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU
F9	องค์ประกอบที่ 9 มีโปรแกรมประกันคุณภาพกำลังคนด้านพยาบาลวิชาชีพใน PCU
F10	องค์ประกอบที่ 10 มีแผนสำหรับประเมินอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU

จากตาราง 15 พบว่า น้ำหนักองค์ประกอบย่อยของแต่ละองค์ประกอบมีค่าตั้งแต่ 0.53 - 1.00 โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 (F1) การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังในการให้บริการพยาบาลใน PCU ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1) มีการกำหนดพันธกิจเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังที่ชัดเจน (X1) 2) การสื่อสารเกี่ยวกับพันธกิจด้านอัตรากำลังให้ผู้ได้บังคับบัญชาเข้าใจอย่างชัดเจน (X2) 3) การกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังในการทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร (X3) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00, 0.99 และ 0.83 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 2 (F2) หน่วยงานมีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อย คือ 1) มีการกำหนดพันธกิจด้านกำลังคนของพยาบาลวิชาชีพใน PCU ที่ชัดเจน (X4) 2) การกำหนดปรัชญาด้านกำลังคนของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีส่วนร่วมของบุคลากร (X5) 3) การกำหนดวัตถุประสงค์ด้านกำลังคน

ด้านพยาบาลวิชาชีพให้ชัดเจน (X6) 4) หน่วยงานมีการสื่อสารเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้ผู้ได้บังคับบัญชาเข้าใจอย่างชัดเจน (X7) 5) ในหน่วยงานของท่านมีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ (X8) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00, 0.88, 0.94, 0.86 และ 0.87 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 3 (F3) ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ PCU ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) การจัดทำข้อมูลพื้นฐานพยาบาลวิชาชีพในการจัดบริการ PCU เช่น จำนวนอัตรากำลังทั้งในอดีตและอนาคต (X9) 2) การจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการอบรมของพยาบาลวิชาชีพ PCU ในหน่วยงาน (X10) 3) การจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ PCU (X11) 4) การจัดทำข้อมูลด้านงบประมาณของอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU เช่น ค่าดำเนินการค่าแรงเป็นต้น (X12) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00, 1.00 , 1.00 และ 0.97 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 4 (F4) มีการระบุหลักการเหตุผลของการใช้วิธีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ PCU ในปัจจุบันประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) การจัดสรรอัตรากำลังพยาบาล วิชาชีพใน PCU ชัดหลักจำนวนประชากร (X13) 2) การวิเคราะห์ภาระงานใน PCU กับการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ (X14) 3) การจัดอัตรากำลังพยาบาล วิชาชีพใน PCU มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะ (X15) 4) การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU จัดตามสภาพปัญหาของพื้นที่ (X16) มีน้ำหนักองค์ประกอบ เท่ากับ 1.00, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 5 (F5) มีนโยบายและวิธีการปฏิบัติสำหรับการออกแบบอัตรากำลังและการจัดอัตรากำลัง PCU ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1) การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง (X17) 2) การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน PCU สอดคล้องกับความรู้ความสามารถของพยาบาล (X18) 3) การจัดบุคลากรพยาบาลวิชาชีพใน PCU คำนึงถึงปริมาณและคุณภาพของบริการ (X19) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 6 (F6) มีแผนของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลใน PCU ของแต่ละหน่วยงานประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ในแผนมีการจัดพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ (X20) 2) มีแผนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลใน PCU ทุกครั้งในการปฏิบัติงาน (X21) 3) ในแผนของการจัดอัตรากำลังมีการจัดพยาบาลวิชาชีพที่เป็นพยาบาลเดิมอยู่สถานีนอนามัย (X22) 4) มีแบบแผนการจัดอัตรากำลังของการจัดพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลที่มาจากโรงพยาบาล (X23) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00, 1.00, 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 7 (F7) มีมาตรฐานการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1) มีมาตรฐานการปฏิบัติงานใน PCU สำหรับพยาบาลวิชาชีพ (X24) 2) มีแนวปฏิบัติและจรรยาบรรณให้พยาบาลวิชาชีพถือปฏิบัติใน PCU (X25) 3) มีการประเมินประสิทธิภาพการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU (X26) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00, 1.00 และ 0.73 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 8 (F8) มีการวางแผนทดแทนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1) มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการหาบุคลากรทดแทนพยาบาลวิชาชีพกรณีป่วยหรือมีเหตุฉุกเฉิน (X27) 2) มีการวางแผนทดแทนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพเมื่อมีการะงานเพิ่ม (X28) 3) การจัดบุคลากรพยาบาลวิชาชีพค้ำึงถึงภาระงานในแต่ละช่วงเวลา เช่น OPD เวลา 08.00 - 12.00 น. (X29) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00, 1.00 และ 0.85 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 9 (F9) มีโปรแกรมประกันคุณภาพกำลังคนด้านพยาบาลวิชาชีพใน PCU ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1) มีการควบคุมคุณภาพการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพใน PCU (X30) 2) มีระบบการนิเทศงานของพยาบาลวิชาชีพใน PCU (X31) 3) มีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพใน PCU ได้ศึกษาในระดับที่สูงขึ้น (X32) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00, 0.93 และ 0.73 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 10 (F10) มีแผนสำหรับประเมินอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย คือ 1) มีโปรแกรมการประเมินผลความเพียงพอในการจัดอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพในหน่วย PCU (X33) 2) มีแผนสำหรับประเมินทักษะพยาบาลวิชาชีพใน PCU (X34) 3) มีแผนสำหรับประเมินการให้คำปรึกษาพยาบาลวิชาชีพใน PCU (X35) 4) การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่รับบริการจากพยาบาลวิชาชีพใน PCU (X36) มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00, 1.00, 1.00 และ 0.53 ตามลำดับ

