

การวิเคราะห์การจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ
ในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา

พฤษภาคม 2556

การวิเคราะห์การจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ
ในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร



ปริญญาานิพนธ์
ของ
ชฎานี อรุณโชติ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การวิเคราะห์การจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีดูดีใจ
ในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา

พฤษภาคม 2556

ชญาณี อรุณโชติ. (2556). การวิเคราะห์การจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม: อาจารย์ ดร.สุวิมล กฤษณะสุทธิกุล, อาจารย์ ดร.อรอุมา เจริญสุข.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 โรง รวมทั้งหมด 952 คน ในทุกแผนกของโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 7 ตัวแปรได้แก่ ประสิทธิภาพของผู้นำ การบริหารจัดการองค์การ การบริหารบุคลากร การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และสภาพแวดล้อมการทำงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 7 ฉบับ คือ แบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ แบบสอบถามการบริหารจัดการขององค์การ แบบสอบถามการบริหารบุคลากร แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน แบบสอบถามความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .96, .93, .91, .90, .89, .87 และ .92 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือ การวิเคราะห์จัดกลุ่ม (Cluster Analysis)

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สามารถจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานครได้เป็น 2 กลุ่ม มีลักษณะดังนี้ กลุ่มที่ 1 มีสมาชิก 514 คน คิดเป็นร้อยละ 53.99 เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจด้านการบริหารจัดการองค์การ การบริหารบุคลากร และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานสูงสุด ดังนั้นจึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 1 ว่า “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจด้านการจัดการองค์การและการบริหารองค์การ” กลุ่มที่ 2 มีสมาชิก 438 คน คิดเป็นร้อยละ 46.01 เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ และสภาพแวดล้อมการทำงานสูงสุด ดังนั้นจึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 2 ว่า “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจด้านการปฏิบัติการพยาบาล”

A CLUSTER ANALYSIS OF PROFESSIONAL NURSES BASED ON PERCEPTION
OF MAGNET HOSPITAL CHARACTERISTICS OF GOVERNMENT HOSPITALS
IN BANGKOK METROPOLIS



Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master degree in Educational Research and Statistics
at Srinakharinwirot University

May 2013

Chayanee Arunchote. (2013). *A cluster analysis of professional nurses based on perception of magnet hospital characteristics of government hospitals in Bangkok metropolis*. Master thesis, M.Ed. (Educational Research and Statistics). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Suwimon Kritkharuehart, Ph.D., Orn-uma Charoensuk, Ph.D.

The purpose of this research was to classify professional nurses into clusters, based on perception of magnet hospital characteristics of government hospitals in the Bangkok metropolis. The sample of this research was 952 professional staff nurses in 6 tertiary government hospitals, selected by multi-stage random sampling. The variables used in this research were leadership effectiveness, organization management, personnel management, working empowerment, professional autonomy, relationship between nurses and physicians, and working environment. The research instruments included seven questionnaires which were the Leadership Effectiveness questionnaires, Organization Management questionnaires, the Personnel Management questionnaires, Working Empowerment questionnaires, Professional Autonomy questionnaires, Relationship between Nurses and Physicians questionnaires and the Working Environment questionnaires. The reliabilities of the questionnaires were .96, .93, .91, .90, .89, .87 and .92, respectively. Cluster analysis was used for data analysis.

The research results were as follows: the professional nurses could be grouped into 2 clusters according to their perception of magnet hospital characteristics. The first cluster comprised 514 professional nurses (53.99%). The highest perception of magnet hospital characteristics in this group were organization management, personnel management, and working empowerment. Therefore, it was named "The Group with Perception of Organization Management as Magnet Hospital Characteristics". The second cluster comprised 438 professional nurses (46.01%). The highest perception of magnet hospital characteristics in the second group were relationship between nurses and physicians, professional autonomy, and working environment. Thus, it was named "The Group with Perception of Nursing Practice as Magnet Hospital characteristics".

ปริญญาานิพนธ์

เรื่อง

การวิเคราะห์การจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ

ในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร

ของ

ชญานี อรุณโชติ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

วันที่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ที่ปรึกษาหลัก

.....ประธาน

(อาจารย์ ดร.สุวิมล กฤษศฤงษา)

(อาจารย์ ดร.ละเอียด รัชฎ์เฝ้า)

.....ที่ปรึกษาร่วม

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.อรอุมา เจริญสุข)

(อาจารย์ ดร.สุวิมล กฤษศฤงษา)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.อรอุมา เจริญสุข)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.อิทธิพัทธ์ สุวทันพรกุล)



งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร.สุวิมล กฤษศยาสา อาจารย์ที่ปรึกษาหลักปริญญาานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.อรอุมา เจริญสุข อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมปริญญาานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา ข้อคิด ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์และพิจารณาแก้ไขข้อบกพร่องในการทำปริญญาานิพนธ์เล่มนี้จนเป็นงานที่สมบูรณ์ ตลอดจนด้วยความเอาใจใส่และเมตตาต่อผู้วิจัยอย่างยิ่ง รวมทั้งยังเป็นผู้ที่ชี้แนะทางและเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการทางสถิติแบบใหม่ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการวัดผลและวิจัยทางการศึกษาทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทให้ความรู้ทางวิชาการแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ มหาวิทยาลัยแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจพิจารณาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกท่าน ที่ได้สละเวลามาช่วยตรวจคุณภาพและพิจารณาแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีไม่ได้เลย ถ้าผู้วิจัยไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากผู้บริหาร คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณท่านนายแพทย์วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล เป็นอย่างสูงที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในระหว่างการเก็บข้อมูลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และท่าน ดร.วิภาวี เผ่ากันทรพรท ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในระหว่างการเก็บข้อมูลในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว ญาติพี่น้อง และเหล่ามิตรสหาย ที่คอยให้กำลังใจช่วยเหลือ พร้อมทั้งสนับสนุนในทุกเรื่องที่สามารถจะช่วยให้กับผู้วิจัยได้ตลอดการศึกษา รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จนี

ขอให้คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ มอบเป็นเครื่องบูชาคุณแต่บิดามารดา และบูรพาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้

ชญาณี อรุณโชติ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	5
ความสำคัญของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	6
ตัวแปรที่ศึกษา	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
สมมติฐานในการวิจัย	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
โรงพยาบาลของรัฐ	12
ลักษณะงานของโรงพยาบาลของรัฐ	12
ระดับการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ	14
ประเภทและจำนวนโรงพยาบาลของรัฐ	16
งานพยาบาล	18
โครงสร้างองค์การพยาบาล	18
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ	24
มาตรฐานวิชาชีพ	30
การวิเคราะห์จัดกลุ่ม	34
แนวทางการวิเคราะห์จัดกลุ่ม	34
งานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์จัดกลุ่ม	42
งานวิจัยในประเทศ	42
งานวิจัยต่างประเทศ	46

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลตึงดูดใจ	51
ความหมาย	51
แนวคิด	51
ประโยชน์	67
กระบวนการรับรองและเกณฑ์การให้รางวัล	68
งานวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลตึงดูดใจ	70
งานวิจัยในประเทศ	70
งานวิจัยต่างประเทศ	73
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	94
การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	94
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	101
การเก็บรวบรวมข้อมูล	109
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	111
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	111
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	114
การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น	115
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	118
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	142
สังเขปความมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการวิจัย	142
สรุปผลการวิจัย	143
อภิปรายผล	145
ข้อเสนอแนะ	148

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม	150
ภาคผนวก	158
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถาม ...	159
ภาคผนวก ข ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถาม	161
ภาคผนวก ค ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	167
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	173
ประวัติย่อผู้วิจัย	185



บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงงานวิจัยในประเทศเกี่ยวกับคุณลักษณะ ความเป็นโรงพยาบาลตั้งดูดีใจ	84
2 แสดงงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับคุณลักษณะ ความเป็นโรงพยาบาลตั้งดูดีใจ	87
3 แสดงโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร และจำนวนพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสังกัด	95
4 แสดงรายชื่อโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสังกัด	98
5 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล	100
6 แสดงโครงสร้างของพฤติกรรมบ่งชี้ จำแนกตามตัวแปรจัดกลุ่ม 7 ตัวแปร	101
7 แสดงค่าคะแนนมาตรฐาน (Z-score) ของข้อมูลที่มีลักษณะเป็น Outlier	115
8 เมทริกซ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	117
9 ค่า Tolerance และ VIF เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัย	118
10 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล	119
11 จำนวนและร้อยละของจำนวนครั้งในการตอบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ การแสดงผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้	124
12 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลตั้งดูดีใจ จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล	125
13 ความเป็นสมาชิกของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน (Case)	127
14 การจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 5 รูปแบบ	130
15 ระยะห่างระหว่างค่ากลางของ 2 กลุ่ม	132
16 ค่ากลางของแต่ละกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลตั้งดูดีใจ	133

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
17 แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรแต่ละตัว เมื่ออยู่ต่างกลุ่มกัน	134
18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล	135
19 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่ม	136
20 จำนวนและร้อยละของจำนวนครั้งในการตอบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ การแสดงผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ จำแนกตามกลุ่ม	140
21 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถาม	162
22 ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	168



บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
2 โครงสร้างองค์การแบบตำแหน่งหลักและตำแหน่งช่วย	19
3 โครงสร้างองค์การแบบเมตริกซ์	20
4 โครงสร้างองค์การแบบหน้าที่	21
5 แสดงแบบแผนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (Sampling Plan)	96
6 ขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	103
7 แสดงภาพ Box plot ของข้อมูลคะแนนรวมทั้งหมด และข้อมูลที่เป็น Outlier	116
8 แผนภาพ Dendrogram	131



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

บุคลากรพยาบาลเป็นกำลังสำคัญขององค์การบริการสุขภาพ เนื่องจากมีจำนวนมากที่สุดของบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยทำหน้าที่ติดต่อสื่อสารและประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ดังนั้นการดำเนินพันธกิจขององค์การบริการสุขภาพจะบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ และความถนัดตรงกับลักษณะงานที่รับผิดชอบ ตลอดจนมีปริมาณเพียงพอกับภาระงาน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร. 2551: 161) นอกจากนี้ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การตัดสินใจคุณภาพการบริการสุขภาพจะมาจากคุณภาพการพยาบาลที่ได้รับ พยาบาลจึงต้องปฏิบัติงานให้ผู้รับบริการเกิดความพอใจสูงสุด (นิตยา ศรีญาณลักษณ์. 2552: 126)

แต่ในปัจจุบันนับตั้งแต่เกิดความผันแปรในด้านบริการสุขภาพเนื่องมาจากการเกิดโรคระบาดที่มีอันตรายเพิ่มมากขึ้น การจัดการสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดอันตรายระหว่างปฏิบัติงาน อีกทั้งเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ล้วนทำให้เกิดผลกระทบต่อวิชาชีพการพยาบาลอย่างชัดเจน เช่น ผู้สนใจเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลมีจำนวนลดลง บุคลากรทางการพยาบาลลาออกจากวิชาชีพการพยาบาลเพื่อไปประกอบวิชาชีพอื่นมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน; และคนอื่นๆ. 2549: 16) ซึ่ง วรรณภา ประไพพานิช; สุภาณี เสนาดีสัย; และยุวดี ภาฯ (2550: 64) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่และลาออกของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับทั้งในเขตเมืองและชนบทพบว่า สถานภาพการว่าจ้างไม่เป็นข้าราชการ ภาระงานไม่เหมาะสม ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่น้อย สภาพแวดล้อมในการทำงานรวมทั้งอุปกรณ์สนับสนุนไม่เหมาะสม ไม่ปลอดภัย ความเครียดจากการทำงาน ขาดความก้าวหน้าในงานและการศึกษาต่อ ความไม่ยุติธรรมในการบริหาร การทำงานเวรในช่วงบ่ายและช่วงดึก เป็นปัจจัยสำคัญของการลาออกของพยาบาลในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ลักษณะงานพยาบาลเป็นงานหนักทั้งกายและใจ พยาบาลต้องมีความอดทน มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีขวัญกำลังใจ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติภารกิจพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ หากพยาบาลขาดแรงจูงใจก็จะเกิดความเบื่อหน่าย เครียด หลีกเลี้ยง ขาดงาน และลาออกจากงาน (สมจิตร์ นครพานิช. 2551: 95)

จากการศึกษาของกฤษดา แสงวงดี (2551: 40) เกี่ยวกับสถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย พบว่า ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2548 มีพยาบาลวิชาชีพในวัยทำงานทั้งหมด 97,942 คน

เป็นผู้ที่ประกอบวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพ 88,440 คน หรือร้อยละ 90.3 ในขณะที่ความต้องการพยาบาลวิชาชีพของประเทศในช่วงเวลาเดียวกันนี้เท่ากับ 119,700 อัตราเต็มกำลังคำนวณตามความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน ดังนั้นจึงยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 31,260 อัตราเต็มกำลัง ท่ามกลางความต้องการบริการสุขภาพภายในประเทศที่สูงขึ้นนี้ การเพิ่มขนาดกำลังคนกลับลดลง โดยพบว่า การเพิ่มสุทธิของพยาบาลวิชาชีพในพ.ศ. 2548 ลดลงถึงร้อยละ 35.29 เมื่อเทียบกับพ.ศ. 2543 เนื่องจากในช่วงพ.ศ. 2542-2548 มีการลดกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพลงกว่าร้อยละ 40 และมีการสูญเสียพยาบาลออกจากวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากอัตราร้อยละ 2.35 ในพ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 4.15 ในพ.ศ. 2548 ซึ่งส่งผลให้อายุการทำงานเฉลี่ยสั้นลงเหลือเพียงเฉลี่ย 22 ปีจากเมื่อเริ่มทำงานนั้นคือ โดยเฉลี่ยพยาบาลจะทำงานถึงอายุประมาณ 45 ปีเท่านั้น และหากต้องการพยาบาลวิชาชีพในขนาดที่ต้องการดังกล่าวจะต้องผลิตพยาบาลเพิ่มถึงปีละประมาณ 9,000 คน ซึ่งเกินกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่ประมาณ 8,000 คนต่อปีเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าโครงสร้างอายุของพยาบาลวิชาชีพมีลักษณะเป็นโครงสร้างของกำลังแรงงานสูงอายุ โดยมีพยาบาลที่อายุ 45 ปีขึ้นไปในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 20.14 ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ภาวะวิกฤตในอีกประมาณ 5 ปีข้างหน้า ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการขาดแคลนพยาบาลของประเทศไทยเป็นปัญหาที่เรื้อรังและมีแนวโน้มที่จะรุนแรงมากขึ้น

ในปัจจุบันการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศเริ่มสะท้อนถึงความรุนแรงขึ้นอีกครั้งเนื่องจากมีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และการมีข้อจำกัดในการผลิตพยาบาลเพิ่มให้ทันต่อความต้องการ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยสำคัญคือ 1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีการเพิ่มขึ้นทั้งขนาด และการเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงวัยรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชนซึ่งเป็นไปในทิศทางที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง ชับซ้อน และเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น 2) การสร้างหลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ส่งผลให้ความต้องการและการใช้บริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้นอย่างมาก จึงก่อให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างภาระงานและกำลังคนพยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่ในปัจจุบัน 3) นโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการสุขภาพ ที่มุ่งให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ในภูมิภาคเอเชีย (Medical Hub) ทำให้ปริมาณการใช้บริการสุขภาพของชาวต่างชาติภายในประเทศ และการขยายตัวเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วของบริการสุขภาพเอกชน ในขณะที่การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในอดีตที่ผ่านมาไม่ได้วางแผนเพื่อรองรับความต้องการกำลังคนในภาคเอกชน ประเด็นความไม่สมดุลของกำลังคนระหว่างภาครัฐและเอกชน จึงเป็นเรื่องที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น และ 4) การลดกำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพลงกว่าร้อยละ 40 ในรอบเวลากว่า 5 ปีที่ผ่านมา เพื่อตอบสนองมาตรการลดกำลังคนภาครัฐของรัฐบาล ทั้งๆ ที่หากมองจากความต้องการบริการของประชาชนแล้ว ปริมาณ

ของพยาบาลในปัจจุบันยังมีจำนวนน้อยกว่าความต้องการของประชาชนอยู่มาก (กฤษดา แสงวงศ์. 2550: 41-42) การขาดแคลนพยาบาลมีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการสรรหาและการคัดเลือกให้ได้พยาบาลที่มีสมรรถนะในการทำงาน และการธำรงรักษาให้พยาบาลเหล่านั้นอยู่ในงานให้นานที่สุด ซึ่งเป็นเรื่องยากและจากสภาพการขาดแคลนพยาบาลทำให้พยาบาลที่มีอยู่นี้ต้องทำงานหนัก จึงมีการลาออกโอนย้ายเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นเรื่องที่มีผลกระทบซึ่งกันและกันโดยตรง ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. 2553: 29; อ้างอิงจาก ICN. 2006.)

นอกจากนี้ การขาดแคลนพยาบาลเป็นสิ่งที่ทุกคนรวมทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารองค์กรล้วนทราบดี แต่สิ่งที่สำคัญที่ผู้บริหารทั้งหลายยังขาดความตระหนัก คือการที่เกิดความขาดแคลนพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับองค์กรและการพัฒนาบุคลากรโดยเฉพาะผู้บริหารรุ่นใหม่มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นตามกาลเวลาด้วย ทั้งนี้เพราะบางครั้งการเพิ่มพูนทักษะโดยการนิเทศงานทั้งกลุ่มอาจจะไม่เพียงพอจำเป็นต้องเพิ่มระยะเวลา และค่าครองชีพที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น (วิภาดา คุณาวิกิติกุล. 2549: 82) พยาบาลที่ได้ทำงานตามความถนัดของตนเองที่ได้รับการฝึกอบรมในสภาพแวดล้อมที่ต้องการ ด้วยค่าตอบแทนที่เหมาะสม สามารถมอบหมายงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงให้กับบุคลากรอื่น จะเกิดความรักในงานและองค์กร องค์กรก็จะเป็นองค์กรที่ดึงดูดให้พยาบาลคงอยู่ ไม่ลาออก ไม่ขาดงานบ่อย งบประมาณที่ใช้ในการจ้างหรือให้ค่าตอบแทนพยาบาลแม้จะสูงแต่ก็ยังคงคุ้มค่าคุ้มทุน ไม่ต้องจ้างบุคลากรจากภายนอก ไม่ต้องเผชิญกับการลาออกของพยาบาลเนื่องจากขาดความพึงพอใจในงานและทนไม่ได้จากภาระงานที่เกินพอดีของภารกิจที่ไม่ใช่เป็นของพยาบาล (วิภาดา คุณาวิกิติกุล. 2549: 83)

จากสถานการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นในประเทศไทยสอดคล้องกับสถานการณ์ในต่างประเทศ จากปัญหาดังกล่าวได้มีการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาการลาออกและการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ โดยได้มีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของโรงพยาบาลดึงดูดใจ (Magnet Hospitals) ที่เกิดจากความพยายามในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่งผลให้ผู้บริหารและผู้นำทางการพยาบาล พยายามคิดค้นกลยุทธ์รูปแบบ หรือแนวทางในการบริหารจัดการ เพื่อดึงดูดใจพยาบาลให้คงอยู่ในงาน โดยในปีค.ศ.1981 American Academy of Nursing ทำการค้นหารูปแบบการบริหารที่ดึงดูดใจพยาบาลให้คงอยู่ในวิชาชีพ จากโรงพยาบาลจำนวน 41 โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลที่จะสามารถดึงดูดใจให้พยาบาลคงอยู่ในองค์กรมีลักษณะเด่น 3 ด้าน คือ 1) ระบบการบริหารงานที่ดี (Nursing Administration) 2) การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีอิสระภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ (Professional Practice) 3) การพัฒนาวิชาชีพ (Professional Development) โดยตั้งชื่อโรงพยาบาลเหล่านั้นว่า โรงพยาบาลดึงดูดใจ

และเพื่อให้โรงพยาบาลเหล่านั้นเป็นต้นแบบในการบริหารที่สามารถดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพได้ American Nursing Credentialing Center (ANCC) จึงมีการรับรองและมอบรางวัลให้แก่โรงพยาบาลดึงดูดใจเป็นครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ.1990 ต่อมาในปี ค.ศ.2002 American Nursing Credentialing Center (ANCC) ได้กำหนด 14 Force of Magnetism ขึ้นเพื่อใช้เป็นเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลดึงดูดใจประกอบด้วย คือ 1) คุณภาพของภาวะผู้นำทางการพยาบาล (Quality of Nursing Leadership) 2) โครงสร้างองค์การ (Organization Structure) 3) รูปแบบการจัดการ (Management Style) 4) นโยบายและแบบแผนด้านบุคลากร (Personnel Policies and Programs) 5) รูปแบบการดูแลด้านวิชาชีพ (Models of Care) 6) คุณภาพของการดูแล (Quality of Care) 7) การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) 8) การเป็นที่ปรึกษาและแหล่งความรู้ (Consultation and Resources) 9) ความมีเอกสิทธิ์ในงาน (Autonomy) 10) ชุมชนและโรงพยาบาล (Community Health Care Organization) 11) พยาบาลเปรียบเหมือนครู (Nurses as Teachers) 12) ภาพลักษณ์ของการพยาบาล (Image of Nursing) 13) ความสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขา (Interdisciplinary Relationships) และ 14) การพัฒนาวิชาชีพ (Professional Development) ปัจจุบันมีองค์การสุขภาพที่ได้รับรางวัล รวมทั้งหมด 395 แห่งจาก 46 รัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา ใน Australia ได้รับรางวัล 3 แห่ง ใน Lebanon ได้รับรางวัล 1 แห่ง และใน Singapore ได้รับรางวัล 1 แห่ง (ANCC. 2013: online) การเป็นโรงพยาบาลยอดเยี่ยมเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพและส่งเสริมการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้เป็นอย่างดี (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน; และคนอื่นๆ. 2549: 19)