ภายหลังการปรับโมเดลและวิเคราะห์องค์ประกอบขึ้นชั้น พบว่าองค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก 20 องค์ประกอบย่อย และความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบมีรายละเอียดต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 (F1) และองค์ประกอบที่ 2 (F2) มีความสัมพันธ์กันเท่ากับ 0.68

องค์ประกอบที่ 2 (F2) และองค์ประกอบที่ 3 (F3) มีความสัมพันธ์กันเท่ากับ 0.46

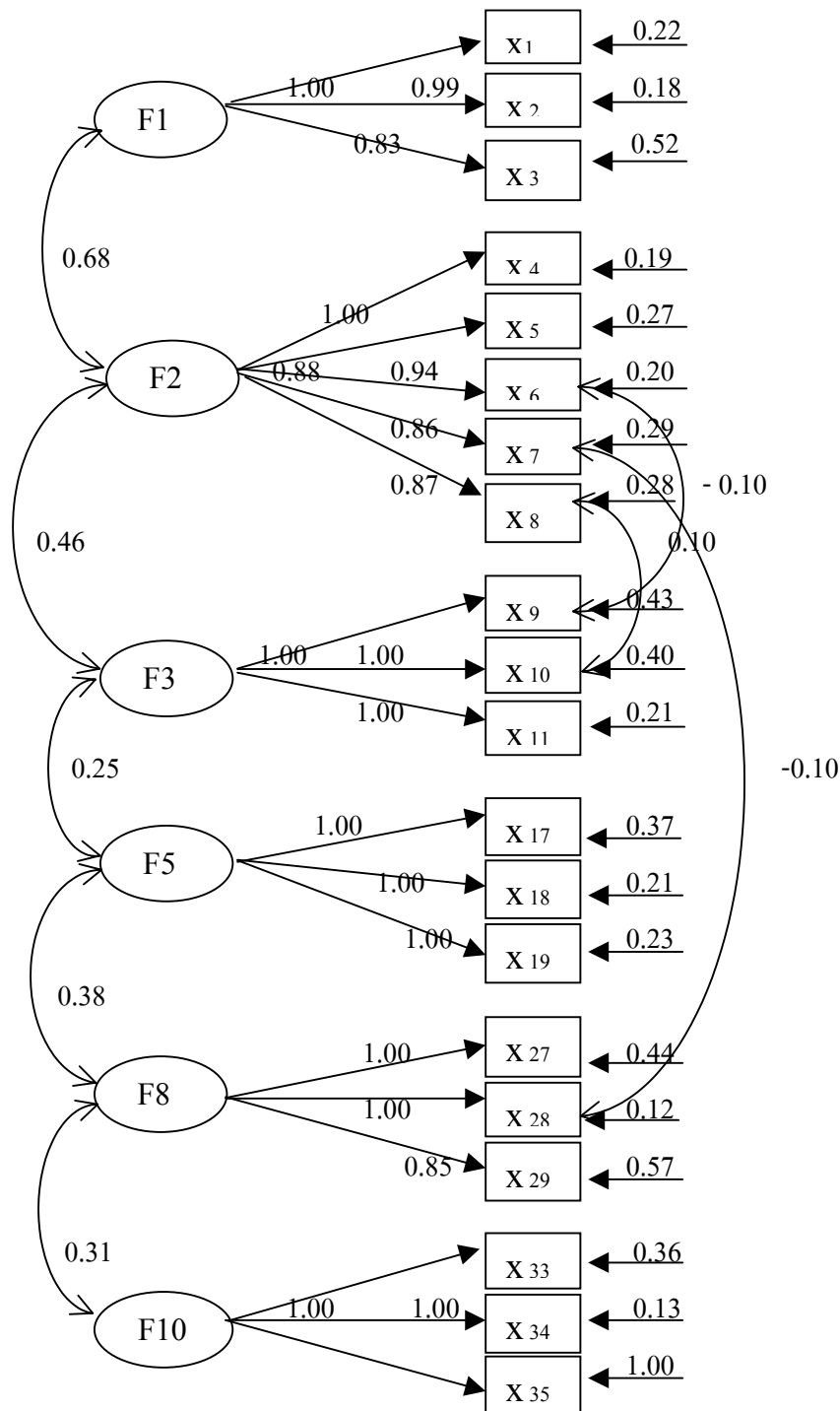
องค์ประกอบที่ 3 (F3) และองค์ประกอบที่ 5 (F5) มีความสัมพันธ์กันเท่ากับ 0.25

องค์ประกอบที่ 5 (F5) และองค์ประกอบที่ 8 (F8) มีความสัมพันธ์กันเท่ากับ 0.38

องค์ประกอบที่ 8 (F8) และองค์ประกอบที่ 10 (F10) มีความสัมพันธ์กันเท่ากับ 0.31

องค์ประกอบย่อย X6 กับ X9, X7 กับ X28 มีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้าม 0.10 และ 0.10 องค์ประกอบย่อย X8 กับ X10 มีความสัมพันธ์กัน 0.10 ดังภาพประกอบ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบสรุปเขียนเป็น Path diagram ได้ดังภาพประกอบ 2
Path diagram องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตราค่าสิ่งพยาบาลวิชาชีพของผู้รับผิดชอบหลัก
 โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ (ดังภาพประกอบ 2)



ภาพประกอบ 2 : องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตราค่าสิ่งพยาบาลวิชาชีพของผู้รับผิดชอบหลัก
 โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

ตาราง 17 เปรียบเทียบองค์ประกอบตามทฤษฎีและข้อมูลเชิงประจักษ์

องค์ประกอบตามทฤษฎี	องค์ประกอบจากข้อมูลเชิงประจักษ์
1. การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังในการให้บริการพยาบาลใน PCU	1. การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังในการให้บริการพยาบาลใน PCU
2. หน่วยงานมีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU	2. หน่วยงานมีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ของการจัดอัตรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU
3. ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ PCU	3. ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ PCU
4. มีการระบุหลักการเหตุผล ของการใช้วิธีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ PCU ในปัจจุบัน	-
5. มีนโยบายและวิธีการปฏิบัติสำหรับการออกแบบอัตรากำลังและการจัดอัตรากำลัง PCU	5. มีนโยบายและวิธีการปฏิบัติสำหรับการออกแบบอัตรากำลังและการจัดอัตรากำลัง PCU
6. มีแผนของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลใน PCU ของแต่ละหน่วยงาน	-
7. มีมาตรฐานการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU	-
8. มีการวางแผนทดแทนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU	8. มีการวางแผนทดแทนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU
9. มีโปรแกรมประกันคุณภาพกำลังคนด้านพยาบาลวิชาชีพใน PCU	-
10. มีแผนสำหรับประเมินอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU	10. มีแผนสำหรับประเมินอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาองค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ใช้วิธีการสำรวจโดยการตอบแบบสอบถามของผู้รับผิดชอบหลักในการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ร่วมกับการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