จากงานวิจัยเรื่อง “การศึกษาลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ” ของ สุภาณี คงชุม (2550: 65-68) พบว่า ลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านการบริหารบุคลากรพยาบาล 2) ด้านการจัดการและพัฒนาองค์การพยาบาล/โรงพยาบาล 3) ด้านภาวะผู้นำของผู้บริหารทุกระดับ 4) ด้านการปฏิบัติงานและให้บริการเชิงวิชาชีพ 5) ด้านการบริหารงานขององค์การพยาบาล และ 6) ด้านการสื่อสารในองค์การพยาบาล และงานวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์ตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ” ของ ยุพาพร คำสะไมล์ (2552: 101-106) พบว่า ตัวประกอบที่สำคัญเป็นอันดับ 1 คือ รูปแบบการบริหารจัดการและภาวะผู้นำของผู้บริหาร ตัวประกอบที่สำคัญเป็นอันดับ 2 คือ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ ตัวประกอบที่สำคัญเป็นอันดับ 3 คือ สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล และตัวประกอบที่สำคัญเป็นอันดับ 4 คือ โครงสร้างองค์การพยาบาล นอกจากนี้งานวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล” (The Relationship Between Effective Nurse Managers and Nursing Retention) ของ ฟอर्स (Force. 2005: 340) พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลควรมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้ 1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 2) บุคลิกลักษณะที่ดี 3) โครงสร้างองค์การ

4) การดำรงตำแหน่งในองค์กรกับการศึกษาระดับสูง และ 5) การส่งเสริมความมีเอกสิทธิ์ในงานและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคลากรด้วยการให้รางวัลและการยกย่องชมเชย นอกจากนี้ยังพบว่าคุณลักษณะของผู้นำที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการคงไว้ซึ่งบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ และงานวิจัยเรื่อง “ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานตามวิชาชีพ และความพึงพอใจในงาน และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย: การทดสอบเพิ่มเติมของรูปแบบชีวิตการทำงานการพยาบาล ” (Effect of Empowerment on Professional Practice Environments, Work Satisfaction, and Patient Care Quality: Further Testing the Nursing Worklife Model) ของลาสซิงเกอร์ (Laschinger. 2008: 326) พบว่า การเข้าถึงโอกาสการเรียนรู้และก้าวหน้าในงานและสัมพันธภาพที่ดีภายในองค์กรเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างที่มากที่สุด ความมีอิสระในการตัดสินใจและความยืดหยุ่นในงานเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างที่น้อยที่สุด โดยพยาบาลมองว่าที่ทำงานเป็นที่สนับสนุนการปฏิบัติงานตามวิชาชีพ ลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจที่เด่นชัดมากที่สุดคือ ความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจที่เด่นชัดน้อยที่สุดคือ จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจมีลักษณะสำคัญดังนี้ คือ 1) ประสิทธิภาพของผู้นำ 2) การบริหารจัดการองค์กร 3) การบริหารบุคลากร 4) การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน 5) ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ 6) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และ 7) สภาพแวดล้อมการทำงาน โดยคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจดังกล่าวทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น ลดอัตราการลาออกของพยาบาล และสามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยไปพัฒนา ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ต่างๆ ในการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาล และสามารถธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพให้คงอยู่ในองค์กรต่อไปได้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงกลุ่มและลักษณะกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจ
2. สามารถนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจไปวางแผนการบริหาร และสามารถบำรุงรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ในงานได้

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 โรง ประกอบด้วย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ รวมทั้งหมด 5,091 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 โรง ประกอบด้วย โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ รวมทั้งหมด 952 คน ในทุกแผนกของโรงพยาบาล ซึ่งได้มาจากการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์จัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานครคือ คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจ ประกอบด้วย

1. ประสิทธิภาพของผู้นำ
2. การบริหารจัดการองค์การ
3. การบริหารบุคลากร
4. การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน
5. ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ
6. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์
7. สภาพแวดล้อมการทำงาน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ** หมายถึง ลักษณะของโรงพยาบาลที่พยาบาลต้องการที่จะทำงานและมีความพึงพอใจในการทำงาน มีความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจและมีความสุข เป็นโรงพยาบาลที่สามารถธำรงรักษาพยาบาลให้คงอยู่กับองค์กรได้อย่างยาวนาน โดยคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาจากลักษณะสำคัญดังนี้ คือ ประสิทธิภาพของผู้นำ การบริหารจัดการองค์กร การบริหารบุคลากร การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และสภาพแวดล้อมการทำงาน

2. **โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ** หมายถึง โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของรัฐบาล มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด และมีขีดความสามารถในการรักษาโรคที่ยุ่งยากและซับซ้อน

3. **การวิเคราะห์จัดกลุ่ม** หมายถึง การจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจที่มีลักษณะคล้ายกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้ตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์จัดกลุ่ม ดังนี้

3.1 **ประสิทธิภาพของผู้นำ** หมายถึง เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะที่ดีทั้งด้านการปฏิบัติงานการพยาบาลและด้านการบริหาร เป็นแบบอย่างที่ดี มีวิสัยทัศน์กว้างไกล สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีความยืดหยุ่น ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น มีความมั่นใจ กล้าตัดสินใจในเชิงสร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบ สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ปฏิบัติงานได้ สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล/หัวหน้าแผนกการพยาบาล/ผู้อำนวยการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย

3.2 **การบริหารจัดการองค์กร** หมายถึง องค์กรมีรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยพยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งด้านการปฏิบัติงานการพยาบาลและด้านการบริหาร โครงสร้างขององค์กรเป็นแบบแบนราบ มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการ มีการสื่อสารภายในองค์กรอย่างทั่วถึง และมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย

3.3 **การบริหารบุคลากร** หมายถึง องค์กรมีกระบวนการคัดเลือกและจัดสรรพยาบาลเหมาะสมกับลักษณะงานในแต่ละแผนก พิจารณาเลื่อนขั้นหรือเลื่อนตำแหน่งตามผลการประเมินการปฏิบัติงาน กำหนดบันไดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ มีการจัดอัตรากำลังที่เพียงพอ เหมาะสมต่อประเภทและจำนวนของผู้ป่วย มีการจัดตารางการปฏิบัติงานที่ยืดหยุ่น เหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้รับค่าตอบแทนจากการปฏิบัติงาน คือ เงินเดือน ค่าอยู่แหว และเงินล่วงเวลาเหมาะสม

กับหน้าที่ความรับผิดชอบของตน สอดคล้องกับสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน และมีสวัสดิการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตให้ เช่น อาหาร หอพัก การรักษาพยาบาล

3.4 การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน หมายถึง ผู้บริหารระดับเหนือกว่า จัดสรรทรัพยากรที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ให้การสนับสนุนและส่งเสริมการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะความสามารถ และให้โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน โดยให้การยอมรับ ยกย่องชมเชย

3.5 ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลได้อย่างเป็นอิสระตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้ดุลยพินิจและการตัดสินใจด้วยตนเอง

3.6 สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ หมายถึง ความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลกับแพทย์ ให้การยอมรับในความสามารถและให้เกียรติซึ่งกันและกัน

3.7 สภาพแวดล้อมการทำงาน หมายถึง โรงพยาบาลมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน โดยสถานที่ทำงานมีความสะอาด สะดวกสบาย ปลอดภัย มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่พร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน และมีนวัตกรรมใหม่ๆ เติงสร้างสรรคที่ช่วยส่งเสริมให้การทำงานง่ายและสะดวกขึ้น รวมทั้งมีบรรยากาศการทำงานที่ดี ทำให้มีความสุขในการทำงาน

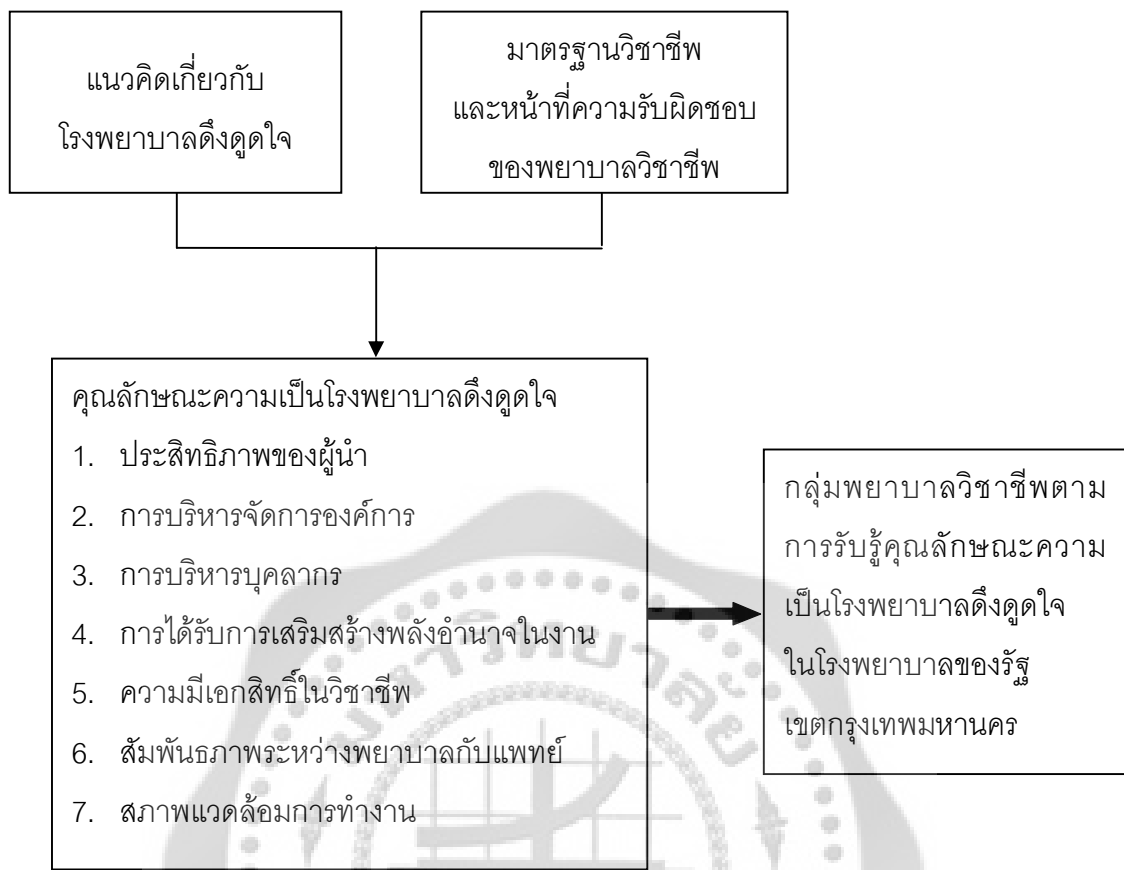
4. มาตรฐานวิชาชีพ หมายถึง แนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตรงกันในทุกๆ สถานการณ์ และใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลดึงดูดใจเกิดขึ้นจากความพยายามในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา โดย แมคเคลอร์ และคณะ (McClure; et al. 1983: 1-37) ได้ศึกษาโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจให้พยาบาลจบใหม่อยากเข้ามาปฏิบัติงาน และสามารถทำให้พยาบาลเหล่านั้นคงอยู่ในองค์กรได้อย่างมีความสุขโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ต่อมา คราเมอร์ และ ชมาเลนเบิร์ก (Kramer; & Schmalenberg. 2002: 25-29) ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของการเป็นโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจโดยการสอบถามจากพยาบาลระดับปฏิบัติการ ฮินชอร์ (Hinshaw. 2002: 83-88) ได้ศึกษาทบทวนลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจและสรุปเป็นกลยุทธ์การสร้างแรงดึงดูดใจ เออร์เดน และโมนาร์ช (Urden; & Monarch. 2002: 103-107) ได้เสนอเกณฑ์ประเมินสำหรับโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจของ American Nursing Credentialing Center (ANCC) ซึ่งมีชื่อเรียกว่า 14 Force of Magnetism และใช้เป็นเกณฑ์ประเมินมาจนถึงปัจจุบัน และ สเทนไบน์เดอร์ (Stenbinder. 2005: 268-274) ได้เสนอว่านอกจากการปฏิบัติตามแนวทางของ 14 Forces of Magnetism แล้ว องค์กรควร

มีองค์ประกอบที่สำคัญอีก คือ 1) มีนวัตกรรม 2) มีความเป็นเยี่ยม 3) การเงินหรืองบประมาณ 4) การว่าจ้างและการสื่อสาร และมีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์และการบันทึกเอกสาร สำหรับในประเทศไทย ทศนา บุญทอง (2547: 5-6) ได้เสนอมาตรการที่ควรดำเนินการเพื่อธำรงรักษากำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ไว้ในระบบ กระทรวงสาธารณสุข (2547: 20-22) ได้จัดทำแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุขเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข และ วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวดี (2555: 5, 10-11) ได้นำเสนอมาตรการการธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพไว้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลดึงดูดใจนอกจากจะมุ่งเน้นในเรื่องการเพิ่มความพึงพอใจในงานของพยาบาลแล้ว ยังตระหนักในเรื่องบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพในการให้พยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพด้วย ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย

ผลจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัย และแนวคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลดึงดูดใจ พบว่า คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ มีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ 1) ประสิทธิภาพของผู้นำ 2) การบริหารจัดการองค์กร 3) การบริหารบุคลากร 4) การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน 5) ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ 6) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และ 7) สภาพแวดล้อมการทำงาน โดยตัวแปรเหล่านี้สามารถนำมาใช้เป็นตัวแปรในการวิเคราะห์จัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจได้ ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดิ่งดูใจ ได้แก่ ประสิทธิภาพของผู้นำ การบริหารจัดการองค์การ การบริหารบุคลากร การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และสภาพแวดล้อมการทำงาน สามารถจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดิ่งดูใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานครได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลของรัฐ
 - 1.1 ลักษณะงานของโรงพยาบาลของรัฐ
 - 1.2 ระดับการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ
 - 1.3 ประเภทและจำนวนโรงพยาบาลของรัฐ
2. งานพยาบาล
 - 2.1 โครงสร้างองค์การพยาบาล
 - 2.2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.3 มาตรฐานวิชาชีพ
3. การวิเคราะห์จัดกลุ่ม (Cluster Analysis)
 - 3.1 แนวทางการวิเคราะห์จัดกลุ่ม
 - 3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์จัดกลุ่ม
 - 3.2.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 3.2.2 งานวิจัยต่างประเทศ
4. คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ (Magnet Hospital Characteristics)
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 แนวคิด
 - 4.3 ประโยชน์
 - 4.4 กระบวนการรับรองและเกณฑ์การให้รางวัล
 - 4.5 งานวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ
 - 4.5.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 4.5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. โรงพยาบาลของรัฐ

1.1 ลักษณะงานของโรงพยาบาลของรัฐ

โรงพยาบาลของรัฐ เป็นสถานบริการทางสุขภาพที่อยู่ในสังกัดของรัฐบาล ลักษณะของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพและขีดความสามารถในการรักษาโรคที่แทรกซ้อนรุนแรง ลักษณะของโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานครมีความสลับซับซ้อนประกอบด้วยกลุ่มหรือฝ่ายต่างๆ ร่วมกัน ขอบเขตการปฏิบัติงานกว้างขวาง มีการจัดแบ่งงานบริการออกเป็นหลายฝ่ายตามความเชี่ยวชาญเฉพาะ ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาลทุกสาขาวิชา รวมทั้งการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มาใช้บริการทั้งทางกายและจิต เพื่อให้การดำเนินการขององค์กรมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยให้แนวคิดการทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลของรัฐจึงต้องจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาวการณ์ในปัจจุบันและเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยที่ศนา บุญทอง (2543: 22-33) กล่าวถึงระบบบริการสุขภาพไทยว่าควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นระบบบริการที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ แต่ละระดับของสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่าย โดยใช้ระบบส่งต่อ (Referral System) ตามลำดับดังนี้ สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

2. เป็นระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว โดยรัฐสนับสนุนให้สถานีอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

3. เป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการส่งเสริมและรักษาสุขภาพเชิงรุก เป็นการดูแล “คน” ไม่ใช่ดูแล “โรค” เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จากสถาบันหนึ่งสู่อีกสถาบันหนึ่ง ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัว มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองและพึ่งพาตนได้มากที่สุด เน้นการทำงานร่วมกันในลักษณะสาขาที่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคนมีส่วนที่จะใช้ความรู้ ความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งทำงานร่วมกับประชาชน และบุคคลในวิชาชีพอื่นๆ ทั้งในระบบราชการและองค์กรเอกชน สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนใช้ทางเลือกอื่นๆ ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม เช่น การแพทย์ทางเลือก

4. เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและมีความต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพควรเป็นระบบที่สามารถปรับให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมปัจจุบัน ส่งเสริมการแข่งขันและการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนด้วยจุดมุ่งหมายให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดีที่สุด ผู้ให้บริการมุ่งเน้นพัฒนามาตรฐานบริการ ส่งเสริมระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิให้มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบเครือข่ายที่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

5. เป็นระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม การจัดบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมคุ้มค่ากับการลงทุน ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น ทำให้ประชาชนไม่เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง ชับซ้อน ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคไม่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการลงทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต่ำและคุ้มค่า

6. เป็นระบบบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดในเรื่องการกระจายอำนาจ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล สร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชนในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน

7. เป็นระบบบริการที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน ถ้ากระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาไปได้จนถึงขีดสูงสุด ทำให้ประชาชนมีชีวิตและความเป็นอยู่อย่างดีทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

8. เป็นระบบบริการแบบบูรณาการ มีการผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพไว้ในงานบริการสุขภาพทุกระดับ

9. เป็นระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเชิงรุก

10. เป็นระบบบริการที่มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในทุกระดับของระบบจะต้องมีความรู้ที่เป็นปัจจุบัน ทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และสามารถนำความรู้ที่นำมาพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคม

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลของรัฐมีภารกิจในการให้การบริการสุขภาพแก่ประชาชนในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องมีความครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การบริการที่ให้แก่ก็ต้องมีคุณภาพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงองค์ความรู้ด้วยเพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ในปัจจุบัน

1.2 ระดับการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ

สมจิต หนูเจริญกุล (2550: 1-3) แบ่งระบบสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จัดให้กับประชาชนทุกคนในทุกภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ตั้งแต่มีสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน การดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งการประสานงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม โดยการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชน

การดูแลสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ หมายถึง การดูแลที่เน้นการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน รุนแรง วิกฤต ต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้นช่วยเหลือเพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย การป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การฟื้นฟูสภาพ การปรับปรุงสภาพการทำงานที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ระบบการพยาบาลจึงต้องใช้พยาบาลในระดับพื้นฐาน และพยาบาลผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม มีหน่วยการเรียนรู้ ฝึกทักษะแก่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ มีหน่วยวิจัยทางการแพทย์ที่ศึกษาค้นคว้าวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาล มีระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์รวมทั้งระบบการประกันคุณภาพบริการพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข (2547: 6-8) แบ่งระดับสถานบริการสุขภาพตามภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System: GIS) ดังนี้

1) หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง สถานบริการตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย ศูนย์เทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน มีภารกิจด้านงานส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ซึ่งควรเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้จุดศูนย์กลางตำบลที่สุดและประชาชนในตำบลนั้นสามารถเดินทางเข้าถึงบริการสะดวกที่สุด โดยควรจัดแพทย์ให้บริการในหน่วยบริการในลักษณะหมุนเวียนหรือบริการประจำ เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาดวิทยา

2) หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) จำแนกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

(1) หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับต้น หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลมีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลขั้นสุดท้ายที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) รักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (Common Problem) ไม่ซับซ้อนมากนัก โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกัน อาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาดวิทยา ทำหน้าที่ดูแล

(2) หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน มีภารกิจในด้านการรักษาพยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น มีความจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ได้แก่ สาขาสูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์

(3) หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับสูง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง สาขารอง นอกจากแพทย์เฉพาะทางในสาขาหลัก เช่น จักษุวิทยา โสต นาสิก ลาลิงซ์ รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชบำบัดวิกฤต

3) หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) จำแนกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

(1) หน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาค่อยอด (Sub-Specialty) เช่น สาขาค่อยอดของอายุรศาสตร์ คือ อายุรศาสตร์โรคไต โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคเลือด ตจวิทยา โรคทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อ เป็นต้น สาขาค่อยอดศัลยศาสตร์ คือ ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ทรวงอก กุมารศัลยศาสตร์ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลอดเลือด ตกแต่ง เป็นต้น สาขาค่อยอดกุมารเวชศาสตร์ คือ ระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือด เป็นต้น สาขาอื่น เช่น พยาธิวิทยา พยาธิวิทยากายวิภาค รังสีรักษา รังสีวินิจฉัย เวชศาสตร์นิวเคลียร์ มะเร็งวิทยา เป็นต้น

(2) หน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง (Excellence Center) หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจนอกจากจะทำหน้าที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิแล้ว ยังกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ (เน้นแพทย์ในสาขา

ศัลยศาสตร์โรคทรวงอก อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อายุรศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์ทางเดินหายใจ กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ) ศูนย์มะเร็ง (เน้นแพทย์ในสาขารังสีรักษา/รังสีวินิจฉัย/เวชศาสตร์นิวเคลียร์ สาขาพยาธิวิทยา/กายวิภาค อายุรศาสตร์โรคเลือด) ศูนย์อุบัติเหตุ (เน้นแพทย์ในสาขา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ นิติเวช กุมารศัลยศาสตร์) ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น

โรงพยาบาลของรัฐแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานและรักษาโรคทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ ให้บริการรักษาโรคที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาโรคที่มีปัญหาซับซ้อนมากที่สุด อาการหนักมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง

1.3 ประเภทและจำนวนโรงพยาบาลของรัฐ

โรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวนทั้งหมด 54 แห่ง โดยแบ่งเป็น 12 สังกัด จำแนกตามสังกัดได้ดังนี้ (ทำเนียบโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 2552-2553. 2552: 64-95)

1. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 13 โรง โดยแบ่งเป็นประเภทบริการรักษาโรคทั่วไป 4 โรง คือ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลสงฆ์ ประเภทรักษาโรคเฉพาะทาง 9 โรงคือ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันโรคผิวหนัง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันประสาทวิทยา สถาบันกัลยาณ์-ราชนครินทร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันราชานุกูล โรงพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1
2. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลกรมสรรพาวุธ ทหารเรือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลทหารผ่านศึก โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า
3. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 4 โรง โดยแบ่งเป็นประเภทบริการรักษาโรคทั่วไป 2 โรง คือ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามธิบดี ประเภทรักษาโรคเฉพาะทาง คือ โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
4. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงยุติธรรม มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 3 โรง คือ ทักษสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ โรงพยาบาลสถานพยาบาลทัณฑสถานหญิงกลาง และโรงพยาบาลสถานพยาบาลเรือนจำพิเศษ กรุงเทพมหานคร
5. โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 1 โรง คือ โรงพยาบาลตำรวจ
6. องค์การอิสระ มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 2 โรง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์

7. องค์การมหาชน มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 2 โรง คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาพร้อมมิตร และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาเยาวรักษ์

8. โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 16 โรง คือ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลวิทาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุนนาค รุ่งเรือง โรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย โรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 45 ร่มเกล้าลาดกระบัง โรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันตารัตนุทิศ โรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควิษณุทิศ โรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 65 รักษาสุขบางบอน สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลหนองจอก และโรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ศักดิ์ ชูตินโรอุทิศ

9. รัฐวิสาหกิจ มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 4 โรง คือ โรงพยาบาลการท่าเรือแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง โรงพยาบาลบุรฉัตรไชยากร และโรงพยาบาลโรงงานยาสูบ

10. สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 1 โรง คือ โรงพยาบาลประสานมิตร (โรงพยาบาลโรคปอดกรุงเทพ)

11. มูลนิธิจุฬารัตน์ มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 1 โรง คือ โรงพยาบาลศูนย์วิจัยและบำบัดโรคมะเร็ง สถาบันวิจัยจุฬารัตน์

12. มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดจำนวน 1 โรง คือ โรงพยาบาลหน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ ตึกกัลยาณีวัฒนา

เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งหมด 6 สังกัด คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ องค์การอิสระ สำนักนายกรัฐมนตรี และ กรุงเทพมหานคร แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาธิบดี สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย สังกัดองค์การอิสระ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร (เดิมชื่อวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล) สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้มีการปรับเปลี่ยนจากหน่วยงานของรัฐ มาเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐ เพื่อให้สอดคล้องกับประชากรที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลของรัฐ 3 สังกัด คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม และสำนักนายกรัฐมนตรี

2. งานพยาบาล

2.1 โครงสร้างองค์การพยาบาล

องค์การพยาบาลเป็นองค์การย่อยองค์การหนึ่งในโรงพยาบาล เป็นองค์การที่มีความสำคัญมาก และมีจำนวนเจ้าหน้าที่มากที่สุดในโรงพยาบาล องค์การพยาบาลเป็นองค์การที่มีความจำเป็นต้องทำงานร่วมกับผู้อื่นมากมาย และจะต้องติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยด้วย (นิตยา ศรีญาณลักษณ์. 2552: 126)

องค์การพยาบาลประกอบด้วยบุคลากรพยาบาลทุกระดับ ได้แก่ ผู้บริหารการพยาบาล (Nurse Administrators) นักวิชาการศึกษาพยาบาล (Nurse Educators) พยาบาลประจำการ (Staff Nurses) พยาบาลเทคนิค (Technical Nurses) ผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurses) และพนักงานหอผู้ป่วย (Ward Clerks) (บุญใจ ศรีสถิตยน์นรากร. 2551: 31)

ลักษณะโครงสร้างองค์การพยาบาลที่ดีมีลักษณะดังนี้

1. สายการบังคับบัญชา (Hierarchy or Line Authority) สายการบังคับบัญชาแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา ทำให้ทราบตำแหน่งงานและอำนาจบังคับบัญชาที่ลดหลั่นเป็นระดับ

ความเหมาะสมจำนวนสายการบังคับบัญชาขึ้นอยู่กับขนาดขององค์การพยาบาล จำนวนสายการบังคับบัญชาขององค์การพยาบาลขนาดใหญ่ย่อมมากกว่าองค์การขนาดเล็ก หากองค์การพยาบาลมีขนาดเล็ก แต่จำนวนสายการบังคับบัญชามีหลายชั้น จะทำให้ความคล่องตัวในการบริหารงานลดลง

2. ขอบเขตการควบคุม (Span of Control) หมายถึง จำนวนผู้ใต้บังคับบัญชาที่อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของผู้บริหารแต่ละตำแหน่ง

ความเหมาะสมของจำนวนผู้ใต้บังคับบัญชาที่อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของผู้บริหารแต่ละตำแหน่งขึ้นอยู่กับระดับตำแหน่งผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูง: จำนวนผู้ใต้บังคับบัญชาในชั้นถัดลงมา 1 ชั้น = 1:5 (จำนวนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล: จำนวนหัวหน้าแผนก = 1:5) ส่วนผู้บริหารระดับล่าง: จำนวนผู้ใต้บังคับบัญชาในชั้นถัดลงมา 1 ชั้น = 1:15 (จำนวนหัวหน้าหอผู้ป่วย: พยาบาลประจำการ = 1:15)

3. ตำแหน่งหลักและตำแหน่งช่วย (Line Position and Staff Position)

ตำแหน่งหลัก (Line Position) หมายถึง ตำแหน่งที่เป็นแกนกลางของหน่วยงาน มีอำนาจสั่งการ และมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อบุคลากรพยาบาลในหน่วยงาน

ตำแหน่งช่วย (Staff Position) หมายถึง ตำแหน่งที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานหลัก แต่ไม่มีอำนาจสั่งการบุคลากรพยาบาลในหน่วยงานหลัก

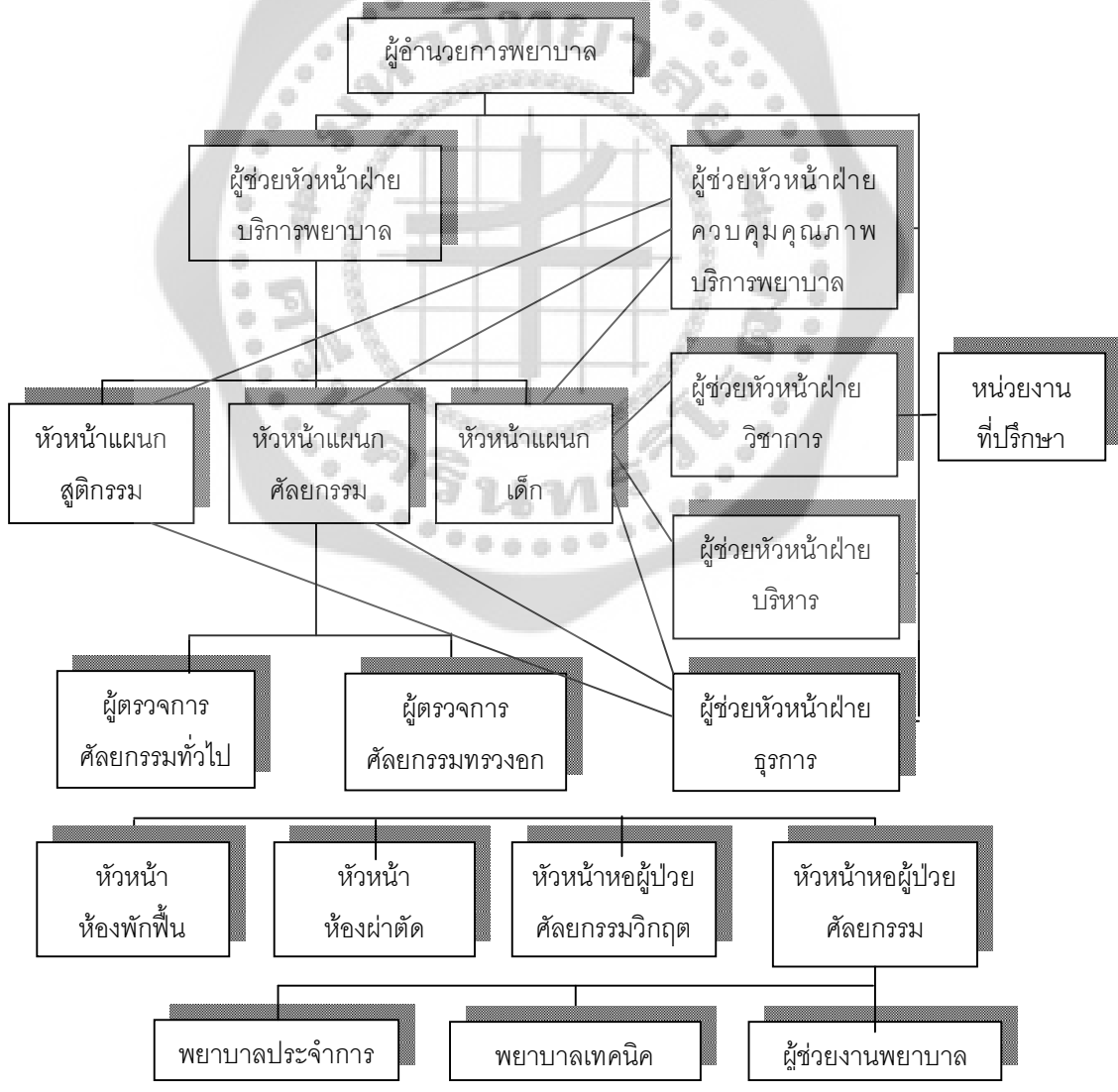
4. เอกภาพในการบังคับบัญชา (Unity of Command) หมายถึง อำนาจสั่งการตามขอบเขตความรับผิดชอบของผู้บังคับบัญชา การสั่งการที่ดี ผู้บังคับบัญชาไม่ควรสั่งการข้ามระดับสายบังคับบัญชา เพราะจะทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาสับสนในคำสั่งที่ได้รับจากผู้บังคับบัญชาหลายๆ คน

5. ช่องทางการติดต่อสื่อสาร (Channel of Communication) โครงสร้างองค์การพยาบาลที่ดีกำหนดช่องทางการติดต่อสื่อสารที่เอื้ออำนวยในการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในองค์การและระหว่างหน่วยงานภายนอกองค์การ

รูปแบบโครงสร้างองค์การพยาบาล

1. โครงสร้างองค์การแบบตำแหน่งหลักและตำแหน่งช่วย (Line and Staff Structure)

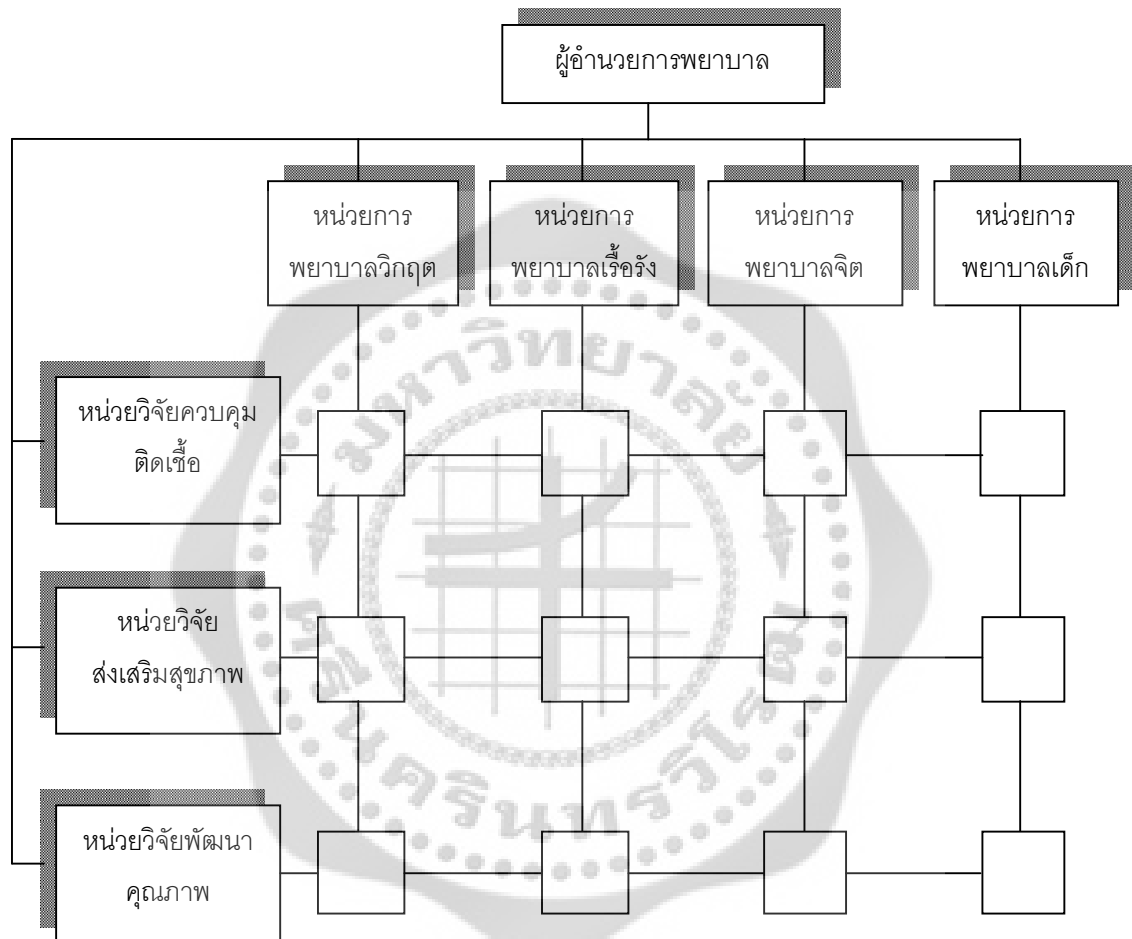
เป็นโครงสร้างองค์การที่มีผู้บริหารตำแหน่งหลัก (Line Position) และมีผู้บริหารตำแหน่งช่วย (Staff Position) (บุญใจ ศรีสถิตยัณฺหารุจร. 2551: 108)



ภาพประกอบ 2 โครงสร้างองค์การแบบตำแหน่งหลักและตำแหน่งช่วย

2. โครงสร้างองค์การแบบเมตริกซ์ (Matrix Structure)

เป็นโครงสร้างองค์การซึ่งผู้บริหารงานตำแหน่งแนวตั้ง (Vertical) และผู้บริหารงานตำแหน่งแนวราบ (Horizontal) ต่างมีอำนาจบังคับบัญชาบุคลากรภายใต้สายการบังคับบัญชาโดยเท่าเทียมกัน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ บุคลากรพยาบาลมีผู้บังคับบัญชา 2 คน

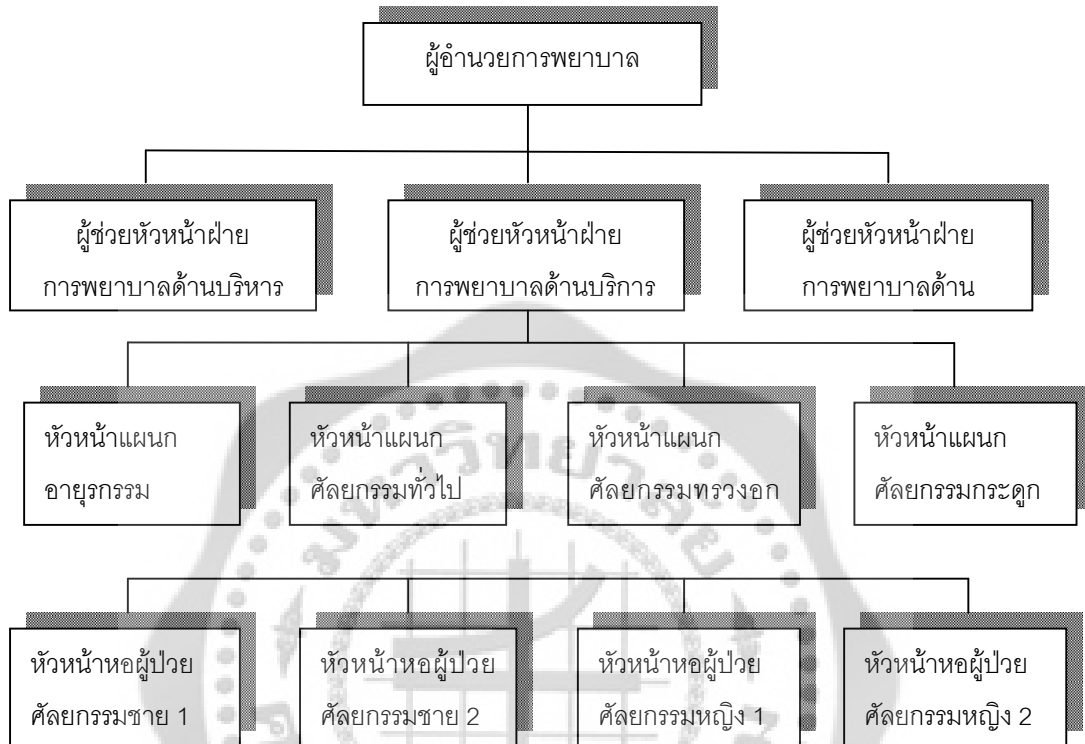


ภาพประกอบ 3 โครงสร้างองค์การแบบเมตริกซ์

ที่มา : บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2551: 109). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21.

3. โครงสร้างองค์การแบบหน้าที่ (Functional Structure)

เป็นโครงสร้างองค์การที่กำหนดตามขอบเขตหน้าที่การทำงาน ผู้บริหารแต่ละระดับชั้นสายการบังคับบัญชาจะมีอำนาจในตำแหน่งงานที่เท่าเทียมกัน



ภาพประกอบ 4 โครงสร้างองค์การแบบหน้าที่

ที่มา : บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2551: 110). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21.

หลักการออกแบบโครงสร้างองค์การพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทสังคมในศตวรรษที่ 21

1. การบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participative Management)

ปรัชญาการบริหารองค์การยุคเก่าจะให้ความสำคัญกับงาน การนิเทศงาน เน้นการติดตามและการควบคุม ใช้อำนาจจากตำแหน่งงานมาบังคับ ชูเชี่ยว และลงโทษ เพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกรงกลัวและปฏิบัติตามคำสั่งอย่างเคร่งครัด ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นแบบเจ้านายและลูกจ้าง ใช้วิธีการบริหารแบบรวบอำนาจ (Centralization) ผู้บริหารจะตัดสินใจด้วยตนเองและสั่งการมายังผู้ปฏิบัติงานระดับล่างให้ปฏิบัติตามที่สั่งการ

ปรัชญาการบริหารองค์การยุคใหม่จะใช้การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม (Participative Management) โดยผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน ร่วมตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบ หรือยึดหลักปรัชญา “ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจ” บริหารโดยให้ความสำคัญกับคนและเน้นการทำงานเป็นทีม เชื่อในปรัชญาที่ว่างานจะสำเร็จได้นั้น ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจะต้องร่วมแรงร่วมใจกันและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาไม่ใช่แบบเจ้านายและลูกจ้าง แต่ผู้ใต้บังคับบัญชาคือผู้ร่วมงาน จากการศึกษาวิจัยพบว่า การบริหารงานโดยให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจในการดำเนินงานขององค์การโดยยึดหลักเหตุผลและหลักการตามวิถีทางของระบอบประชาธิปไตย จะช่วยเพิ่มบรรยากาศในการทำงาน ก่อให้เกิดความกลมเกลียวสามัคคีระหว่างผู้ร่วมงานหรือทีมงานและประสิทธิผลการทำงานเป็นทีม (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2551: 112; อ้างอิงจาก Liwit & Stringer. 1968.)

2. ลดจำนวนชั้นสายการบังคับบัญชา (Downsizing)

สายบังคับบัญชา (Hierarchy or Line Authority) แสดงระดับการบังคับบัญชาของผู้บริหารการพยาบาล ตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ และอำนาจการบังคับบัญชาที่ลดหลั่นกันลงมา

องค์การยุคเก่า โครงสร้างองค์การจะมีลักษณะสูง (Tall Structure) ผู้บริหารจะรวบรวมอำนาจการบริหารที่ส่วนกลาง การติดต่อสื่อสารการประสานงานทั้งภายในองค์การและภายนอกองค์การขาดความคล่องตัว ทำให้การดำเนินงานขององค์การไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จากผลการวิจัยขาดความคล่องตัวพบว่า โครงสร้างองค์การที่มีลักษณะสูง โครงสร้างสลับซับซ้อน และการบริหารแบบรวบรวมอำนาจจะทำให้ในการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน รวมทั้งการดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2551: 112; อ้างอิงจาก Steers. 1977.)