การวิเคราะห์องค์ประกอบตามหลักการนำหน้าองค์ประกอบจะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป (Kerlinger, 1973 ; Steven, 1992) และจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยโปรแกรม LISREL พบว่า การศึกษานี้ในการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์นั้นต้องมีการปรับความสอดคล้องของโมเดลให้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์จำนวน 22 ครั้งจึงได้จำนวนองค์ประกอบทั้งหมดมีความเหมาะสมทางสถิติ (โดยมีค่า $\chi^2 = 575.82$, RMSEA = 0.029, SRMR = 0.07, CFI = 0.98, GFI = 0.78, NNFI = 0.98 PNFI = 0.77) และได้องค์ประกอบด้านการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน หน่วยบริการปฐมภูมิได้เพียง 6 องค์ประกอบ ซึ่งไม่ครบตามองค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังตามแนวคิดของ Langford ที่ระบุว่า มี 10 องค์ประกอบ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้มีการวางแผนอัตรากำลังคนไว้ล่วงหน้าเพื่อรองรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้อัตรากำลังพยาบาลที่มีอยู่จริงไม่สอดคล้องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงทำให้บางองค์ประกอบถูกละเลยในการปฏิบัติ ประกอบกับอัตรากำลังที่มีอยู่จริงก็น้อยกว่ากรอบอัตรากำลังตามที่กระทรวงกำหนดเดิมอยู่แล้ว (ตาราง 9) โดยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-30 เตียง มีปัญหาพยาบาลวิชาชีพไม่ถึงขั้นต่ำ ร้อยละ 80.89 (กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพขั้นต่ำอย่างน้อย 35 คน) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงมีปัญหาพยาบาลวิชาชีพไม่ถึงขั้นต่ำถึงร้อยละ 93.75 (กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพขั้นต่ำอย่างน้อย 57 คน) โรงพยาบาลชุมชนขนาดมากกว่า 60 เตียงมีปัญหาพยาบาลวิชาชีพไม่ถึงขั้นต่ำถึงร้อยละ 75 (กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีพยาบาลวิชาชีพขั้นต่ำอย่างน้อย 70 คน) หากจำนวนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนยังขาดแคลนมากเช่นนี้ การจัดสรรบุคลากรกระจายไปปฏิบัติงานใน PCU จึงมีอุปสรรค

องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ที่เป็นไปตามแนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford)

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ ของการจัดอัตรากำลัง ในการให้บริการพยาบาลใน PCU ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยคือ 1) หน่วยงาน PCU มีการกำหนดพันธกิจเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังที่ชัดเจน 2) หน่วยงาน PCU มีการสื่อสารเกี่ยวกับพันธกิจด้านอัตรากำลังให้ผู้ได้บังคับบัญชาเข้าใจอย่างชัดเจน 3) หน่วยงานมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดอัตรากำลังในการทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นองค์ประกอบที่นำมาใช้ในการวางแผนการจัดอัตรากำลังในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ เพราะว่าการจัดบริการสิ่งสำคัญอันดับแรกก็จะต้องมีการกำหนดพันธกิจ วัตถุประสงค์และสื่อสารให้บุคลากรเข้าใจชัดเจนจึงจะเกิดความร่วมมือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางกิจกรรมคุณภาพบริการปฐมภูมิสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (2545) ที่จะต้องมีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการปฐมภูมิเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้ สามารถวัดได้ มีการสื่อสารพันธกิจและวัตถุประสงค์ไปยังเจ้าหน้าที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 2 หน่วยงานมีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ ของการจัดอัตรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยคือ 1) มีการกำหนดพันธกิจด้านกำลังคนของพยาบาลวิชาชีพใน PCU ที่ชัดเจน 2) มีการกำหนดปรัชญาด้านกำลังคนของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีส่วนร่วมของบุคลากร 3) มีการกำหนดวัตถุประสงค์ด้านกำลังคนด้านพยาบาลวิชาชีพให้ชัดเจน 4) หน่วยงานมีการสื่อสารเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้ผู้ได้บังคับบัญชาเข้าใจอย่างชัดเจน 5) ในหน่วยงานมีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพสอดคล้องกับพันธกิจ ปรัชญา วัตถุประสงค์ ซึ่งการกำหนดปรัชญา วัตถุประสงค์ พันธกิจเหล่านี้จะนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ

องค์ประกอบที่ 3 ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ PCU ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยคือ 1) การจัดทำข้อมูลพื้นฐานพยาบาลวิชาชีพในการจัดบริการ PCU เช่น จำนวนอัตรากำลังทั้งในอดีตและอนาคต 2) มีการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการอบรมของพยาบาลวิชาชีพ PCU ในหน่วยงาน 3) มีการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ PCU ซึ่งสอดคล้องกับศิริวรรณ เสรีรัตน์, สมชาย หิรัญกิตติ และชวลิต ประภาวนนท์ (ม.ป.ป.) ในเรื่องการวางแผนกำลังคนควรมีข้อมูลการศึกษา การฝึกอบรมทักษะ และประสบการณ์ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาของการปฏิบัติงาน การลาออก อาจมีข้อมูลด้านการเงิน การประเมินผลงาน แผนความก้าวหน้าในงานอาชีพ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 5 มินิโบายและวิธีการปฏิบัติสำหรับการออกแบบอัตรากำลังและการจัดอัตรากำลัง PCU ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยคือ 1) การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ

สอดคล้องกับนโยบายกระทรวง 2) การจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน PCU สอดคล้องกับความรู้ความสามารถของพยาบาล 3) การจัดบุคลากรพยาบาลวิชาชีพใน PCU คำนึงถึงปริมาณและคุณภาพของบริการ เป็นองค์ประกอบที่นำมาใช้ในการวางแผนการจัดอัตรากำลังในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ซึ่งสอดคล้องกับกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข (2545) ที่ผู้บริหารการพยาบาลจะต้องจัดบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ความเหมาะสม และมีปริมาณเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐาน

องค์ประกอบที่ 8 มีการวางแผนทดแทนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยคือ 1) มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการหาบุคลากรทดแทนพยาบาลวิชาชีพกรณีป่วยหรือมีเหตุฉุกเฉิน 2) มีการวางแผนทดแทนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพเมื่อมีภาระงานเพิ่ม 3) การจัดบุคลากรพยาบาลวิชาชีพคำนึงถึงภาระงานในแต่ละช่วงเวลา เช่น OPD เวลา 08.00-12.00น. เป็นองค์ประกอบที่นำมาใช้ในการวางแผนการจัดอัตรากำลังในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ซึ่งสอดคล้องกับพรลัดดา ยิ้มยวน และประนอม โอทกานนท์ (2545) ในเรื่องการพัฒนา รูปแบบบริหารการพยาบาลด้านหน้า : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลกองโกรลาส สุโขทัย ในการจัดองค์ประกอบด้านบุคลากร มีการจัดทดแทนบุคลากรกรณีขาดแคลน หรือภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับสุวรรณ แก้วอ่อน และคณะ (2547) เรื่องการจัดอัตรากำลังตามภาระงานของกลุ่มงานการพยาบาล

องค์ประกอบที่ 10 มีแผนสำหรับประเมินอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยคือ 1) มีโปรแกรมการประเมินผลความเพียงพอในการจัดอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพในหน่วย PCU 2) มีแผนสำหรับประเมินทักษะทักษะพยาบาลวิชาชีพใน PCU 3) มีแผนสำหรับประเมินทักษะการให้คำปรึกษาพยาบาลวิชาชีพใน PCU เป็นองค์ประกอบที่นำมาใช้ในการวางแผนการจัดอัตรากำลังในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ ซึ่งสอดคล้องกับสุภาพร พิศาลบุตร (2543) ขั้นตอนกระบวนการวางแผนต้องมีการกำหนดแนวทางการควบคุมกำกับงาน และการประเมินแผน

องค์ประกอบการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ที่ไม่เป็นไปตามแนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford) องค์ประกอบที่ 4 มีการระบุหลักการเหตุผล ของการใช้วิธีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ PCU ในปัจจุบัน ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย คือ 1) การจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU ยึดหลักจำนวนประชากร 2) การวิเคราะห์ภาระงานใน PCU กับการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 3) การจัดอัตรากำลังพยาบาล วิชาชีพใน PCU มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะ 4) การจัดอัตรากำลัง

พยาบาลวิชาชีพใน PCU จัดตามสภาพปัญหาของพื้นที่การที่องค์ประกอบด้านนี้ไม่เป็นไปตามแนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford) อาจเป็นไปได้ว่ามีข้อจำกัดคือบุคลากรน้อย กิจกรรมการให้บริการมีมากต้องรับภาระทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ประกอบกับงานยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจนบางแห่งต้องหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ไปทำงานที่ PCU