โครงสร้างองค์การในศตวรรษที่ 21 ที่มีความร่วมสมัย ต้องเป็นโครงสร้างแบบราบ (Flat organizational structure) จำนวนสายการบังคับบัญชาไม่มาก เหมาะสมกับขนาดขององค์การ มีการกระจายอำนาจไปยังผู้บริหารระดับล่าง (Decentralization) การติดต่อสื่อสารเป็นแบบสองทาง (Two Ways Communication) มีการประสานงานระหว่างองค์การในลักษณะเครือข่าย (Net Work Organization) ซึ่งทำให้มีความคล่องตัวในการบริหาร การสั่งการ การติดต่อสื่อสารและการประสานงาน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานและผลผลิต ดังที่ Hastings กล่าวว่าโครงสร้างองค์การยุคใหม่ต้องมีโครงสร้างแบบราบ หรือมีการกระจายอำนาจ เพื่อความคล่องตัวในการบริหาร สอดคล้องกับคำกล่าว “Small is beautiful” (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2551: 113; อ้างอิงจาก Hastings. 1993.) การบริหารแบบกระจายอำนาจ นอกจากทำให้การดำเนินงานบรรลุผล

อย่างมีประสิทธิภาพ ยังทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีความพึงพอใจในงาน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2551: 113; อ้างอิงจาก Heckman & Oldham. 1980.; Robbins. 2001.)

3. เอกภาพในการบังคับบัญชา (Unity of Command)

เอกภาพในการบังคับบัญชา หมายถึง อำนาจสั่งการตามขอบเขตความรับผิดชอบของผู้บริหาร การออกแบบโครงสร้างองค์การที่ดี ต้องกำหนดอำนาจการบังคับบัญชาของแต่ละตำแหน่งงานที่ชัดเจน กำหนดขอบเขตการสั่งการของผู้บังคับบัญชาไปยังผู้ใต้บังคับบัญชา รวมทั้งกำหนดขั้นตอนการสั่งการจากผู้บังคับบัญชาสูงสุดสู่ผู้ปฏิบัติงานโดยลดหลั่นเป็นขั้นๆ

4. โครงสร้างไม่ถาวร (Organic Structure)

โครงสร้างองค์การที่ดีต้องมีความเป็นพลวัต (Dynamic) ยืดหยุ่น (Flexible) และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง (Adjust to Change) โดยมีการปรับโครงสร้างองค์การและออกแบบโครงสร้างองค์การให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมขององค์การและบริบทสังคมในแต่ละยุคสมัย สำหรับโครงสร้างองค์การในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องปรับโครงสร้างองค์การทุก 2-3 ปี เพื่อให้องค์การก้าวทันกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคม (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2551: 113; อ้างอิงจาก Robbins. 2001.)

5. ช่องทางการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective Communication)

กำหนดช่องทางการติดต่อสื่อสารที่เอื้ออำนวยในการติดต่อสื่อสารประสานงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานแต่ละแผนกในองค์การ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานระหว่างองค์การภายนอกอื่นๆที่เกี่ยวข้อง มีการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง (Two Ways Communication) และการติดต่อสื่อสารในแนวราบ (Lateral Communication or Horizontal Communication) หมายถึง การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานในระดับเดียวกัน เช่น การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านบริการและผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านบริหารและผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านวิชาการ การติดต่อสื่อสารระหว่างหัวหน้าแผนกอายุรกรรมและหัวหน้าแผนกศัลยกรรม เป็นต้น

6. ลดต้นทุน (Reduce Cost)

การออกแบบโครงสร้างองค์การที่ลดต้นทุนการดำเนินงาน โดยการยุบรวมหน่วยงานที่มีลักษณะงานเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน (Merge) และยุบหน่วยงานที่ไม่จำเป็น ซึ่งทำให้ลดจำนวนตำแหน่งผู้บริหารการพยาบาลและจำนวนบุคลากรพยาบาล รวมทั้งยังช่วยประหยัดทรัพยากรและค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ค่าจ้าง ค่าไฟฟ้า เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การออกแบบโครงสร้างองค์การที่ดี ต้องไม่คำนึงเฉพาะการลดต้นทุนการดำเนินงานเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรพยาบาลและคุณภาพการรักษาพยาบาลด้วย จากผลการวิจัยพบว่า การลดขนาดโครงสร้างองค์การและการลดจำนวนพยาบาลโดยไม่คำนึงถึงความ

เหมาะสมระหว่างจำนวนพยาบาลส่วนที่คงเหลือกับปริมาณภาระงาน ทำให้พยาบาลส่วนที่คงเหลือมีความเหน็ดเหนื่อย เครียด และไม่พึงพอใจในงาน รวมทั้งทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง และยังทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2551: 114; อ้างอิงจาก Aiken; et al. 2002a.; Blegan; Goode; & Reed. 1998.; Cummings; Hayduk; & Estabrooks. 2005.; Kovner & Gergen. 1998.; Needleman; et al. 2002.)

7. อำนาจหน้าที่เท่าเทียมกับความรับผิดชอบ (Authority Equal to Responsibility)

อำนาจหน้าที่ (Authority) หมายถึง อำนาจการบังคับบัญชาของบุคคล ซึ่งเป็นอำนาจจากตำแหน่งงานที่ปฏิบัติ (Position Power)

การกำหนดอำนาจหน้าที่ในลักษณะที่มีความสมดุลกับงานที่ได้รับมอบหมาย มอบอำนาจตัดสินใจสิ่งๆ ที่เหมาะสมกับความรับผิดชอบ (Authority Equal to Responsibility) และให้อิสระในการทำงาน (Autonomy) จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจในการทำงานและผลงานมีคุณภาพ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2551: 114; อ้างอิงจาก Hackman & Oldham. 1980.)

8. กำหนดหน้าที่และบทบาทแต่ละตำแหน่งอย่างชัดเจน (Clearly Function and Roles)

การกำหนดหน้าที่และบทบาทแต่ละตำแหน่งงานที่ชัดเจน และเป็นลายลักษณ์อักษร จะช่วยป้องกันการงานที่ซ้ำซ้อน และป้องกันความสับสนเกี่ยวกับขอบเขตงานที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งช่วยขจัดความขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การกำหนดหน้าที่แต่ละตำแหน่งงานต้องมีความเหมาะสมกับค่าตอบแทน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2551: 107-115)

โครงสร้างองค์การพยาบาลที่ดีมีผลต่อการประสบความสำเร็จของหน่วยงาน ดังนั้น โครงสร้างองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21 จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนการออกแบบโครงสร้างให้มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ดังนี้ 1) การบริหารแบบมีส่วนร่วม 2) ลดจำนวนสายการบังคับบัญชา 3) เอกภาพในการบังคับบัญชา 4) โครงสร้างไม่ถาวร 5) ช่องทางการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 6) ลดต้นทุน 7) อำนาจหน้าที่เท่าเทียมกับความรับผิดชอบ และ 8) กำหนดหน้าที่และบทบาทแต่ละตำแหน่งอย่างชัดเจน

2.2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539: 12-14) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการไว้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพใช้ความรู้และทักษะขั้นพื้นฐานในการให้บริการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วย และครอบครัวในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อวางแผนและทำให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีส่วนร่วมในการใช้

มาตรฐานการพยาบาลเพื่อควบคุมคุณภาพให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเกี่ยวข้อง รวมถึง การขอคำปรึกษาและความร่วมมือที่ดีในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพดังนี้

1.1 ใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหา การวินิจฉัย วางแผน และให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยที่แก้ปัญหาฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย

1.2 ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กระบวนการดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 มีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาหารือ ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการใน หน่วยงาน

1.4 ฝ้าสังเกต วิเคราะห์อาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ดำเนินการ รักษาพยาบาลวิชาชีพในระดับสูงหรือพยาบาลที่มีประสบการณ์หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการ ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤต หรือมีปัญหาซับซ้อน

1.5 ควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน และเหมาะสมที่จะ เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในทีมสุขภาพทุกระดับ รวมถึงการควบคุมและป้องกันเฝ้าระวังการ ติดเชื้อในหอผู้ป่วยตามมาตรฐานของคณะกรรมการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กำหนดไว้

1.6 ร่วมประชุม ปรึกษาหารือกับบุคลากรในหอผู้ป่วย หน่วยงาน หรือทีมในการ ประเมินปัญหา และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข เพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.7 จัดเตรียม และตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการรักษา พยาบาลให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ตลอดเวลา

1.8 สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถใน การดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.9 ปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับ ครอบครัวได้เร็วที่สุด รวมถึงปฏิบัติตามกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย

1.10 มีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วย หน่วยงานที่ ปฏิบัติ โดยใช้มาตรฐานการพยาบาล และคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ

1.11 ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ด้านการพยาบาลในความรับผิดชอบ ในการแก้ไขปัญหา เพื่อควบคุมคุณภาพของการพยาบาลในหอผู้ป่วย หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ

1.12 เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล

2. ด้านการบริหารจัดการ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในหอผู้ป่วย หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติเพื่อประกันคุณภาพการบริการโดย

- 2.1 มีส่วนร่วมในการสร้างทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
 - 2.2 มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา แกไขอุปสรรคที่เกิดจากระบบงาน
 - 2.3 มีส่วนร่วมในโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพในหน่วยงาน
 - 2.4 ประเมินการให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - 2.5 ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อประเมินปรับปรุงคุณภาพการบริการการพยาบาล
 - 2.6 มีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่มงานในโรงพยาบาล หรือองค์การวิชาชีพ
3. ด้านวิชาการ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ดังนี้
- 3.1 มีส่วนร่วมในการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใหม่ รวมทั้งผู้มารับการอบรมในหน่วยงาน
 - 3.2 สอนหรือเป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาลในระดับปริญญาตรี พยาบาลเทคนิค หรือผู้ช่วยพยาบาล
 - 3.3 มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือการสอน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในหน่วยงาน
 - 3.4 ให้ความร่วมมือ หรือมีส่วนร่วมในการทำวิจัยทางการพยาบาล และก็นำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาล

นอกจากนี้ ทศนา บุญทอง (2543: 68-70, 73-76) ได้กล่าวถึงขอบเขตของการปฏิบัติงานของพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ไว้ใน “ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต” ดังนี้

1. ขอบเขตของการปฏิบัติงานของพยาบาลในระดับปฐมภูมิ

การพยาบาลในระดับปฐมภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัยที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยไม่รุนแรงในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และการจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการฟื้นฟูสภาพโดยส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเอง และใช้ทรัพยากรในชุมชนรวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด การส่งต่อผู้เจ็บป่วยที่เกินศักยภาพการดูแลให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทั้งนี้การจัดบริการในระดับปฐมภูมิจะต้องครอบคลุมประชาชนในความรับผิดชอบโดยทั่วถึง

โดยรูปแบบการบริการประกอบด้วย การบริการในสถานบริการในที่พักอาศัยของประชาชนและในชุมชนประเภทต่างๆ ทั้งนี้ได้เสนอขอบเขตการบริการของพยาบาลระดับปฐมภูมิไว้ดังนี้

1) การประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน โดยการแยกกลุ่มคนที่ปกติ คนที่มีภาวะความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และกลุ่มคนพิการ เพื่อการจัดบริการให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2) การจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมและผสมผสานความรู้ทางด้านวิชาชีพกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

2.1) ให้การรักษาพยาบาลกลุ่มที่เจ็บป่วย โดยสามารถตัดสินใจ และจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ทั้งภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินและปกติ

2.2) ให้การส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลาย สอดคล้องกับกลุ่มประชาชนและภาวะสุขภาพ เป็นที่ปรึกษา ให้การสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ ให้บริการวางแผนครอบครัวอย่างครอบคลุมทั่วถึง จัดระบบการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ แลกการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3) ให้การเฝ้าระวังการเกิดโรค เช่น การให้วัคซีน การป้องกันการเกิดโรคในชุมชน การเฝ้าระวัง และการป้องกันยาเสพติด เป็นต้น

2.4) ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุนและส่งเสริมญาติและผู้ป่วยให้สามารถฟื้นฟูสุขภาพตนเองในกรณีเจ็บป่วย หรือพิการ

2.5) ติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการเฝ้าระวังและดูแลให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.6) ประสานการดูแลบุคคล ครอบครัว ชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

3) สร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลตนเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยแลกเปลี่ยน และเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

4) ส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการโดยการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิของตนเองในเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เด็กด้อยโอกาสผู้ยากไร้

5) จัดบริการให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มโดยทั่วถึง

6) ส่งเสริมสุขภาพิบาล และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย

7) จัดระบบการส่งต่อทางการบริการพยาบาล เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง

8) จัดระบบข้อมูลปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพประชาชน การวางแผนดำเนินงานตลอดจนการศึกษาค้นคว้าวิจัย

9) กำหนดนโยบาย แผนงาน และกิจกรรม ในการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการบริการสุขภาพของชุมชน

10) ประเมิน ตรวจสอบ และพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

11) สร้างและพัฒนาทีมงานในการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

12) ร่วมสร้างและประสานเครือข่ายทางการพยาบาล ทั้งในด้านวิชาการ และการบริการสุขภาพกับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง และเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ หมายถึง การบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัย ที่เน้นการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย และผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรงจนถึงวิกฤติ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการสืบค้น การช่วยเหลือเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหา การดูแลในระดับทุติยภูมิยังครอบคลุมถึงการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพสูงสุดหลังการเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้การบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจะต้องตอบสนองผู้ที่มีความจำเป็นได้อย่างทั่วถึง และให้บริการทั้งในสถานบริการ และการบริการในที่พักอาศัยของประชาชน นอกจากนี้จะต้องมีระบบการดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างสถานบริการในระดับเดียวกันและต่างระดับ และการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างกัน โดยมีรายละเอียดของขอบเขตการปฏิบัติงาน ดังนี้

1) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ทักษะการประเมินขั้นสูง เพื่อให้สามารถวินิจฉัยปัญหาที่ซับซ้อนและความต้องการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

2) จัดการปัญหาฉุกเฉินและวิกฤตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) จัดการและประสานงานในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการแก้ปัญหาทันที่ มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

3.1) จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลบำบัดอาการตามแผนการที่วางไว้ เช่น การให้ยา และการบำบัดต่างๆ ที่ถูกต้องปลอดภัย โดยเฝ้าระวังผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.2) เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในภาวะฉุกเฉิน และภาวะที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง โดยประเมินปัญหาและความต้องการ เตรียมแหล่งประโยชน์ที่มีในโรงพยาบาลและครอบครัว รวมทั้งชุมชน และใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเหมาะสม

3.3) รวบรวมปัญหาการปฏิบัติงานที่พบบ่อย และจัดการให้มีการเปลี่ยนแปลงในทีมงาน และหรือการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

3.4) ประสานงานติดต่อกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือทันทีและเหมาะสม

3.5) จัดการระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิหรือชุมชน ในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและทีมงานในชุมชนอย่างใกล้ชิดในระยะแรก เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และพัฒนาทักษะการฟื้นฟูและการแก้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลันที่บ้าน

3.6) เป็นที่ปรึกษาของทีมสุขภาพในชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยให้เหมาะสม และอยู่ในสังคมโดยพึ่งตนเองให้มากที่สุด

4) พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตน โดยใช้กลวิธีที่หลากหลาย

5) พัฒนามาตรฐานการพยาบาลและนวัตกรรมการพยาบาล โดยสามารถใช้เทคโนโลยีการรักษาและการพยาบาลที่มีความหลากหลายและซับซ้อน มีการพัฒนามาตรฐานและนวัตกรรมการพยาบาลที่จำเป็น รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมที่มีอยู่เดิมให้มีประสิทธิภาพขึ้น เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

6) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว

6.1) มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการตรวจรักษาและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสและทางเลือกในการรักษาพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วย

6.2) จัดการกระทำและเหตุการณ์ที่จะทำให้มีความเสี่ยงต่ออันตรายของสุขภาพและชีวิตจากการรักษาพยาบาล โดยร่วมกับทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและการทักท้วง ยับยั้งเหตุการณ์ที่อาจเกิดอันตราย

6.3) ประสานผลประโยชน์ให้ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่าย และบริการที่ควรได้รับอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม

พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบใน 3 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารจัดการ และด้านวิชาการ โดยมีขอบเขตของการปฏิบัติงาน ดังนี้ ระดับปฐมภูมิ ให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรองเบื้องต้น และการดูแลรักษา

ผู้เจ็บป่วยอาการไม่รุนแรงในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และดูแลผู้ป่วยอาการเรื้อรังและฟื้นฟูสภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงถึงขั้นวิกฤต มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง

2.3 มาตรฐานวิชาชีพ

มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 กำหนดวัตถุประสงค์ให้สภาการพยาบาลส่งเสริมการศึกษา การบริการ การวิจัย และความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประกอบกับข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับที่ดีที่สุดในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ดังนั้นสภาการพยาบาลจึงได้กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทั้งที่เป็นบริการในชุมชนและในสถานบริการด้านการสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่เฉพาะเจาะจง สำหรับแต่ละหน่วยงานซึ่งจะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Standard) ประกอบด้วยมาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Standard of Nursing and Midwifery Service Organization) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Practice Standard) มาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Outcome Standard)

ข้อ 2 มาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Standard of Nursing and Midwifery Service Organization) มีรายละเอียดดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การจัดองค์กรและการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.1 การบริหารจัดการการพยาบาลดำเนินการโดยองค์กรการพยาบาลและการผดุงครรภ์

1.2 ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรเป็นพยาบาลวิชาชีพ

1.3 องค์กรการพยาบาลและการผดุงครรภ์มีอำนาจ หน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดปรัชญา นโยบายทางการพยาบาลเพื่อเป็นทิศทางการปฏิบัติของทุกหน่วยงานบริการพยาบาลและผดุงครรภ์

1.4 องค์กรการพยาบาลและการผดุงครรภ์มีโครงสร้างและขอบเขตงานในความรับผิดชอบชัดเจน

1.5 มีระบบและกลไกการบริหารที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรและการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

1.6 มีนโยบายเป้าหมายและแผนงานที่ส่งเสริมคุณภาพบริการพยาบาล และการส่งเสริมเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

2.1 มีระบบและกลไกการคัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับงาน

2.2 พยาบาลทุกระดับมีคุณสมบัติเหมาะสมและประสบการณ์ที่เพียงพอ ดังนี้

2.2.1 พยาบาลทุกคนต้องมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

2.2.2 พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้า/หอผู้ป่วย

(1) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และได้รับการฝึกอบรมด้านการบริหาร หรือสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่า หรือปริญญาเอก

(2) มีประสบการณ์ด้านการบริหาร และ/หรือผ่านการฝึกอบรมด้านการบริหาร

2.2.3 พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารสูงสุดขององค์กรการพยาบาล

(1) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และได้รับการอบรมด้านการบริหาร หรือสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่าหรือปริญญาเอก

(2) มีประสบการณ์ด้านการบริหารในระดับหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน

2.3 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ (Job descriptions) และคุณสมบัติเฉพาะ (Job specification) ตำแหน่งของผู้ให้บริการการพยาบาลทุกระดับชัดเจนตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ

2.4 การจัดอัตรากำลังเหมาะสมกับความต้องการบริการพยาบาล (Nursing Needs)

2.5 มีการจัดการเตรียมการการควบคุมกำกับและการประเมินผลการปฏิบัติงานที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการว่าจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ

2.6 มีระบบการพัฒนาความรู้ ความสามารถบุคลากรเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัย

มาตรฐานที่ 3 การจัดระบบงาน และกระบวนการให้บริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์

3.1 การบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ มีการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติ (Nursing Policy & Procedures) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย (Nursing Standard of Patient Care) ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการ

ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องและขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์

3.2 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลในการให้บริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตลอดระยะเวลาที่ให้บริการ

3.3 การมอบหมายงานให้แก่บุคลากรที่มีความรู้และทักษะต่ำกว่าระดับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องไม่ใช่งานในระดับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และมีพยาบาลผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพเป็นผู้กำกับดูแล

3.4 กำหนดนโยบาย และสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

3.5 มีกลไกส่งเสริมให้พยาบาลและผดุงครรภ์ประกอบวิชาชีพที่ได้มาตรฐาน และดำรงไว้ซึ่งจริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

3.6 มีการจัดระบบสารสนเทศ และใช้ข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลในการบริหารจัดการ การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.1 มีนโยบายและแผนงานการจัดการคุณภาพการพยาบาล และการผดุงครรภ์

4.2 มีระบบการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

4.3 มีระบบประกันคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.4 มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement)

ข้อ 3 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Practice Standard) เป็นการปฏิบัติที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการ มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไขโดยพยาบาลและผดุงครรภ์ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 5 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม และมีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชา

มาตรฐานที่ 2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของ ผู้รับบริการ

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ บนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่ทันสมัย โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการทบทวน ประเมินกระบวนการดูแล ผู้รับบริการ อย่างเป็นระบบ มีการนำความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพการ ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 4 การจัดการ การดูแลต่อเนื่อง ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแล ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการและ/หรือ ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถชี้แหล่งประโยชน์ ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุม การดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่องและสามารถใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้

ข้อ 4 มาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Outcome Standard) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพของบริการพยาบาล และผดุงครรภ์ สามารถประเมินได้จากผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยใช้ กระบวนการพยาบาลว่าบรรลุ เป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ และผลลัพธ์โดยรวมของบริการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ทั้งหน่วยงาน ซึ่งอาจประเมินได้จากองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

4.1 ความปลอดภัยจากความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4.2 ผู้รับบริการได้รับการบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4.3 ความรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

4.4 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ

4.5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการและสิทธิที่พึงได้รับ

ทั้งนี้ หน่วยงานต้องพิจารณากำหนดตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบให้เหมาะสม กับลักษณะงานในหน่วยงานของตน และกำหนดเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Threshold) ในแต่ละดัชนี

มาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลเป็นแนวทางในการให้การปฏิบัติการพยาบาล ต่อผู้ป่วย และเป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย มาตรฐาน วิชาชีพการพยาบาลตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 จึงประกอบด้วยมาตรฐานด้านการบริหารองค์กร มาตรฐานด้านการปฏิบัติการพยาบาล และ

มาตรฐานด้านผลลัพธ์ ซึ่งแต่ละหน่วยงานสามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับหน่วยงานของตนได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

3. การวิเคราะห์จัดกลุ่ม (Cluster Analysis)

3.1 แนวทางการวิเคราะห์จัดกลุ่ม

กัลยา วานิชย์บัญชา (2550: 286-288) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์จัดกลุ่มว่าเป็นเทคนิคการแบ่งกลุ่มหน่วยข้อมูล หรือเป็นการแบ่งคน สัตว์ สิ่งของ องค์กร ฯลฯ ออกเป็นกลุ่มย่อยอย่างน้อย 2 กลุ่ม โดยมีหลักเกณฑ์ในการแบ่งดังนี้ “ให้หน่วยที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันมีลักษณะที่สนใจเหมือนกันหรือคล้ายกัน แต่หน่วยที่อยู่ต่างกลุ่มกันจะมีลักษณะที่สนใจต่างกัน”

คำว่าลักษณะที่สนใจอาจจะมีหลายๆ ตัวแปร เช่น ถ้าสนใจความคิดเห็นทางด้านการเมือง จะมีคำถามหลายๆ คำถามด้านการเมือง และจะนำคำตอบเหล่านั้นมาแบ่งกลุ่ม

สำหรับเทคนิคการวิเคราะห์จัดกลุ่มนั้นสามารถใช้ในการจัดกลุ่มข้อมูล หรือคน สัตว์ สิ่งของ ฯลฯ หรือใช้ในการจัดกลุ่มตัวแปรก็ได้ แต่ส่วนใหญ่จะนิยมใช้ในการจัดกลุ่มข้อมูลมากกว่าตัวแปร โดยการจัดกลุ่มตัวแปรนิยมใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis)

วัตถุประสงค์ของการแบ่งกลุ่มข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์จัดกลุ่ม

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าการวิเคราะห์จัดกลุ่มเป็นเทคนิคที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มโดยไม่ทราบมาก่อนว่าควรมีกี่กลุ่ม แต่จะแบ่งตามค่าของตัวแปรที่นำมาใช้ในการแบ่ง โดยให้หน่วยที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันมีความคล้ายกันในตัวแปรที่ศึกษา แต่หน่วยที่อยู่ต่างกลุ่มจะมีความต่างกัน สำหรับวัตถุประสงค์ของการแบ่งกลุ่มหรือจัดกลุ่มจะขึ้นกับสาขาที่จะนำไปประยุกต์ใช้ดังนี้

ด้านการแพทย์

1. แบ่งกลุ่มคนไข้ตามอาการหรือความรุนแรงของโรค เพื่อใช้วิธีการรักษาที่แตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค
2. แบ่งกลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพคล้ายกันไว้ด้วยกัน
3. แบ่งกลุ่มประเทศต่างๆ ตามความเจริญด้านสาธารณสุข โดยใช้ตัวแปรหรือดัชนีด้านสาธารณสุข เช่น อัตราคนป่วยโรคต่างๆ อายุเฉลี่ย ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อประชากร 1 คน เป็นต้น

ด้านสังคมศาสตร์

1. แบ่งคนตามพฤติกรรมในด้านต่างๆ
2. แบ่งคนตามทัศนคติหรือความคิดเห็น

ด้านการตลาด

1. แบ่งผู้บริโภครหรือลูกค้าตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคสินค้าต่างๆ โดยให้ลูกค้าที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคหรือการซื้อสินค้าที่คล้ายกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ส่วนลูกค้าที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคต่างกันจะอยู่ต่างกลุ่มกัน เมื่อแบ่งกลุ่มแล้วจะทำให้สามารถวางแผนกลยุทธ์ทางการตลาดสำหรับลูกค้าแต่ละกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวแปรที่นำมาใช้ในการแบ่งกลุ่มอาจใช้ตัวแปรด้านพฤติกรรมต่างๆ ของลูกค้า

2. ใช้วางแผนทางการตลาดในพื้นที่ที่แตกต่างกัน โดยเริ่มต้นด้วยการใช้เทคนิคการวิเคราะห์กลุ่มแบ่งพื้นที่ หรือจังหวัดที่ประชากรมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคคล้ายกัน หรือมีลักษณะประชากรศาสตร์คล้ายกัน เช่น จำนวนประชากร รายได้เฉลี่ย ขนาดพื้นที่ อาชีพ ทศนคติของคนในพื้นที่ หรือเป็นพื้นที่ที่มีสภาพเศรษฐกิจคล้ายกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน

ด้านการศึกษา

แบ่งกลุ่มนักเรียนตามผลการเรียน ระดับสติปัญญา ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง เพื่อให้ได้นักเรียนในกลุ่มเดียวกันมี ผลการเรียน ระดับสติปัญญา และระดับการศึกษาของผู้ปกครองใกล้เคียงกัน ส่วนนักเรียนที่อยู่ต่างกลุ่มกันจะมี ผลการเรียน ระดับสติปัญญา และระดับการศึกษาของผู้ปกครองต่างกัน เพื่อให้ครูผู้สอนสามารถวางแผนหรือเลือกเนื้อหา วิธีการสอนตามความเหมาะสมของแต่ละกลุ่ม โดยต่างกลุ่มกันอาจต้องใช้วิธีการสอนที่แตกต่างกัน เพื่อทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์มากที่สุด

ข้อสมมติหรือเงื่อนไขของเทคนิคการวิเคราะห์กลุ่ม

1. ไม่ทราบจำนวนกลุ่มมาก่อนว่ามีกี่กลุ่ม
2. ไม่ทราบมาก่อนว่าหน่วยหรือคนใดจะอยู่กลุ่มใด
3. หน่วยหรือคนใดคนหนึ่งจะต้องอยู่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงกลุ่มเดียว
4. ตัวแปรที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มมีมากกว่า 1 ตัว และตัวแปรอาจจะเป็นตัวแปรที่มีค่าได้เพียง 2 ค่า หรือเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ หรือเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์จัดกลุ่ม (Hair; et al. 2010: 526-527)

การวิเคราะห์จัดกลุ่มไม่ใช่เทคนิคเชิงสถิติอ้างอิงที่ทำให้ค่าที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการประเมินว่าเป็นตัวแทนของประชากร แต่การวิเคราะห์จัดกลุ่มเป็นวิธีการที่ใช้แสดงจำนวนหรือปริมาณของคุณลักษณะทางโครงสร้างของกลุ่มที่ทำการศึกษา และด้วยเหตุนี้มันจึงมีคุณสมบัติทางคณิตศาสตร์ที่เด่นชัดแต่ไม่ใช่พื้นฐานทางสถิติ ดังนั้นข้อกำหนดที่จำเป็นต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในเทคนิควิเคราะห์อื่นๆ ได้แก่ การแจกแจงของข้อมูลแบบโค้งปกติ (Normality) ค่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) และค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนที่ไม่คงที่ (Homoscedasticity) จะมีความสำคัญน้อยมากในการวิเคราะห์จัดกลุ่ม อย่างไรก็ตามนักวิจัยต้องให้ความสำคัญกับประเด็นสำคัญ 2 ประการ คือ

1. ความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง

นักวิจัยมักจะไม่มีการสุ่มและขอบเขตประชากรที่แท้จริง ที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์จัดกลุ่ม โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ได้จะมาจากกรณีต่างๆ ที่ศึกษา และผลลัพธ์การจัดกลุ่มที่เกิดขึ้นก็จะอยู่ภายใต้ความหวังว่าจะเป็นตัวแทนของโครงสร้างของประชากร ดังนั้นนักวิจัยจึงต้องมั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจะเป็นตัวแทนของประชากรที่ทำการศึกษาอย่างแท้จริง ค่าผิดปกติ (Outlier) อาจเกิดได้เพียงแคจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เพียงพอในกลุ่มที่มีความหลากหลาย อันทำให้เกิดความเอนเอียงหรือเบี่ยงเบนในการประมาณโครงสร้างประชากร นักวิจัยจะต้องตระหนักว่าการวิเคราะห์จัดกลุ่มมีค่าเท่ากับการเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น ความพยายามทั้งหมดจึงควรจะทำเพื่อให้แน่ใจได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากร และผลลัพธ์ที่ได้สามารถสรุปผลไปยังกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษา

2. ผลกระทบของความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity)

ความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity) มักเป็นประเด็นปัญหาในเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปรอื่นๆ เนื่องจากความยากในการแยกแยะผลกระทบที่แท้จริงของตัวแปรพหุสัมพันธ์ แต่สำหรับการวิเคราะห์จัดกลุ่มแล้ว ผลกระทบจะมีความแตกต่าง เพราะแท้จริงแล้วความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วมเป็นรูปแบบหนึ่งของการกำหนดค่าน้ำหนักอย่างแน่นอนและชัดเจน

เทคนิคการวิเคราะห์กลุ่ม

แบ่งเป็นหลายประเภทหรือเทคนิคย่อย โดยเทคนิคที่ใช้กันมากมี 2 เทคนิค (กัลยา วานิชย์บัญชา. 2553: 127-131) คือ

1. Hierarchical Cluster Analysis

เป็นเทคนิคที่นิยมใช้กันมากในการแบ่งกลุ่ม Case (หมายถึง คน สัตว์ สิ่งของ หรือองค์กร ฯลฯ) หรือกลุ่มตัวแปร โดยมีเงื่อนไขดังนี้

- 1) ในกรณีที่ใช้ในการแบ่ง Case นั้น จำนวน Case ต้องไม่มากนัก (จำนวน Case ควรต่ำกว่า 200 ถ้าตั้งแต่ 200 ขึ้นไปใช้ K-means Cluster) และจำนวนตัวแปรต้องไม่มากเกินไป
- 2) ไม่จำเป็นต้องทราบจำนวนกลุ่มมาก่อน
- 3) ไม่จำเป็นต้องทราบว่าตัวแปรใดหรือ Case ใดอยู่กลุ่มใดก่อน

1.1 ขั้นตอนของเทคนิค Hierarchical Cluster สำหรับการแบ่งกลุ่ม Case

ขั้นที่ 1 เลือกตัวแปรหรือปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลที่ทำให้ Case ต่างกัน นั่นคือตัวแปรนั้นจะทำให้สามารถแบ่งกลุ่ม Case ได้ชัดเจน ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญ

ขั้นที่ 2 เลือกวิธีการวัดระยะห่างระหว่าง Case แต่ละคู่ หรือเลือกวิธีการคำนวณเพื่อวัดค่าความคล้ายของ Case แต่ละคู่

ขั้นที่ 3 เลือกหลักเกณฑ์ในการรวมกลุ่ม หรือรวม Cluster

1.3 การวัดความคล้าย (Similarity Measure)

หลักเกณฑ์ของเทคนิค Cluster ใช้ในการจัด Case ที่คล้ายกันไว้ในกลุ่มเดียวกันหรือจัดกลุ่มตัวแปรที่สัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มเดียวกัน นั่นคือ จะมีการวัดความคล้ายกันของ Case ที่ละคู่ ในกรณีที่เป็นการจัดกลุ่ม Case ส่วนการจัดกลุ่มตัวแปร การวัดความคล้ายจะเป็นการวัดความคล้ายของตัวแปรที่ละคู่ คือ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เมื่อต้องการจัดกลุ่ม Case จะต้องหาความคล้ายของ Case ถึง C_2 เมื่อมีข้อมูล Case = n แต่ถ้าต้องการจัดกลุ่มตัวแปรจะต้องหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ละคู่รวมถึง ${}^k C_2$ เมื่อมีตัวแปร k ตัว

การวัดความคล้ายของ Case แต่ละคู่อาจจะวัดด้วยความห่าง (Distance) หรือวัดด้วยค่าความคล้าย (Similarity) แต่การวัดความสัมพันธ์ของตัวแปรจะวัดด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation)

สำหรับวิธีการคำนวณระยะห่าง หรือค่าความคล้ายของ Case แต่ละคู่ จะแตกต่างกันเมื่อชนิดของข้อมูลต่างกัน ซึ่งชนิดของข้อมูลหรือตัวแปรที่สามารถใช้เทคนิค Hierarchical Cluster ได้ มี 3 ประเภท คือ

1. ข้อมูลที่เป็นสเกลอันดับ (Interval Scale) หรือสเกลอัตราส่วน (Ratio Scale)

2. ข้อมูลที่อยู่ในรูปความถี่ (Count Data)

3. ข้อมูลที่อยู่ในรูป Binary นั่นคือ มีได้ 2 ค่า คือ 0 กับ 1

1.3.1 กรณีที่วัดความคล้ายด้วยระยะห่าง

ถ้าระยะห่างระหว่าง Case คู่ใดต่ำ แสดงว่า Case คู่ นั้นอยู่ใกล้กัน หรือมีความคล้ายกัน ควรจะจัดให้อยู่ในกลุ่ม หรือ Cluster เดียวกัน สำหรับการคำนวณจะขึ้นอยู่กับชนิดของข้อมูล

1.3.2 กรณีที่วัดความคล้ายด้วย Case

ถ้าค่าความคล้ายของ Case คู่ใดมีค่ามาก แสดงว่า Case คู่ นั้นคล้ายกันมาก จึงควรจัดให้อยู่กลุ่มเดียวกัน การคำนวณค่าความคล้ายจะแตกต่างกัน ถ้าชนิดของข้อมูลแตกต่างกัน

1.3.3 กรณีที่วัดความคล้ายของตัวแปรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ถ้าตัวแปรคู่ใด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาก แสดงว่าคู่ นั้นสัมพันธ์กันมาก ควรจัดไว้ในกลุ่มเดียวกัน

1) หลักการการรวมกลุ่ม (Methods for Combining Cluster)

หลักการในการรวมกลุ่มของเทคนิค Hierarchical Cluster นั้นมีหลายวิธี วิธีที่นิยมกันมาก คือ Agglomeration Hierarchical Cluster Analysis

หลักเกณฑ์ของ Agglomeration Hierarchical Cluster Analysis จะทำการรวมกลุ่ม Cluster อย่างเป็นขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 รวม Case 2 Case ให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน หรือ Cluster เดียวกัน โดยพิจารณาจากค่าระยะห่างหรือความคล้าย

ขั้นที่ 2 พิจารณาว่าควรจะมีรวม Case ที่ 3 เข้าอยู่กับกลุ่มเดียวกับ 2 Case แรก หรือควรจะมีรวม 2 Case ใหม่เข้าอยู่ในกลุ่มใหม่อีกกลุ่มหนึ่ง โดยพิจารณาจากค่าระยะห่าง หรือ ค่าความคล้าย

ทำขั้นที่ 3, 4, ... โดยใช้เกณฑ์เดียวกับขั้นที่ 2 นั่นคือ ในแต่ละขั้นอาจจะรวม Case ใหม่เข้าไปอยู่ในกลุ่มที่มีอยู่แล้ว หรือรวม Case ใหม่ 2 Case เป็นกลุ่มใหม่ ทำเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งได้ทุก Case อยู่ในกลุ่มเดียวกัน นั่นคือ สุดท้ายมีเพียง 1 กลุ่มหรือ 1 Cluster และ Case ใดที่ถูกจัดกลุ่มแล้วจะไม่มีเปลี่ยนแปลง

หลักเกณฑ์ในการรวมกลุ่ม มีหลายวิธี ดังนี้

1) Between-groups Linkage หรือเรียกว่าวิธี Average Linkage Between Groups หรือเรียกว่า UPGMA (Unweighted Pair-Group Method Using Arithmetic Average) วิธีนี้จะคำนวณหาระยะห่างเฉลี่ยของทุกคู่ของ Case โดยที่ Case หนึ่งอยู่ใน Cluster ที่ i ส่วนอีก Case หนึ่งอยู่ใน Cluster ที่ j , $i \neq j$

ถ้า Cluster ที่ i มีระยะห่างเฉลี่ยจาก Cluster ที่ j สั้นกว่าระยะห่างจาก Cluster อื่น จะนำ Cluster ที่ i และ j รวมกันเป็น Cluster เดียวกัน

2) Within-group Linkage Technique หรือ Average Linkage Within Groups Method วิธีนี้จะรวม Cluster เข้าด้วยกันถ้าระยะห่างเฉลี่ยระหว่างทุก Case ใน Cluster นั้นๆ มีค่าน้อยที่สุด

3) Nearest Neighbor หรือเรียกว่า Single Linkage วิธีนี้จะรวม Cluster 2 Cluster เข้าด้วยกันโดยพิจารณาจากระยะห่างที่สั้นที่สุด โดยที่ d_{ik} เป็นระยะห่างที่สั้นที่สุดของ Cluster i และ k ส่วน d_{ij} เป็นระยะห่างที่สั้นที่สุดระหว่าง Cluster i และ j

4) Furthest Neighbor Technique หรือเรียกว่า Complete Linkage วิธีนี้จะรวม Cluster 2 Cluster เข้าด้วยกันโดยพิจารณาจากระยะห่างที่ยาวที่สุด โดยที่ d_{ik} เป็นระยะห่างที่ยาวที่สุดของ Cluster i และ k ส่วน d_{ij} เป็นระยะห่างที่ยาวที่สุดระหว่าง Cluster i และ j

5) Centroid Clustering วิธีนี้จะรวม Cluster 2 Cluster เข้าด้วยกัน โดยพิจารณาจากระยะห่างของจุดกลางของ Cluster จะคำนวณหาระยะห่างระหว่าง Centroid ของ Cluster ที่ละคู่ ในที่นี้เรียกค่าเฉลี่ย หรือค่ากลางของแต่ละ Cluster ว่า Centroid ของ Cluster เนื่องจากการแบ่งกลุ่ม Case จะพิจารณาจากตัวแปรหลาย ๆ ตัวพร้อมๆ กัน จึงเรียกค่ากลางหรือค่าเฉลี่ยว่า Centroid

ถ้าระยะห่างระหว่าง Centroid ของ Cluster คู่ใดต่ำกว่ารวม Cluster คู่ นั้นเข้าเป็น Cluster เดียวกัน

6) Median Clustering วิธีนี้จะรวม Cluster 2 Cluster เข้าด้วยกัน โดยให้แต่ละ Cluster สำคัญเท่ากัน (ให้น้ำหนักเท่ากัน) ในขณะที่วิธีของ Centroid Clustering จะให้ความสำคัญแก่ Cluster มีขนาดใหญ่มากกว่า Cluster ที่มีขนาดเล็ก (ให้น้ำหนักไม่เท่ากัน) ซึ่ง Median Clustering จะใช้ค่า Median เป็นค่ากลางของ Centroid ถ้าระยะห่างระหว่างค่า Median ของ Cluster คู่ใดต่ำกว่ารวม Cluster คู่ นั้นเข้าด้วยกัน

7) Ward's Method หลักการของวิธีนี้จะพิจารณาจากค่า Sum of the Squared Within-Cluster Distance โดยจะรวม Cluster ที่ทำให้ค่า Sum of the Squared Within-Cluster Distance เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด โดยค่า Squared Within-Cluster Distance คือค่า Square Euclidean distance ของแต่ละ Case กับ Cluster

2. K-Means Clustering

เป็นเทคนิคการจำแนก Case ออกเป็นกลุ่มย่อย จะใช้เมื่อจำนวน Case มาก โดยจะต้องกำหนดจำนวนกลุ่ม หรือจำนวน Cluster ที่ต้องการ เช่น กำหนดให้มี k กลุ่ม เทคนิค K-means จะมีการทำงานหลายๆ รอบ (Iteration) โดยในแต่ละรอบจะมีการรวม Cases ให้ไปอยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยเลือกกลุ่มที่ Case นั้นมีระยะห่างจากค่ากลางของกลุ่มน้อยที่สุด แล้วคำนวณค่ากลางของกลุ่มใหม่ จะทำเช่นนี้จนกระทั่งค่ากลางของกลุ่มไม่เปลี่ยนแปลง หรือครบจำนวนรอบที่กำหนดไว้ (กัลยา วานิชย์บัญชา. 2553: 158-159)

ชนิดของตัวแปรที่ใช้ในเทคนิค K-means Clustering

ตัวแปรที่ใช้เทคนิค K-means Clustering จะต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ คือเป็น สเกลอันตรภาค (Interval Scale) หรือสเกลอัตราส่วน (Ratio Scale) โดยไม่สามารถใช้กับข้อมูลที่อยู่ในรูปความถี่ หรือ Binary เหมือนเทคนิค Hierarchical

ข้อแตกต่างระหว่างเทคนิค Hierarchical กับวิธี K-means

1. เทคนิค K-means ใช้เมื่อมีจำนวน Case หรือจำนวนข้อมูลมาก โดยทั่วไปนิยมใช้เมื่อ $n \geq 200$ เพราะเมื่อ n มาก เทคนิค K-means จะง่ายกว่า และใช้ระยะเวลาในการคำนวณน้อยกว่าการใช้เทคนิค Hierarchical หรือกล่าวได้ว่าเมื่อมีจำนวน Case ไม่มากควรใช้เทคนิค Hierarchical

2. เทคนิค K-means นั้น ผู้ใช้จะต้องกำหนดจำนวนกลุ่มที่แน่นอนไว้ล่วงหน้า กรณีที่ผู้วิเคราะห์ยังไม่แน่ใจว่าควรมีกี่กลุ่มจึงจะเหมาะสม ผู้วิเคราะห์อาจจะใช้วิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1 ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี K-means หลายๆ ครั้ง แต่แต่ละครั้งกำหนดจำนวนกลุ่มแตกต่างกันไป เช่น เป็น 3, 4 หรือ 5 กลุ่ม แล้วพิจารณาหาจำนวนกลุ่มที่เหมาะสม แต่เมื่อมีข้อมูลมากกว่าวิธีนี้จะทำให้เสียเวลามาก

2.2 ใช้ข้อมูลบางส่วนทำการวิเคราะห์โดยวิธี Hierarchical เพื่อหาจำนวนกลุ่มที่ควรจะเป็น จากนั้นจึงใช้เทคนิค K-means กับข้อมูลทั้งหมดที่มี

3. เทคนิค Hierarchical นั้น ผู้วิเคราะห์จะ Standardized ข้อมูลหรือไม่ก็ได้ แต่โดยวิธี K-means จะต้องทำการ Standardized ข้อมูลก่อนเสมอ

4. วิธี K-means จะหาระยะห่างโดยวิธี Euclidean Distance โดยอัตโนมัติ ขณะที่ Hierarchical ผู้วิเคราะห์มีสิทธิ์ที่จะเลือกวิธีการคำนวณระยะห่าง หรือความคล้ายได้

การกำหนดจำนวนกลุ่ม

วิธี K-Means นั้นผู้วิจัยจะต้องกำหนดจำนวนกลุ่มเอง หรือในวิธี Agglomeration ที่ค่อยๆ ลดจำนวนกลุ่มลงครั้งละ 1 กลุ่ม โดยเริ่มจาก n กลุ่ม ลดเหลือ $n-1, n-2, \dots, 1$ กลุ่ม ผู้ศึกษาจะต้องพิจารณาว่า ควรหยุดเมื่อใด หรือควรจะมีกี่กลุ่ม (K กลุ่ม) นั่นคือ หาค่าที่เหมาะสมของ K ที่ทำให้หน่วยต่างๆ ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันมีความคล้ายกันมากที่สุด และต่างกลุ่มกันมีความต่างกัน การพิจารณาจำนวนกลุ่มมีหลายวิธีดังนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา. 2550: 325-327)

1. การใช้ค่า *Pseudo-F*

$$Pseudo-F = \frac{tr\left[\frac{B}{(K-1)}\right]}{tr\left[\frac{W}{(K-1)}\right]}$$

โดยที่ tr = trace = รอยของเมทริกซ์

B = เมทริกซ์ของผลต่างระหว่างกลุ่มกำลังสอง

W = เมทริกซ์ของผลต่างภายในกลุ่มกำลังสอง

$K =$ กลุ่ม

$n =$ จำนวนข้อมูล

ถ้า Pseudo-F มีค่ามาก แสดงว่าหน่วยที่อยู่ภายในเดียวกันคล้ายกัน

2. Dendrogram

กรณีที่ใช้เทคนิควิเคราะห์กลุ่มแบบขั้นตอนด้วยวิธี Agglomeration ซึ่งเป็นการลดจำนวนกลุ่มครั้งละ 1 กลุ่ม การตัดสินใจว่าควรมีกี่กลุ่มจะใช้พิจารณาจาก Dendrogram ว่าถ้าระยะห่างระหว่างกลุ่มมาก ก็ไม่ควรรวมกลุ่ม

3. ใช้สถิติ RMSTSD

RMSTSD (Root-Mean-Square-Total Sample Standard Deviation)

หมายถึง รากที่สองของค่าเฉลี่ยของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานกำลังสอง

$$\text{RMSTSD} = \sqrt{\frac{\sum_{j=1}^p S_j^2}{p}}$$

โดยที่ $S_j^2 =$ ค่าแปรปรวนของตัวแปรที่ $j; j = 1, 2, \dots, p$

หรือกล่าวได้ว่า RMSTSD เป็นค่าร่วมกันของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่นำมาใช้ในการแบ่งกลุ่ม ดังนั้นถ้าหน่วยตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันมีความคล้ายกันจะทำให้ค่า RMSTSD มีค่าต่ำ ดังนั้นต้องเปรียบเทียบค่า RMSTSD เมื่อกำหนดจำนวนกลุ่มต่างกัน เลือกจำนวนกลุ่มที่ทำให้ RMSTSD ต่ำสุด แต่ค่า RMSTSD ขึ้นกับหน่วยของตัวแปร จึงควรปรับเป็นค่ามาตรฐานก่อน

4. ใช้ค่า R^2

$$R^2 = \frac{\text{SSB}}{\text{SSW}} = \frac{\text{ผลบวกความแตกต่างกำลังสองระหว่างกลุ่ม}}{\text{ผลบวกความแตกต่างกำลังสองภายในกลุ่ม}}$$

โดยที่ $0 \leq R^2 \leq 1$

ถ้าค่า R^2 มีค่าเข้าใกล้ 1 หมายถึง มีความแตกต่างภายในกลุ่มน้อย แสดงว่าค่า K จำนวนกลุ่มที่กำหนดเหมาะสม

การพิจารณาเลือกจำนวนกลุ่มที่เหมาะสม

ผลลัพธ์ของเทคนิค Cluster ไม่ได้ให้ค่าสถิติหรือผลการสมมติฐานเพื่อให้ตัดสินใจหาจำนวนกลุ่มที่เหมาะสม ผู้วิเคราะห์จะต้องพิจารณาความเหมาะสมเอง โดยอาจใช้ระยะห่าง หรือ ความคล้าย โดยใช้ Dendrogram ซึ่งผู้วิเคราะห์จะสามารถพิจารณาจำนวนกลุ่มจาก Dendrogram โดยการกำหนดตัวเลขระยะห่าง หรือความคล้ายเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ (กัลยา วานิชย์บัญชา. 2550:152-153)

จำนวนกลุ่มที่เหมาะสม

วิธีการที่ใช้กันคือการพิจารณาว่าเมื่อแบ่งออกมาเป็นกลุ่มแล้ว กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ การทดสอบความแตกต่างกันมีเทคนิคการวิเคราะห์ต่างๆ ที่สามารถนำมาใช้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคนิคการผันแปรทางเดียว ซึ่งจะวิเคราะห์ความแตกต่างในค่าเฉลี่ยของตัวแปร (ตัวใดตัวหนึ่งแต่ละตัว) ที่ใช้ในการจัดกลุ่มว่ามีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ ถ้าไม่มีนัยสำคัญ แสดงว่าการจัดกลุ่มมากเกินไป ต้องลดจำนวนกลุ่มลง ถ้าลดแล้วกลุ่มที่แบ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญก็แสดงว่าเป็นจำนวนกลุ่มที่เหมาะสมแล้ว (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2548: 404)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลจำนวน 5% ของข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Hierarchical Cluster Analysis เพื่อหาจำนวนกลุ่มที่ควรจะเป็นโดยใช้ Dendrogram จากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยวิธี K-means Cluster Analysis โดยการกำหนดจำนวนกลุ่มตามผลการวิเคราะห์ที่ได้จากวิธี Hierarchical Cluster Analysis

3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์จัดกลุ่ม

3.2.1 งานวิจัยในประเทศ

ปราโมทย์ ไสภา (2547: 31-35, 86-97) ศึกษาการจัดกลุ่มจังหวัดตามคุณภาพชีวิตของประชากร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานปี 2545 รวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลโดยคณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (พชช.) ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ประกอบด้วย 6 หมวด 37 ตัวชี้วัด ได้แก่ หมวดที่ 1 ด้านสุขภาพดี (11 ตัวชี้วัด) หมวดที่ 2 ด้านมีบ้านอาศัย (8 ตัวชี้วัด) หมวดที่ 3 ด้านฝึกฝนการศึกษา (6 ตัวชี้วัด) หมวดที่ 4 ด้านรายได้ก้าวหน้า (3 ตัวชี้วัด) หมวดที่ 5 ด้านการปลูกฝังค่านิยมไทย (5 ตัวชี้วัด) หมวดที่ 6 ด้านร่วมใจพัฒนา (4 ตัวชี้วัด) สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือ การวิเคราะห์จัดกลุ่ม (Cluster Analysis) และการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Discriminant Analysis) ผลการวิจัยพบว่า ในหมวดที่ 1 ด้านสุขภาพดี หมวดที่ 2 ด้านมีบ้านอาศัย หมวดที่ 3 ด้านฝึกฝนการศึกษา และหมวดที่ 5 ด้านการปลูกฝังค่านิยมไทย สามารถจัดกลุ่มจังหวัดตามคุณภาพชีวิตของประชากรได้ 2 กลุ่ม ส่วนหมวดที่ 4 ด้านรายได้ก้าวหน้า และหมวดที่ 6 ด้านร่วมใจพัฒนา สามารถจัดกลุ่มจังหวัดได้

3 กลุ่ม ซึ่งกลุ่มจังหวัดที่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 ในแต่ละหมวดนั้นส่วนใหญ่แล้วจะเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยในแง่ตัวชี้วัดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มอื่น ๆ ในหมวดเดียวกัน ดังนั้นจังหวัดที่อยู่ในกลุ่มที่ 1 จึงควรได้รับการพิจารณาจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตก่อนจังหวัดที่อยู่ในกลุ่มที่ 2 หรือ 3 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัดจะพบว่า จังหวัดมุกดาหารเป็นจังหวัดเดียวที่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 ในทุกหมวด ดังนั้นจังหวัดมุกดาหารจึงควรทำการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทัดเทียมกับจังหวัดอื่นๆ ในภาคเดียวกัน และเมื่อนำกลุ่มจังหวัดที่จัดได้ทั้ง 6 หมวด ไปทำการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม เพื่อสร้างสมการจำแนกกลุ่ม พบว่าสมการที่ได้สามารถทำนายกลุ่มได้ถูกต้อง 100% ทุกหมวด

บุญทัน คำพาศัย (2549: 66, 77-79) ศึกษาการจัดกลุ่มแขวงต่างๆ ในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวตามสภาพทางด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ พ.ศ. 2547 ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจ 9 ตัวแปร และตัวแปรข้อมูลทางด้านสังคม 13 ตัวแปร และใช้เทคนิคการวิเคราะห์จัดกลุ่ม 3 วิธี ได้แก่ การจัดกลุ่มแบบ 2 ขั้น (Two-steps) การจัดกลุ่มแบบไม่เป็นขั้นตอน (K-means) และการจัดกลุ่มแบบขั้นตอน (Hierarchy) เพื่อหาข้อสรุปว่าเทคนิคใดจัดกลุ่มแขวงได้เหมาะสมที่สุด ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1) เมื่ออาศัยกลุ่มตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจ วิธี Agglomerative Hierarchical Methods และใช้การเชื่อมโยงแบบ Single หรือแบบ Complete หรือแบบ Ward สามารถจัดกลุ่มแขวงได้เหมาะสมที่สุดเท่ากับ 7 กลุ่ม ซึ่ง Pseudo-F มีค่ามาก และจำนวนกลุ่มมีค่าน้อย
- 2) เมื่ออาศัยกลุ่มตัวแปรทางด้านสังคม วิธี Agglomerative Hierarchical Methods และใช้การเชื่อมโยงแบบ Complete สามารถจัดกลุ่มแขวงได้เหมาะสมที่สุดเท่ากับ 8 กลุ่ม
- 3) เมื่ออาศัยข้อมูลทั้งตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจและสังคม วิธี Agglomerative Hierarchical Methods และใช้การเชื่อมโยงแบบ Centroid สามารถจัดกลุ่มแขวงได้เหมาะสมที่สุดโดยจัดได้ 12 กลุ่ม

สมโภชน์ ศรีสมุท (2550: บทคัดย่อ) ศึกษาการจัดกลุ่มและค้นหาคุณลักษณะของกลุ่มโรงเรียนตามมาตรฐานการศึกษาเพื่อการประเมินคุณภาพภายนอก ในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมาตรฐานการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โรงเรียนระดับประถมศึกษาที่เปิดสอนตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงชั้นประถมศึกษา ที่อยู่ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ที่ได้รับการประเมินภายนอก (รอบแรก) จากสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินการศึกษา (สมศ.) ในระหว่างปี พ.ศ. 2544-2548 จำนวนทั้งหมด 278 โรงเรียน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งเป็นข้อมูลผลการประเมินคุณภาพภายนอกรอบแรกจากสมศ. ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2548

ประกอบด้วย 3 ด้าน 14 มาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ การวิเคราะห์จัดกลุ่ม (Cluster Analysis) ด้วยเทคนิค K-Means และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า สามารถจัดกลุ่มโรงเรียนระดับประถมศึกษาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ 3 กลุ่ม มีลักษณะดังนี้ กลุ่มที่ 1 มีสมาชิก 139 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีมาตรฐานทั้งหมดสูงกว่าอีก 2 กลุ่ม ดังนั้นจึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 1 ว่า “กลุ่มโรงเรียนที่มีคุณภาพมาตรฐาน” กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 มีคุณภาพใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มที่ 2 มีสมาชิก 100 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 36 มีลักษณะด้อยคุณภาพในมาตรฐานด้านผู้บริหารและด้านครูกว่าอีก 2 กลุ่ม ดังนั้นจึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 2 ว่า “กลุ่มโรงเรียนที่ด้อยคุณภาพด้านผู้บริหารและด้านครู” และกลุ่มที่ 3 มีสมาชิก 39 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 14 มีลักษณะคุณภาพด้านผู้เรียนด้อยกว่าอีก 2 กลุ่ม ดังนั้นจึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 3 ว่า “กลุ่มโรงเรียนที่ด้อยคุณภาพด้านผู้เรียน” และพบว่ามาตรฐานแต่ละด้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งมาตรฐานด้านครูกับด้านผู้บริหารมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุด ($r = .528$) และมาตรฐานด้านผู้เรียนกับด้านผู้บริหารมีความสัมพันธ์กันต่ำที่สุด ($r = .446$)

ปิยธิดา รุจะศิริ (2552: บทคัดย่อ) ศึกษาและเปรียบเทียบความสามารถในการแบ่งกลุ่มข้อมูลของเทคนิคการแบ่งกลุ่ม 5 วิธี ได้แก่ วิธีการจัดกลุ่มแบบลำดับขั้น (Hierarchical Clustering Method) อัลกอริทึมจัดกลุ่มแบบเคมีน (K-Means Clustering Algorithm) วิธีจัดระบบด้วยตัวเองของโคโฮเนน (Kohonen's Self-Organizing Maps Method หรือ SOM) อัลกอริทึมจัดกลุ่มแบบเคเมดอยด์ (K-Medoids Clustering Algorithm) และการใช้อัลกอริทึมจัดกลุ่มแบบเคเมดอยด์ร่วมกับวิธีวัดระยะห่างแบบไดนามิกไทม์วราপি้ง (K-Medoids Clustering Algorithm Integrated with Dynamic Time Wrapping Distance Measure หรือ DTW) โดยทำการศึกษากับข้อมูลจริงและข้อมูลจำลอง ซึ่งมีการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร ในการจำลองข้อมูลใช้เทคนิคมอนติคาร์โลสร้างข้อมูลจำนวน 1,000 ซ้ำ สำหรับแต่ละชุดข้อมูลซึ่งมีขนาด 25, 100 และ 300 ตัวอย่าง และกำหนดจำนวนกลุ่มข้อมูลขนาด 2-5, 2-8 และ 2-15 กลุ่มตามลำดับ กำหนดจำนวนตัวแปรที่ศึกษาเป็น 3, 5 และ 7 ตัวแปร โดยพิจารณาจากเกณฑ์ค่าความแตกต่างของข้อมูลภายในกลุ่ม (Root Mean Square Standard Deviation หรือ RMSSTD) ซึ่งถ้าค่า RMSSTD ต่ำ แสดงว่าเทคนิคการแบ่งกลุ่มนั้นเป็นวิธีที่ดี และพิจารณาจากเกณฑ์ค่าความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (RS) ซึ่งถ้าค่า RS สูง แสดงว่าเทคนิคการแบ่งกลุ่มนั้นเป็นวิธีที่ดี ผลการวิจัยพบว่า ทั้งการศึกษาการแบ่งกลุ่มจากข้อมูลจำลองและจากข้อมูลจริงให้ผลสอดคล้องกัน กล่าวคือ อัลกอริทึมจัดกลุ่มแบบเคมีนให้ค่า RMSSTD ต่ำที่สุดและค่า RS สูงที่สุดในเกือบทุกกรณี ซึ่งสรุปได้ว่า อัลกอริทึมจัดกลุ่มแบบเคมีนให้ผลการวิเคราะห์กลุ่มที่ดีที่สุด ยกเว้นกรณีที่แบ่งกลุ่มข้อมูลขนาด 25 ตัวอย่างเป็น 4 หรือ 5 กลุ่ม ซึ่งวิธีการจัดกลุ่มแบบลำดับขั้นด้วยวิธี Ward linkage ให้ผลการวิเคราะห์กลุ่มที่ดีที่สุด นอกจากนี้เมื่อจำนวนกลุ่ม

เพิ่มขึ้นประสิทธิภาพในการแบ่งกลุ่มของทั้ง 5 เทคนิควิธี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่จำนวนตัวแปรและขนาดของชุดข้อมูลที่เพิ่มขึ้นไม่มีผลต่อประสิทธิภาพในการแบ่งกลุ่มของเทคนิคการแบ่งกลุ่มทั้ง 5 วิธี

ชนิษฐา ไชยที (2554: บทคัดย่อ) ศึกษาการจัดกลุ่มและค้นหาคุณลักษณะของกลุ่มโรงเรียนระดับประถมศึกษาของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่ได้รับการประเมินภายนอกกรอบสองจากสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินผลการศึกษาแล้ว จำนวน 23,377 โรงเรียน โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งเป็นข้อมูลผลการประเมินคุณภาพภายนอกกรอบสองจากสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินผลการศึกษา ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2552 ประกอบด้วย 3 ด้าน 14 มาตรฐาน การวิเคราะห์จัดกลุ่มใช้เทคนิคสถิติการวิเคราะห์จัดกลุ่ม (Cluster Analysis) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า จากผลการวิเคราะห์สามารถแบ่งโรงเรียนออกมาได้เป็น 4 กลุ่ม มีลักษณะดังนี้ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มโรงเรียนที่มีคุณภาพดีเยี่ยม มีผลการประเมินคุณภาพการศึกษาในทุกมาตรฐานสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยมีสมาชิก 6,819 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 29.17 ดังนั้นจึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 1 ว่า “กลุ่มโรงเรียนที่มีคุณภาพดีเยี่ยม” กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มโรงเรียนที่มีคะแนนประเมินในทุกมาตรฐานสูงรองมาจากกลุ่มแรก มีสมาชิก 9,655 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 41.30 ดังนั้นจึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 2 ว่า “กลุ่มโรงเรียนที่มีคุณภาพดีมาก” กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มโรงเรียนที่มีคะแนนประเมินในทุกมาตรฐานรองลงมา จากกลุ่มที่ 2 มีสมาชิก 5,541 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 23.70 ดังนั้นจึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 3 ว่า “กลุ่มโรงเรียนที่มีคุณภาพดี” และกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มโรงเรียนที่มีคะแนนประเมินในทุกมาตรฐานต่ำสุด มีสมาชิก 1,362 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 5.83 ดังนั้นจึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 4 ว่า “กลุ่มโรงเรียนที่มีคุณภาพพอใช้”

งานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์จัดกลุ่มในประเทศ ทำให้ทราบถึงเทคนิคต่างๆที่ใช้ในการวิเคราะห์จัดกลุ่ม ซึ่งได้แก่ Hierarchical Method และ K-means เป็นต้น และทำให้ทราบถึงขั้นตอนในการวิเคราะห์จัดกลุ่ม โดยเทคนิค Hierarchical Method จะพิจารณาวิธีการวัดความห่าง (Distance) ก่อน ซึ่งมีอยู่หลายวิธีด้วยกัน แต่วิธีที่นิยมใช้กันมากคือ ความห่างยูคลิดยกกำลังสอง (Squared Euclidean Distances) หลังจากนั้นจึงมาพิจารณาวิธีการรวมกลุ่ม วิธีที่นิยมกันมากคือ Agglomerative Hierarchical Cluster Analysis ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการรวมกลุ่ม 7 วิธีคือ 1) Average Linkage Between Groups 2) Average Linkage Within Groups 3) Nearest Neighbor หรือ Single Linkage 4) Furthest Neighbor หรือ Complete Linkage 5) Centroid Clustering 6) Median Clustering และ 7) Ward's Method โดยเมื่อเลือกวิธีวิเคราะห์ที่ต่างกัน ผลลัพธ์ที่ได้ก็จะมีผลแตกต่างกันด้วย ดังนั้น จึงควรพิจารณาค่า Pseudo-F ค่าความแตกต่างของข้อมูลภายในกลุ่ม (Root Mean Square Standard Deviation หรือ RMSSTD) ค่า R^2 หรือแผนภาพ Dendrogram ประกอบด้วยเพื่อให้ได้วิธีที่สามารถแบ่งกลุ่มได้เหมาะสมที่สุด นอกจากนี้ในการศึกษา งานวิจัยที่ทำการศึกษากับข้อมูลจริงและข้อมูลจำลอง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการแบ่งกลุ่ม

ข้อมูลของเทคนิคการแบ่งกลุ่มพบว่า อัลกอริทึมจัดกลุ่มแบบเคมีนให้ผลการวิเคราะห์กลุ่มที่ดีที่สุด ยกเว้นกรณีที่แบ่งกลุ่มข้อมูลขนาด 25 ตัวอย่างเป็น 4 หรือ 5 กลุ่ม ซึ่งวิธีการจัดกลุ่มแบบลำดับขั้นด้วยวิธี Ward linkage ให้ผลการวิเคราะห์กลุ่มที่ดีที่สุด