องค์ประกอบที่ 6 มีแผนของการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลใน PCU ของแต่ละหน่วยงานประกอบด้วย องค์ประกอบย่อย คือ 1) ในแผนมีการจัดพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ 2) มีแผนการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลใน PCU ทุกครั้งในการปฏิบัติงาน 3) ในแผนของการจัดอัตรากำลังมีการจัดพยาบาลวิชาชีพที่เป็นพยาบาลเดิมอยู่สถานีนอนมัย 4) มีแบบแผนการจัดอัตรากำลังของการจัดพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลที่มาจากโรงพยาบาล การที่องค์ประกอบด้านนี้ไม่เป็นไปตามแนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford) อาจเป็นไปได้ว่าไม่ได้มีการวางแผนกำลังคนไว้ใน PCU มาก่อนเมื่อเปิดบริการ PCU จำเป็นต้องเกลี้ยพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลไปปฏิบัติงาน ทำให้บางแห่งก็ไม่มีพยาบาลวิชาชีพประจำที่ PCU ต้องรอเจ้าหน้าที่จบใหม่ หรือบางแห่งผลัดเปลี่ยนกันไปโดยจับฉลาก

องค์ประกอบที่ 7 มีมาตรฐานการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน PCU ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อย คือ 1) มีมาตรฐานการปฏิบัติงานใน PCU สำหรับพยาบาลวิชาชีพ 2) มีแนวปฏิบัติและจรรยาบรรณให้พยาบาลวิชาชีพถือปฏิบัติใน PCU 3) มีการประเมินประสิทธิภาพการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU การที่องค์ประกอบด้านนี้ไม่เป็นไปตามแนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford) อาจเป็นไปได้ว่ามาตรฐานการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพใน PCU ยังไม่มี มีการดำเนินการ

องค์ประกอบที่ 9 มีโปรแกรมประกันคุณภาพกำลังคนด้านพยาบาลวิชาชีพใน PCU ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อย คือ 1) มีการควบคุมคุณภาพการให้บริการของพยาบาลวิชาชีพใน PCU 2) มีระบบการนิเทศงานของพยาบาลวิชาชีพใน PCU 3) มีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพใน PCU ได้ ศึกษาในระดับที่สูงขึ้น การที่องค์ประกอบด้านนี้ไม่เป็นไปตามแนวคิดของแลงฟอร์ด (Langford) อาจเป็นไปได้ว่า PCU เป็นหน่วยงานที่เพิ่งเปิดให้บริการใหม่ (ประมาณ 2ปี) ในเรื่องการประกันคุณภาพกำลังคนของพยาบาลวิชาชีพใน PCU ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ

2. ข้อมูลทั่วไปและการวางแผนการจัดอัตรากำลังหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 40.9 ปี สังกัดกลุ่มงานการพยาบาล มีอายุราชการเฉลี่ย 18.3 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบหลักจากโรงพยาบาลชุมชนทั้งขนาด 10 เตียง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โรงพยาบาลชุมชนขนาด

60 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดมากกว่า 60 เตียง มี (ร้อยละ 12.4, 66.4, 14.2 และ 7.1) ตามลำดับ มีการเปิดให้บริการ PCU ทั้งหมด 108 แห่ง (ร้อยละ 95.5) สำหรับการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ PCU โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการวางแผนการจัดอัตรากำลังโดยมีคณะกรรมการพิจารณา (ร้อยละ 48.7) มีการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU จัดครบทุก PCU (ร้อยละ 61.9) ในการจัดพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่จัดสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากร 5,000 มากที่สุด (ร้อยละ 43.4) สอดคล้องตามแนวทางของ (กองสาธารณสุข ภูมิภาค, 2544 ; สมชาติ โตรักษา, 2544 ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2545) ซึ่งมีการกำหนดให้การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิมีอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต่อประชากร 5,000 คน

ส่วนบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน PCU แต่ละด้านส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการร่วมวางแผนพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดี ทองวิเชียร (2545) ที่ศึกษาการพยาบาลระดับปฐมภูมิ : แนวคิดพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุข บทบาทของพยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนพัฒนา ประสานงานให้โครงการต่างๆดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมายของหน่วยงาน รวมทั้งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับของ อนุทิน ภูยานนท์ (2546) ที่ศึกษาอนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2544-2553) บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้ารูปแบบการปฏิบัติงานจะเป็นลักษณะการทำงานเป็นทีมร่วมกับประชาชนและสาขาวิชาชีพอื่นๆ และการทำงานเป็นทีมร่วมกันของพยาบาล