3.2.2 งานวิจัยต่างประเทศ

เบิร์นแฮม แชเฟอร์ และจีเซน (Burnham; Schaefer; & Giesen. 2006: 675-677) ศึกษาการจัดกลุ่มความกลัวของเด็กและวัยรุ่นอเมริกัน กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนเกรด 2-12 จำนวน 786 คน จากโรงเรียน 23 แห่งใน 2 รัฐทางภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งเป็นผู้หญิง 55% และผู้ชาย 45% อายุตั้งแต่ 7-19 ปี ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลจะกระทำได้เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง เครื่องมือที่ใช้คือ The American Fear Survey Schedule for Children (FSSC-AM) เป็นแบบสำรวจความกลัวของเด็กอเมริกัน โดยดัดแปลงมาจาก The Fear Survey Schedule for Children and Adolescents-II (FSSC-II) ของฮอสเตอร์เลีย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในชั้นเรียนปกติใช้เวลาในการทำประมาณ 20 นาที โดยคำตอบในแต่ละข้อเป็นแบบตัวเลือก คือ ไม่กลัว กลัว หรือกลัวมาก มีค่าคะแนนการตอบตั้งแต่ 1-3 คะแนน คะแนนที่มากขึ้นหมายถึงระดับความกลัวที่มากขึ้น ปัจจัยความกลัว 6 ด้าน คือ 1) ความตายและภัยอันตราย 2) ไม่ทราบสาเหตุ 3) สัตว์ 4) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียน 5) สิ่งที่น่ากลัว และ 6) แพทย์ ผลการศึกษาพบว่า สามารถจัดกลุ่มได้ 8 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 “กลัวระดับต่ำ” ประกอบด้วยนักเรียนที่ไม่มีความกลัวหรือมีความกลัวอยู่ในระดับต่ำมากในทุกปัจจัย กลุ่มที่ 2 “กลัวระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย” ประกอบด้วยนักเรียนที่มีความกลัวอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางของทุกปัจจัย กลุ่มที่ 3 “กลัวแพทย์มาก” ประกอบด้วย นักเรียนที่มีความกลัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความกลัวแพทย์อยู่ในระดับสูงมาก กลุ่มที่ 4 “กลัวระดับปานกลาง” ประกอบด้วย นักเรียนที่มีความกลัวอยู่ในระดับปานกลางของทุกปัจจัย กลุ่มที่ 5 “กลัวสิ่งที่น่ากลัว” ประกอบด้วย นักเรียนที่มีความกลัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความกลัวสิ่งที่น่ากลัวอยู่ในระดับสูงมาก กลุ่มที่ 6 “กลัวแพทย์ระดับปานกลาง” ประกอบด้วย นักเรียนที่มีความกลัวอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางและค่อนข้างกลัวแพทย์ กลุ่มที่ 7 “กลัวหลายรูปแบบ” ประกอบด้วย นักเรียนที่มีความกลัวหลายรูปแบบ และกลุ่มที่ 8 “กลัวสิ่งที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียน” ประกอบด้วย นักเรียนที่มีความกลัวสิ่งที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนมากกว่าปัจจัยอื่น

แฟน และคณะ (Fan; et al. 2007: 39-42) ศึกษาการจัดกลุ่มครัวเรือนตามรูปแบบการใช้จ่ายอาหารในครัวเรือนของประชากรพลเรือนทั้งหมดของสหรัฐอเมริกาจำนวน 10,967 ครัวเรือน ข้อมูลได้มาจากการสำรวจการใช้จ่ายของผู้บริโภคปี ค.ศ. 2001-2002 ของ Bureau of Labor Statistics or BLS ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับนิสัยการซื้อของผู้บริโภคชาวอเมริกัน โดยมีรูปแบบการใช้จ่ายอาหารทั้งหมด 22 รูปแบบ แบ่งเป็นอาหารที่บ้าน 18 ประเภท คือ ภัตตาคาร ผลิตภัณท์เบเกอรี่

เนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อสัตว์อื่น ๆ สัตว์ปีก อาหารทะเล ไข่ ผลิตภัณฑ์จากนม ผลิตภัณฑ์อื่นๆ จากนม ผลไม้สด ผักสด ผลไม้แปรรูป ผักแปรรูป ขนมหวาน เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ น้ำมันและอาหาร เบ็ดเตล็ด อาหารนอกบ้าน 3 ประเภท คือ อาหารจานด่วน อาหารที่สถานประกอบการบริการ เต็มรูปแบบ และอาหารในที่ทำงาน และ 1 ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์กลุ่ม จัดกลุ่มครัวเรือนตามความคล้ายกันในรูปแบบการจัดสรรงบประมาณอาหาร พบว่า วิธีการของการ จัดสรรงบประมาณอาหารสำหรับแต่ละกลุ่มชี้ให้เห็นว่าทุกกลุ่มแสดงรูปแบบงบประมาณที่แตกต่างกัน กลุ่มจึงตั้งชื่อตามการจัดสรรงบประมาณหรือการจัดสรรที่โดดเด่น สามารถจัดได้ 8 รูปแบบ ดังนี้ (1) กลุ่มสมดุล ประกอบด้วยสมาชิก 29.1% โดยครัวเรือนในกลุ่มนี้จัดสรรงบประมาณซื้ออาหารที่บ้าน มากกว่าครัวเรือนกลุ่มอื่น เป็นครัวเรือนที่มีอายุมาก อาศัยอยู่เป็นครอบครัว ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำงานประจำและมีสัดส่วนรายได้ต่ำเล็กน้อย มีสมาชิกในครัวเรือนอายุมากกว่า 64 ปี ซึ่งอาจจะมี เวลาในการเตรียมอาหารที่บ้าน (2) กลุ่มเน้นอาหารที่มีระบบบริการ ประกอบด้วยสมาชิก 20.3% โดยครัวเรือนในกลุ่มนี้จัดสรรงบประมาณซื้ออาหารที่มีระบบบริการมากกว่าครัวเรือนกลุ่มอื่น เป็น ครัวเรือนผิวขาว มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าครัวเรือนกลุ่มอื่น มี สัดส่วนรายได้สูง (3) กลุ่มเน้นอาหารจานด่วน ประกอบด้วยสมาชิก 18.4% โดยครัวเรือนในกลุ่มนี้ จัดสรรงบประมาณครั้งหนึ่งซื้ออาหารจานด่วน เป็นครัวเรือนที่มีอายุน้อย หัวหน้าครอบครัวเป็นชาย โสด ทำงานประจำมากที่สุด มีสัดส่วนรายได้ต่ำเล็กน้อย แสดงว่ายังมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี (4) กลุ่มผู้รับประทานเนื้อ ประกอบด้วยสมาชิก 10.8% โดยครัวเรือนในกลุ่มนี้จัดสรรงบประมาณซื้อ อาหารประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าครัวเรือนกลุ่มอื่น นอกจากนี้ยังซื้ออาหารประเภทไข่ ผลิตภัณฑ์จาก นม ผักสดและผักแช่แข็ง และน้ำมันมากกว่าครัวเรือนกลุ่มอื่นด้วย เป็นครัวเรือนที่มีอายุมาก เป็น ครัวเรือนผิวดำ อาศัยอยู่ทางภาคใต้ มีสัดส่วนรายได้ต่ำที่สุด และทำงานประจำน้อยที่สุด (5) กลุ่ม เน้นอาหารเบ็ดเตล็ด ประกอบด้วยสมาชิก 9.4% โดยครัวเรือนในกลุ่มนี้จัดสรรงบประมาณซื้ออาหาร ประเภทเบ็ดเตล็ดมากกว่าครัวเรือนกลุ่มอื่น ซึ่งอาหารเบ็ดเตล็ด ได้แก่ ชุป อาหารแช่แข็ง มันฝรั่งทอด และของขบเคี้ยวอื่นๆ ถั่ว เครื่องซุสและเครื่องปรุงอาหาร อาหารสำเร็จรูป และวิตามิน มีการซื้อ อาหารที่มีระบบบริการ อาหารจานด่วน อาหารในที่ทำงาน และอาหารประเภทแอลกอฮอล์น้อย เป็น ครัวเรือนที่ชอบเก็บอาหารสำเร็จรูป เป็นครัวเรือนที่มีอายุน้อย หัวหน้าครอบครัวเป็นหญิงโสด เป็น ครัวเรือนผิวขาวอาศัยอยู่ทางภาคใต้ตอนกลาง (6) กลุ่มเน้นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยสมาชิก 7.2% โดยครัวเรือนในกลุ่มนี้จัดสรรงบประมาณซื้ออาหารประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า ครัวเรือนกลุ่มอื่น เป็นครัวเรือนที่มีอายุน้อย เป็นครัวเรือนผิวขาว อาศัยอยู่ในเมือง มีการศึกษาระดับ มหาวิทยาลัย หัวหน้าครอบครัวเป็นชายโสด มีสัดส่วนรายได้สูงและทำงานประจำ (7) กลุ่มเน้น เครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยสมาชิก 3.3% โดยครัวเรือนในกลุ่มนี้จัดสรรงบประมาณซื้อ

อาหารประเภทเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์มากกว่าครัวเรือนกลุ่มอื่น ซึ่งเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ น้ำอัดลม กาแฟ ชา และน้ำผลไม้ โดยซื้อผลิตภัณฑ์จากนมมากที่สุด ตรงกันข้ามมีการซื้ออาหารนอกบ้านน้อย เป็นครัวเรือนที่มีอายุมาก มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือน้อยกว่า หัวหน้าครอบครัวเป็นหญิงโสด อาศัยอยู่ในชนบท มีสัดส่วนรายได้ต่ำเป็นอันดับสอง และ (8) กลุ่มเน้นอาหารในที่ทำงาน ประกอบด้วยสมาชิก 1.6% โดยครัวเรือนในกลุ่มนี้จัดสรรงบประมาณซื้ออาหารในที่ทำงาน มากกว่าครัวเรือนกลุ่มอื่น มีอายุน้อยกว่า 25 ปี และมีอายุอยู่ในระหว่าง 45-54 ปี เป็นครัวเรือนผิวดำ อาศัยอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ตอนกลาง ส่วนมากทำงานประจำ มีสัดส่วนรายได้สูงกว่าเล็กน้อย

ไทเลอร์ และคณะ (Tyler; et al. 2008: S178-S181) ศึกษาในกลุ่มอาการย่อยของเสียงอื้อในหูในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 153 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการทดลองทางคลินิกที่มหาวิทยาลัยไอโอวา ประเทศสหรัฐอเมริกา และมีตัวแปรที่ใช้จำนวน 25 ตัวแปร การวิเคราะห์ที่ใช้การวิเคราะห์กลุ่มแบบสองขั้นตอน ผลจากการวิเคราะห์สามารถแบ่งผู้ป่วยได้เป็น 4 กลุ่มอาการ คือ

กลุ่มที่ 1 มีลักษณะอาการดังนี้คือ มีเสียงอื้อในหูดังตลอดทั้งวันและทุกวัน มีภาวะหูไวเกิน มีคะแนน Tinnitus Handicap และ Tinnitus Activities Questionnaire คะแนนความวิตกกังวลและซึมเศร้า และคะแนนทางด้านอารมณ์ การนอนหลับ การได้ยิน และการมีสมาธิ ตาม The Tinnitus Activities Questionnaire มากสุด

ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีอาการเสียงอื้อในหูดัง โดยมีอาการเรื้อรังและเครียด และไม่สุขสบายจากภาวะหูไวเกิน

กลุ่มที่ 2 มีลักษณะอาการดังนี้คือ มีระดับเสียงและความดังของเสียงที่แปรปรวน เสียงที่ดังทำให้อาการแย่ลง และการผ่อนคลายช่วยได้บ้าง

ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีระดับเสียงและความดังของเสียงที่แปรปรวน และเสียงที่ดังทำให้อาการแย่ลง

กลุ่มที่ 3 มีลักษณะอาการดังนี้คือ มีคะแนน The Tinnitus Handicap และ Tinnitus Activities Questionnaires ต่ำสุด ไม่มีภาวะหูไวเกิน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวัน ไม่มีภาวะเครียดมากนัก และไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงโดยการสัมผัสหรือเคลื่อนไหว

ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่อาการเสียงอื้อในหูไม่ทำให้เครียดมากนัก ไม่มีภาวะหูไวเกิน และไม่ได้รับผลกระทบจากการสัมผัส

กลุ่มที่ 4 มีลักษณะอาการดังนี้คือ เมื่ออยู่ในที่เงียบทำให้เสียงอื้อในหูแย่ลง เสียงดังช่วยลดเสียงอื้อในหู ไม่มีภาวะหูไวเกิน มีความวิตกกังวลต่ำ หลายสิ่งทำให้เสียงอื้อในหูดีขึ้น และมีความดังของเสียงหูอื้อที่นุ่มนวล

ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มที่ 4 เป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีเสียงอื้อในหูแฉ่งลงเมื่ออยู่ในที่เงียบและมีอาการดีขึ้นเมื่ออยู่ในที่มีเสียงดัง มีความดังของเสียงหูอื้อที่นุ่มนวลและไม่มีอาการเครียดมากจนเกินไป

ชอร์ และคณะ (Shaw; et al. 2009: 669-672, 683-685) ศึกษาพฤติกรรมและคุณลักษณะของนักเรียนที่สมัครสอบเข้ามหาวิทยาลัย โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากฐานข้อมูลของ The College Board's 2006 College Bound Seniors ประกอบด้วยนักเรียนจำนวน 1,465,744 คนที่เข้าสอบเพื่อวัดความสามารถทางด้านวิชาการ (Standard Assessment Task or SAT) หรือเข้าสอบอย่างน้อย 1 รายวิชา และวางแผนที่จะสำเร็จการศึกษาจากชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในปีค.ศ. 2006 โดยตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ 1) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 2) คุณลักษณะทางด้านประชากร 3) รายได้และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง 4) ที่ตั้งของที่พักอาศัยและโรงเรียน 5) การเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษนอกหลักสูตร และ 6) สถาบันการศึกษาที่สนใจ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์กลุ่มสองขั้นตอน ผลการวิเคราะห์ สามารถจัดกลุ่มนักเรียนได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 “กลุ่มประสบความสำเร็จสูงหรือเป็นนักกีฬา” เกือบครึ่งหนึ่งของนักเรียนในกลุ่มนี้ (49%) เป็นนักเรียนชายที่ไม่ใช่ชนกลุ่มน้อยที่เข้าเรียนในโรงเรียนที่แพง ที่พักอาศัยอยู่ทางภาคตะวันตกตอนกลาง ภาคกลาง หรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คะแนน SAT ไปยังสถาบันการศึกษามากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ มีจำนวนนักเรียนที่เข้าร่วมในทีมกีฬาเป็นเวลา 2 ปีหรือมากกว่า 2 ปีมากที่สุด (97%) และมีจำนวนนักเรียนที่เป็นนักศึกษารุ่นแรกของมหาวิทยาลัยน้อยที่สุด (19%)

กลุ่มที่ 2 “นักเรียนด้อยโอกาส” เกือบสามในสี่ของนักเรียนในกลุ่มนี้เป็นนักเรียนชนกลุ่มน้อย (แบ่งเป็นนักเรียนชาย 29% และนักเรียนหญิง 46%) ที่เรียนอยู่ในโรงเรียนขนาดใหญ่ที่มีสัดส่วนเป็นนักเรียนชนกลุ่มน้อยโดยส่วนมากและมีนักเรียนที่ได้รับประทานอาหารกลางวันฟรี มีนักเรียนที่บอกว่าภาษาที่ดีที่สุดของพวกเขาเป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจำนวนมากที่สุด นักเรียนในกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะมาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและผู้ปกครองมีการศึกษาน้อย และพักอาศัยอยู่ทางภาคตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงใต้ และภาคใต้ 55% ของนักเรียนในกลุ่มนี้เข้าเรียนในโรงเรียนที่มีนักเรียนชนกลุ่มใหญ่และอยู่ในเขตมหาวิทยาลัย นักเรียนในกลุ่มนี้มี 1 คนที่มีค่าเฉลี่ยของ GPA ต่ำที่สุด และค่าเฉลี่ยรวมของคะแนน SAT ต่ำที่สุด มีจำนวนนักเรียนที่ระบุแผนการศึกษาในระดับปริญญาตรี ปริญญาโทหรือปริญญาเอกจำนวนมากที่สุด (83%) รวมทั้งมีจำนวนนักเรียนเป็นนักศึกษารุ่นแรกของมหาวิทยาลัยมากที่สุดด้วย (62%)

กลุ่มที่ 3 “กลุ่มนักเรียนที่ต้องการคำแนะนำ” นักเรียนส่วนใหญ่เป็นชนกลุ่มน้อย (แบ่งเป็นนักเรียนชาย 42% และนักเรียนหญิง 37%) ส่วนใหญ่เข้าเรียนในโรงเรียนที่มีองค์ประกอบทางด้านเผ่าพันธุ์หรือเชื้อชาติที่คล้ายคลึงกัน อาศัยอยู่ทางภาคตะวันตก ภาคใต้ หรือภาคกลาง

นักเรียนในกลุ่มนี้ (53%) เข้าเรียนในโรงเรียนที่มีนักเรียนชนกลุ่มใหญ่และไม่อยู่ในเขตมหาวิทยาลัย ครั้งหนึ่งของนักเรียนในกลุ่มนี้เป็นนักศึกษารุ่นแรกของมหาวิทยาลัย มีจำนวนนักเรียนที่ผู้ปกครองมีรายได้และระดับการศึกษาน้อยมากที่สุดเป็นอันดับสอง (22%) มีค่าเฉลี่ย GPA ปานกลางและค่าเฉลี่ยรวมของคะแนน SAT วิชาการอ่านเชิงวิเคราะห์และวิชาคณิตศาสตร์สูงกว่ากลุ่มที่ 2 นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยของประเภทกิจกรรมพิเศษนอกหลักสูตร 2 ปีหรือมากกว่า 2 ปีอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับค่าเฉลี่ยของประเภทกิจกรรมนอกหลักสูตรทั้งหมดระหว่างการเรียนในโรงเรียนด้วย

กลุ่มที่ 4 “กลุ่มนักเรียนหญิงที่มีความสามารถด้านวิชาการ” เกือบ 77% ของนักเรียนในกลุ่มนี้เป็นนักเรียนหญิงที่ไม่ใช่ชนกลุ่มน้อย ส่วนใหญ่เข้าเรียนในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ทางภาคตะวันตก ภาคใต้ หรือภาคกลาง ที่มีนักเรียนส่วนใหญ่เป็นชนกลุ่มน้อย นักเรียนในกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะสอบ AP (Advance Placement) และไม่เข้าร่วมในทีมกีฬา มีค่าเฉลี่ย GPA สูงที่สุด มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานน้อยที่สุด รวมทั้งมีค่าเฉลี่ยรวมของคะแนน SAT วิชาการอ่านเชิงวิเคราะห์สูงที่สุดและวิชาคณิตศาสตร์มีความแปรปรวนน้อยที่สุด นักเรียนส่วนใหญ่ (75%) ไม่ใช่ศึกษารุ่นแรกของมหาวิทยาลัย

กลุ่มที่ 5 “กลุ่มประสบความสำเร็จต่ำ” นักเรียนส่วนใหญ่ไม่ใช่ชนกลุ่มน้อย (แบ่งเป็นนักเรียนชาย 47% และนักเรียนหญิง 37%) เข้าเรียนในโรงเรียนที่แพง มีจำนวนที่เข้าเรียนในโรงเรียนที่มีนักเรียนชนกลุ่มใหญ่และอยู่ในเขตมหาวิทยาลัย (94%) มีจำนวนของนักเรียนที่ไม่สอบ AP เลยมากที่สุด (88%) และมีจำนวนนักเรียนที่ไม่ได้ส่งคะแนน SAT ไปยังมหาวิทยาลัยใดๆ มากที่สุด (27%) นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ย GPA ต่ำที่สุด และมีจำนวนนักเรียนเข้าร่วมในกิจกรรมนอกหลักสูตรเป็นเวลา 2 ปีหรือมากกว่า 2 ปีน้อยที่สุด รวมทั้งเข้าร่วมในกิจกรรมนอกหลักสูตรตลอดช่วงการเรียนในโรงเรียนน้อยที่สุด มีจำนวนนักเรียนที่ต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี ปริญญาโทหรือปริญญาเอกน้อยที่สุด (76%) ประมาณหนึ่งในสามของนักเรียนกลุ่มนี้เป็นศึกษารุ่นแรกของมหาวิทยาลัย

งานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์จัดกลุ่มในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านการแพทย์ ด้านการตลาด และด้านการศึกษา ค่าสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์จัดกลุ่ม ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมตริกค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกตัว (Correlation Matrix) โดยนำเสนอเป็นตารางสถิติพรรณนาแสดงให้เห็นคุณลักษณะต่างๆ ของแต่ละกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอเป็นแผนภาพ Dendrogram ประกอบแสดงคุณลักษณะของแต่ละกลุ่มด้วย ซึ่งจะทำให้เห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น

4. คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ

4.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจไว้ดังนี้

ศิริพร ตันติพูลวินัย (2538: 75) ให้ความหมายว่า คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ คือ โรงพยาบาลที่สามารถสร้างรูปแบบการบริหารจัดการที่เอื้ออำนวยให้พยาบาลวิชาชีพทำงานได้อย่างมีความสุขและเต็มความรู้ความสามารถ จนทำให้มีพยาบาลเพียงพอท่ามกลางสภาวะการขาดแคลนพยาบาล

แมคเคลอร์ และคณะ (McClure; et al. 1983: 2) ให้ความหมายว่า คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ คือ โรงพยาบาลที่ประสบผลสำเร็จในการดำรงรักษาพยาบาลระดับปฏิบัติการไว้ได้ภายในองค์กร เปรียบเหมือนกับเป็นแม่เหล็กที่สามารถดึงดูดและดำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่กับองค์กรได้เป็นอย่างดี และมีคุณภาพการดูแลทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ ทำให้สามารถที่จะแก้ปัญหการขาดแคลนพยาบาล

บุชาน (Buchan. 1999: 100) ให้ความหมายว่า คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ เป็นลักษณะขององค์กรที่มีการปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ พยาบาลมีความพึงพอใจในงานส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีกับผู้ป่วย

ทรอสมาน (Trossman. 2002: 87) ให้ความหมายว่า คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ คือ ลักษณะขององค์กรที่มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ก่อให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง และสามารถดำรงรักษาพยาบาลที่มีความสามารถสูงได้

จากความหมายของคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจข้างต้น ผู้วิจัยได้ให้ความหมายว่า คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ คือ ลักษณะของโรงพยาบาลที่พยาบาลต้องการที่จะทำงานและมีความพึงพอใจในการทำงาน มีความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจและมีความสุข เป็นโรงพยาบาลที่สามารถดำรงรักษาพยาบาลให้คงอยู่กับองค์กรได้อย่างยาวนาน

4.2 แนวคิด

แนวคิดคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของ แมคเคลอร์ และคณะ (McClure; et al.)