3. ปัญหาและแนวทางแก้ไขการวางแผนการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการหน่วยบริการปฐมภูมิของผู้รับผิดชอบหลักโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้

โรงพยาบาลชุมชนจะมีปัญหาในการวางแผนการจัดอัตรากำลัง (ร้อยละ 76.1) คือ ปัญหาด้านจำนวนบุคลากรน้อย (ร้อยละ 63.7) ซึ่งสอดคล้องกับวิพุธ พูลเจริญ (2546) ในการศึกษาพยาบาล : กำลังหลักของบริการทางสุขภาพ ซึ่งพบว่าในการวางแผนผลิตและอบรมพัฒนาวิชาชีพพยาบาล จะต้องคำนึงถึงข้อจำกัดจากการปรับเปลี่ยนภารกิจอันเป็นผลวัฏจักรของวิชาชีพเพื่อประกอบอาชีพอื่น หรือเลื่อนเป็นผู้บริหารการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้การวางแผนผลิตสอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง สภาวิชาชีพการพยาบาลจึงจำต้องปรับตัวเพื่อเป็นแกนประสานการวางแผนกำลังคนด้านการพยาบาล โดยจะต้องประสานทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ให้เข้ามามีส่วนร่วมจัดการวางแผนบุคลากรทั้งในระดับมหภาคและระดับพื้นที่

ถ้าคิดอัตรากำลังตามกรอบของขนาดโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ ไม่เพียงพอทั้งจำนวนและการกระจาย ทั้งนี้ในแต่ละปีได้รับสรรหรือน้อยบางปีไม่ได้รับจัดสรร

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 2 ใน 3 ของประชากรพบว่า มีปัญหาด้านบุคลากร (ร้อยละ 63.7) ในตาราง 8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ รัตนวิชัย, เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ และรัตนาวดี ชอนตะวัน (2546) เรื่องกิจกรรมการให้บริการของบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพิจิตรพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านบุคลากร ปัญหาด้านบริหารจัดการ และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ วชิระ บทพิบูลย์ (2545) การสำรวจของชมรมแพทย์ชนบทระหว่างพฤศจิกายน 2544 – กุมภาพันธ์ 2545 พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีการดำเนินการพัฒนาสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตรับผิดชอบ รวมทั้งจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอต่อการจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพแต่ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อและไม่อาจแก้ไขในเวลาอันสั้น ก็คือ การขาดแคลนบุคลากรในระดับอำเภอ-ตำบล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิติภรณ์ เส้นตรง (2545) เรื่องปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดนครศรีธรรมราชในทัศนะของบุคลากรพบว่า ปัญหาด้านบุคลากรคือบุคลากรมีไม่เพียงพอกับภาระงานที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ก็มีปัญหาทั้งด้านบุคลากรและปัญหาด้านบริหารจัดการเช่นเดียวกัน

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการเตรียมความรู้ ทักษะ พยาบาลวิชาชีพด้านคลินิกบริการด้านชุมชนก่อนปฏิบัติงาน PCU ซึ่งสอดคล้องกับของ (กองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2545 ; สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2545 ; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2546 ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2546) ในเรื่องแนวทางกิจกรรมคุณภาพบริการปฐมภูมิบุคลากรจะต้องมีการเตรียมความรู้ทักษะหลากหลายสาขา (multidisciplinary) ทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุข สังคมการสร้างสัมพันธภาพในทีมงาน ระหว่างทีมงานกับชุมชน การบริหารจัดการการทำงานร่วมกัน ก่อนการปฏิบัติงาน PCU แต่มีการเตรียมความรู้และทักษะน้อย นอกจากนี้โรงพยาบาลชุมชนต้องการฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิ

ในเรื่องสัดส่วนงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน PCU ตามข้อกำหนด WHO ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังหรือครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนมากที่สุด สอดคล้องกับ (วิพุธ พูลเจริญ, 2546 ; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2546) ในเรื่องการให้บริการ PCU เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จ ถือเป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อมเป็นการดูแลแบบผสมผสาน หรือบูรณาการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ดูแลทุกกลุ่มอายุ ทุกเพศ และครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง ดูแลทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดูแลปัญหาทั้งเรื่องโรค การเจ็บป่วยในระยะเริ่มแรก โรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ส่วนประเด็นที่ไม่เห็นด้วยมากที่สุดคือเรื่องการจัดกิจกรรมให้ความรู้/การ

ปรึกษาด้านสุขภาพที่ต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคิดว่าควรจะเป็นบทบาทของ ทุติยภูมิ สอดคล้องกับ สุรเกียรติ อชานานุภาพ (2545) ที่ศึกษาคุณลักษณะสำคัญของระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิที่ดีคือเป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ดูแลสุขภาพของ ประชาชนทุกกลุ่มอายุและทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ทำให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกองสาธารณสุขภูมิภาค (2544) ใน บริการปฐมภูมิควรจะต้องสามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจ และสังคมแก่ผู้รับบริการในระดับต้น ที่ผสมผสานกับบริการทางด้านร่างกาย ส่วนกรณีที่มีปัญหาหมาก หรือปัญหาเฉพาะทางเจ้าหน้าที่ก็ ต้องส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องต่อไป

ส่วนแนวทางการแก้ปัญหาการจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพใน PCU จากผลการ ศึกษาวิจัย พบว่า ได้ใช้แนวทางการแก้ปัญหาหลายๆ แนวทาง เช่น ให้นุคลากรแสดงความจำนงที่จะ ปฏิบัติงานที่ PCU (ร้อยละ 50.4) มีการพิจารณาผู้ที่สำเร็จการศึกษามีความเต็มใจที่จะปฏิบัติงาน PCU และมีความเข้าใจในงานดี (ร้อยละ 40.7) ให้ PCU หลักมีพยาบาลวิชาชีพประจำ 1 คน (ร้อยละ 48.7) ให้ PCU หลัก PCU รองมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแห่งละ 2 คน (ร้อยละ 4.4) ใน การจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรในพื้นที่เป็นหลัก (ร้อยละ 23.0) ในการจัดอัตราการใช้วิธีการ เฉลี่ยกับบุคลากรใน PCU (ร้อยละ 23.0) จัดโดยให้พยาบาลอยู่ประจำ PCU หลัก ส่วน PCU รอง จัดพยาบาลหมุนเวียนไป 1 คน / วัน / สัปดาห์ (ร้อยละ 19.5) จัดโดยให้พยาบาลอยู่ประจำ PCU หลักเท่านั้น PCU รองไม่มีพยาบาล (ร้อยละ 1.8) จัดโดยการหมุนเวียนวันละคน (ร้อยละ 0.9) จัด โดยการผลัดเปลี่ยนกันไปโดยจับฉลาก (ร้อยละ 0.9) และให้บุคลากรไปปฏิบัติงาน PCU ตาม ตำแหน่ง (ร้อยละ 0.9) ไม่มีแรงจูงใจที่มากพอเพราะผู้นำไม่ได้ให้ความสำคัญและยังมีปัญหาเรื่อง สายบังคับบัญชา โครงสร้างเครือข่ายที่ทำให้ปรับระบบยาก พยาบาลไม่อยากลงไปทำงาน (ร้อยละ 1.8) สร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เช่น พิจารณาความดีความชอบ การให้โอกาสเข้ารับ การอบรมความรู้ต่างๆ (ร้อยละ 0.9) ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ปล่อยไปตามยถากรรมเพราะพยาบาล ที่โรงพยาบาลก็ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 0.9) บังคับเจ้าหน้าที่จบใหม่ลงปฏิบัติงาน PCU เนื่องจากไม่มี ผู้สมัครใจ (ร้อยละ 2.7)

ซึ่งจากการแก้ปัญหาหลายๆแนวทางสอดคล้องกับการศึกษาของ (นิติภรณ์ เส้นตรง, 2545 ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2546 ; รวมพร คงกำเนิด, 2546 ; คัดชนก อนุชาญ, 2546) ในการจัด บุคลากรไปปฏิบัติงาน PCU ควรจัดผู้ที่มีสมัครใจอยู่ประจำ PCU ควรมีการจัดอบรมพัฒนาบุคลากร ทั้งในด้านการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลและอบรมเพิ่มเติมให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน PCU เพื่อ พัฒนาองค์ความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรมีการสร้างขวัญและแรงจูงใจตลอดจน ความมั่นคงก้าวหน้าในชีวิตการทำงาน ซึ่งแต่ละแห่งอาจใช้แนวทางเดียว หรือหลายๆ แนวทางใน

การแก้ไขปัญหานี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับสถานการณ์ สภาพพื้นที่ของแต่ละโรงพยาบาลบางแห่ง
ก็ไม่สามารถแก้ปัญหาได้