แมคเคลอร์ และคณะ (McClure; et al. 1983: 1-37) ศึกษาโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจให้พยาบาลจบใหม่อยากเข้ามาปฏิบัติงาน และสามารถทำให้พยาบาลเหล่านั้นคงอยู่ในองค์กรได้อย่างมีความสุขโดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนจากโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการที่พร้อมจะจัดส่งข้อมูลสถิติต่างๆเกี่ยวกับโครงสร้าง เอกลักษณ์ และคุณสมบัติของ

โรงพยาบาลและองค์การพยาบาล ผู้วิจัยพบโรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์เป็นโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ รวมทั้งสิ้น 41 โรงพยาบาลใน 8 พื้นที่ โดยมีขนาดโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ มีขนาดเตียง 99 เตียง ถึงขนาดมากกว่า 1,000 เตียง จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มของผู้บริหารทางการพยาบาล และกลุ่มพยาบาลประจำการ ด้วยคำถาม 9 ข้อ คือ

1. อะไรที่ทำให้โรงพยาบาลของท่านเป็นสถานที่ที่ดีสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาล
2. ท่านสามารถอธิบายโครงการเฉพาะในที่ทำงานของท่านได้ใหม่กว่าท่านเห็นการนำมาสู่ความพึงพอใจในวิชาชีพหรือความพึงพอใจส่วนบุคคล
3. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของท่านเป็นอย่างไรและทำไม (ภาพพจน์ของการพยาบาล)
4. ท่านสามารถอธิบายความเกี่ยวข้องของพยาบาลในโครงการต่างๆ ที่ดำเนินอยู่ว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเป็นเป้าหมายของใคร
5. ท่านสามารถระบุกิจกรรมและโครงการที่วางแผนขึ้นเพื่อการพัฒนาที่ดีขึ้นทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม การคัดสรรหรือการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของท่าน
6. ท่านสามารถบอกเกี่ยวกับสัมพันธภาพของพยาบาลกับแพทย์ในโรงพยาบาลของท่าน
7. กรุณาบรรยายสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลปฏิบัติกรกับผู้บริหาร (ระดับต่างๆ) ในโรงพยาบาลของท่าน
8. มีบางพื้นที่ในโรงพยาบาลของท่านที่ประสบความสำเร็จในการคัดสรรหรือการคงอยู่มากกว่าพื้นที่อื่นๆ ไหม ทำไม
9. มีคำแนะนำอะไรที่ท่านต้องการให้กับผู้บริหารซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการให้ทำบางสิ่งเกี่ยวกับอัตราการว่างของตำแหน่งพยาบาลและการหมุนเวียนสูง

พบว่าโรงพยาบาลมีลักษณะเด่น 3 ด้านคือ

- 1) ด้านการบริหารจัดการ (Administration) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- (1) รูปแบบการบริหาร (Management Style)

- ก. การบริหารแบบมีส่วนร่วม

เป็นรูปแบบการบริหารที่เด่นชัดของโรงพยาบาลดึงดูดใจ โดยให้พยาบาลทุกระดับมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารจัดการ ทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับแผนก และระดับองค์การ การมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์และดำเนินโครงการเพื่อให้เกิดความรู้และพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

ข. ช่องทางการสื่อสาร

ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการสื่อสารภายในองค์กรพยาบาลที่ทั่วถึงในทุกระดับของผู้ปฏิบัติงาน โดยมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น การพูดคุย ชักถามโดยส่วนตัวกับผู้ปฏิบัติงาน การประชุมกลุ่ม การประชุมโดยคณะกรรมการต่างๆ การทำจดหมายข่าว การสำรวจ ติดตามและนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ การให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสทราบถึงนโยบายและข้อกำหนดในการทำงานของหน่วยงานที่ตนทำงานอยู่

ค. ผู้บริหารทางการแพทย์

ผู้บริหารทางการแพทย์ของโรงพยาบาลดึงดูดใจต้องเป็นบุคคลที่สามารถพบเห็น เข้าถึงและพูดคุยด้วยได้สำหรับผู้ปฏิบัติงาน เป็นผู้ที่ทำให้การสนับสนุนในการปฏิบัติการพยาบาลและช่วยหาแนวทางแก้ไขเมื่อผู้ปฏิบัติงานประสบปัญหาไม่ว่าปัญหาในการปฏิบัติงาน หรือปัญหาส่วนตัว มีการตรวจเยี่ยมตามหอผู้ป่วย และทุกหน่วยงานที่อยู่ในองค์การพยาบาล โดยจัดเป็นตารางการตรวจเยี่ยมในแต่ละวัน นอกจากนี้ผู้ตรวจการในเวรป่วย-ดึกก็กระทำเช่นเดียวกัน

(2) คุณภาพของภาวะผู้นำ (Quality of Leadership) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก. ความรู้ ความสามารถ และความเข้มแข็งของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

และหัวหน้าหอผู้ป่วย

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลต้องได้รับการยอมรับจากสังคมภายนอก และผู้ร่วมวิชาชีพอื่นๆ เป็นผู้มีความรู้สูง ได้รับการยอมรับ ยกย่องในความรู้ความสามารถทั้งทางการพยาบาลและด้านการบริหารจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้บริหารระดับสูง ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในทีมบริหารระดับสูงของโรงพยาบาล เป็นผู้มีความวิสัยทัศน์กว้างไกล สามารถนำนโยบายและแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยลงสู่ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน มีความกล้าที่จะยอมรับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการบังคับบัญชาหรือสั่งการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจที่สำคัญแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ไม่ตำหนิหรือลงโทษอย่างรุนแรงเมื่อผู้ปฏิบัติงานทำงานผิดพลาด เป็นผู้ให้ความรู้ และการสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานให้ทำงานตามพื้นฐานวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์ และวิชาชีพอื่น

ข. บทบาทผู้บริหารที่ให้การสนับสนุน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ไม่ตำหนิหรือลงโทษอย่างรุนแรงเมื่อผู้ปฏิบัติงานทำงานผิดพลาด เป็นผู้ให้ความรู้ และให้การสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานให้ทำงานตามพื้นฐานวิชาชีพ มีความตื่นตัว ไวต่อภาวะเสี่ยง หรืออันตรายจากการทำงานที่จะเกิดขึ้น สามารถแก้ปัญหาได้

เมื่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงานประสบปัญหาในการทำงาน เป็นผู้ที่สนับสนุน ส่งเสริมให้พยาบาลมีอิสระในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ เอาใจใส่ดูแลผู้ปฏิบัติงานให้มีสภาพแวดล้อม และมีพื้นที่ในการทำงานที่เพียงพอ ทั้งด้านการรักษาความสะอาดของสถานที่ทำงาน จัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานให้เพียงพอ มอบหมายงานตรง และเหมาะสมกับอายุ ประสบการณ์การทำงาน ระดับความรู้ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ให้รางวัล ให้การยอมรับยกย่องเมื่อปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จ

(3) โครงสร้างองค์การ (Organizational Structure)

ก. ตำแหน่ง และบทบาทของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเป็นตำแหน่งที่กำหนดให้อยู่ในทีมบริหารระดับสูงของโรงพยาบาล มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับหน่วยงานที่อยู่ในความรับผิดชอบ และมีบทบาทในการเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของหน่วยงานทางการพยาบาลในโรงพยาบาล ร่วมอยู่ในทีมหรือคณะกรรมการ โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดทิศทางการบริหารและมีโอกาสในการมีส่วนร่วมวางนโยบายต่างๆ ของโรงพยาบาล

ข. การกระจายอำนาจการบริหาร

หมายถึง การมอบอำนาจการควบคุมในการปฏิบัติงานสู่ระดับหน่วยงานโดยตรง การมอบหมายความรับผิดชอบในการจัดการให้หัวหน้าแผนก หรือหัวหน้างานในการบริหารจัดการงานภายในแผนก หรือหน่วยงานตนเอง แล้วรายงานผลการปฏิบัติงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล การให้โอกาสหน่วยงานในการจัดทำแผน/จัดระบบงบประมาณในหน่วยงานตนเอง

ค. คณะกรรมการ

ผู้บริหารทางการพยาบาลได้รับการแต่งตั้งอยู่ในคณะกรรมการต่างๆ ของโรงพยาบาล เช่น คณะกรรมการทางการแพทย์ คณะกรรมการพัฒนากิจการรณคุณภาพ เป็นคณะกรรมการในการพิจารณา ตัดสินใจสรรหาพยาบาลวิชาชีพ การทำวิจัยทางการพยาบาล การจัดทำแนวทางการสอนแก่ผู้ป่วย การกำหนดบันไดอาชีพ การศึกษาต่อเนื่องของผู้ปฏิบัติงาน

(4) การจัดสรรอัตรากำลัง (Staffing)

เป้าหมายของการจัดสรรกำลังเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแล และความเป็นเลิศทางการพยาบาล ความปลอดภัยในการทำงานทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน โดยการจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพที่เพียงพอสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤตและไม่วิกฤต รูปแบบการจัดอัตรากำลังที่นิยมในโรงพยาบาลดั้งเดิม คือ การคิดระดับความรุนแรงของผู้ป่วย จัดกำลังงานตามประเภทของผู้ป่วยและชั่วโมงที่ต้องการการดูแลจากพยาบาล การคิดสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย และสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อพยาบาลที่ไม่ใช่วิชาชีพ

(5) การบริหารบุคลากร (Personnel Policies and Programs)

นอกเหนือจากการวางนโยบายเกี่ยวกับเงินเดือน ค่าตอบแทน และสิทธิประโยชน์ที่พยาบาลพึงได้รับ สิ่งที่สำคัญในด้านการบริหารบุคคล 2 ปัจจัยหลักที่สามารถรักษาพยาบาลวิชาชีพไว้ได้ในองค์กร คือ

ก. ตารางการปฏิบัติงาน

ปัจจัยสำคัญในการที่จะดึงดูด และรักษาพยาบาลไว้ได้ในองค์กร คือ การจ่ายค่าตอบแทนตามชั่วโมงการทำงาน การหมุนเวียนผลัดในการทำงาน การจัดให้พยาบาลทำงานตามความต้องการ ผู้บริหารพยายามในการปรับปรุงตารางการทำงานที่สร้างสรรค์ทันต่อเหตุการณ์ และมีความยืดหยุ่น สนองตอบต่อความต้องการในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

ข. โอกาสในการเจริญก้าวหน้าในการทำงาน

คือ การพัฒนาให้เกิดความเจริญก้าวหน้าตามบันไดอาชีพ การให้รางวัลตาม ความเชี่ยวชาญทางคลินิก ทั้งในด้านการได้รับขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระยะเวลาแน่นอนในการส่งเสริมความก้าวหน้าตามบันไดอาชีพทางคลินิกแก่พยาบาล ผู้บริหารให้การยอมรับ ชื่นชมในความรู้ความสามารถของผู้ที่พัฒนาตนเอง

2) ด้านการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ (Professional Practice) มีรายละเอียด

ดังต่อไปนี้

(1) คุณภาพการดูแล

พยาบาลในโรงพยาบาลดึงดูดใจมีความเชื่อมั่นในตัวเองว่าสิ่งที่เป็นรางวัลที่ยิ่งใหญ่ คือ คุณค่าในการส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยการจัดรูปแบบ/แบบแผนการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ มีรูปแบบการให้การพยาบาลที่หลากหลาย การนำผลการศึกษาวิจัยมาใช้ โดยมีผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดมาตรฐาน หน้าที่ และข้อจำกัดในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลมีอิสระและรับผิดชอบต่อปฏิบัติการพยาบาลเชิงวิชาชีพ ร่วมตัดสินใจในการให้การพยาบาล การบริหารจัดการ และดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นผู้มีความสามารถในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา และเป็นแหล่งความรู้ของบุคลากร โดยเฉพาะความรู้เฉพาะทาง

(2) บทบาทครูผู้สอน

คือ การใฝ่รู้ และการทำหน้าที่เป็นผู้สอนของพยาบาลระดับปฏิบัติการ สาระสำคัญของการมีบทบาทเป็นครูผู้สอน เพื่อเพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล คือ การมีโอกาสในการให้คำแนะนำหรือคำสอนแก่ผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการวางแผนการศึกษา ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงแก่นักศึกษา หรือพยาบาลจบใหม่ ผู้บริหารทางการพยาบาลมีการพัฒนามาตรฐาน

การเรียนรู้จัดการศึกษาอบรม เพื่อเพิ่มสมรรถนะทางวิชาชีพให้แก่พยาบาลภายในองค์กร กระตุ้น และส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศของการเรียนรู้โดยเสนอให้มีรูปแบบการสอนในหลายๆ วิธี

(3) ภาพลักษณ์พยาบาล

เป็นภาพของคุณลักษณะของวิชาชีพ ความน่าเชื่อถือ ซึ่งภาพลักษณ์เหล่านี้ เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้เกิดความมีคุณค่า และความยำเกรงต่อผู้อื่น รับรู้ว่ายพยาบาลเป็นกำลังสำคัญของ โรงพยาบาล จากการมองจากผู้ป่วย ชุมชน และสิ่งที่สำคัญ คือ จากตัวพยาบาลเอง การมีภาพลักษณ์ ที่ดีของพยาบาล จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับแผนกอื่น ในโรงพยาบาล ดึงดูดใจแพทย์จะรับรู้และยอมรับคุณค่าของพยาบาลว่าเป็นผู้ร่วมวิชาชีพ ไม่ใช่เป็นเพียงแค่ผู้ช่วย ซึ่ง สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับพยาบาล

3) ด้านการพัฒนาศาสตร์ (Professional Development)

(1) การปฐมนิเทศ

การพัฒนาตนเองเริ่มตั้งแต่การได้รับการปฐมนิเทศที่ดี พยาบาลที่เลี้ยงซึ่ง เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติวิชาชีพที่ดี เป็นสิ่งที่มีคุณค่า สำหรับพยาบาลจบใหม่ ระยะเวลาของการ ปฐมนิเทศมีตั้งแต่ช่วงระยะเวลาเป็นสัปดาห์ถึงเป็นเดือน ความรับผิดชอบของพยาบาลจบใหม่เป็นสิ่ง สำคัญในการเริ่มต้นการปฏิบัติการพยาบาล

(2) การเรียนรู้จากการทำงาน

เป็นการศึกษาจากประสบการณ์การทำงาน เป็นการเรียนรู้เฉพาะบุคคล มีความสัมพันธ์กับสถานที่ปฏิบัติงาน ทำให้มีโอกาสที่จะเรียนรู้อย่างพอเพียงทั้งด้านปริมาณและ คุณภาพ จากการร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานกับพยาบาลจากโรงพยาบาลต่างๆ ใน ชุมชน ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางวิชาชีพ

(3) การศึกษาต่อเนื่อง

คือ การที่ผู้บริหารสนับสนุนค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการศึกษา จัดตารางเวลาที่ ยืดหยุ่นสำหรับผู้ที่ต้องการศึกษา ให้การสนับสนุนทางการเงิน สำหรับผู้ที่แลกเปลี่ยนวิธีนี้เป็นวิธี ที่สำคัญที่สามารถสรรหาบุคลากรใหม่ และรักษาบุคลากรเดิมไว้ได้ในองค์กร

(4) การพัฒนาศาสตร์

คือ การพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกตามบันไดวิชาชีพ โดยเป็นผู้ชำนาญ เฉพาะทางในแต่ละระดับ เพื่อให้ได้รับการรับรองเป็นผู้ชำนาญการสายงานทางคลินิกหรือสายงาน ทางการบริหาร ทำให้เกิดโอกาสในการเปลี่ยนสายงานจากทางคลินิกไปเป็นสายงานทางการบริหาร หรือเปลี่ยนความชำนาญเฉพาะทางจากด้านหนึ่งไปสู่อีกด้านหนึ่งในสายงานเดียวกัน การจัดอบรมใน หน่วยงาน การส่งเสริมให้มีการทำวิจัย และการนำผลการวิจัยมาใช้ในการพยาบาล

แนวคิดคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของ คราเมอร์ และชมาเลนเบิร์ก (Kramer; & Schmalenberg)

คราเมอร์ และชมาเลนเบิร์ก (Kramer; & Schmalenberg. 2002: 25-29) ได้ทำการวิจัยต่อยอดจากแนวคิดเรื่องโรงพยาบาลดึงดูดใจของ AAN (American Academy of Nursing) โดยการสอบถามพยาบาลระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของการเป็นโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ (Essentials of Magnetism) ที่มีทั้งหมด 37 ข้อ ว่าลักษณะใดมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลระดับปฏิบัติการมากที่สุด 8 อันดับ ภายใต้การทำงานในโรงพยาบาลดึงดูดใจ ลักษณะดังกล่าว ได้แก่

1) การทำงานกับพยาบาลผู้ซึ่งมีความสามารถทางคลินิก (Working with other nurses who are clinically competent) หมายถึง ถ้าผู้ร่วมงานมีความสามารถจะส่งผลให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจในงาน

2) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและแพทย์ (Positive RN/MD relationship) หมายถึง ถ้าพยาบาลและแพทย์มีสัมพันธภาพที่ดีจะก่อให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพ และนำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมีส่วนร่วม

3) เอกสิทธิ์และความตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาล (Autonomy) หมายถึง พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีอิสระในขอบเขตความรู้ความสามารถของตนเอง ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้บริหารจะคอยชี้แนะ หรือวิพากษ์อย่างสร้างสรรค์โดยไม่ใช้การลงโทษ

4) การสนับสนุนของผู้จัดการและผู้ตรวจการพยาบาล (Nurse-manager support) หมายถึง ผู้บริหารในระดับผู้จัดการพยาบาลต้องมีคุณลักษณะที่เหมาะสม เช่น จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีความรู้ด้านงบประมาณ และมีการกระจายอำนาจลงสู่ระดับล่าง สนับสนุนให้พยาบาลระดับปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการทำงาน และมีอิสระในการทดลองทำสิ่งใหม่ๆ ภายในหน่วยงาน

5) การมีอำนาจควบคุมการปฏิบัติงานพยาบาลและการจัดสภาพแวดล้อมในงาน (Control over nursing practice) หมายถึง พยาบาลมีอำนาจในการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อการจัดการพยาบาลอย่างมีอิสระได้ โดยอยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ พยาบาลระดับปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการบริหารและการทำงานของหน่วยงาน

6) การสนับสนุนด้านการศึกษา (Support for education) หมายถึง มีการสนับสนุนการศึกษาทั้งภายในและภายนอกอย่างต่อเนื่อง การจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเมื่อกลับมาทำงานตามวุฒิการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น

7) อัตรากำลังของพยาบาลที่เหมาะสม (Adequacy of staffing) หมายถึง มีการ

จัดระบบการแบ่งประเภทผู้ป่วยที่เชื่อถือได้และแน่นอนเพื่อใช้ในการจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการจัดอัตรากำลังต้องพิจารณาในเรื่อง สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วย สัดส่วนพยาบาลต่อผู้ช่วยพยาบาล และศักยภาพของพยาบาลที่ขึ้นเวรนั้นๆ ด้วย

8) การให้ความสำคัญกับผู้ป่วย (Culture of concern for patients) หมายถึง มีระบบการทำงานที่หลากหลาย เช่น การดูแลผู้ป่วยรายกรณี การดูแลตามบทบาทของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก และต้องมีการทำงานเป็นทีมสหสาขา ทั้งพยาบาลและแพทย์ มีการพัฒนาใหม่ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดีที่สุดใน

แนวคิดคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของ ฮินชอว์ (Hinshaw)

ฮินชอว์ (Hinshaw. 2002: 83-88) ได้ทบทวนการศึกษาลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจของ แมคเคลอร์ และคณะ (McClure; et al. 1983: 1-37) ลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจของ คราเมอร์ และชมาเลนเบิร์ก (Kramer; & Schmalenberg. 2002: 25-29) แล้วนำมาสรุปเป็นกลยุทธ์การสร้างแรงดึงดูดใจซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ลักษณะ ดังนี้

1) อัตรากำลังพยาบาล หมายถึง การจัดอัตรากำลังที่พอเพียงในความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน นอกจากสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อสภาพอาการและจำนวนของผู้ป่วยแล้วยังต้องมุ่งเน้นไปที่คุณภาพหรือศักยภาพของพยาบาลประจำการในแต่ละเวรมีอัตรากำลังที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ปรับโครงสร้างเพื่อสนับสนุนบทบาททางการพยาบาล และมอบหมายผู้ป่วยที่มีลักษณะหรืออาการคล้ายๆ กันให้พยาบาลที่มาช่วยปฏิบัติงานหรือหมุนเวียนจากแผนกอื่นมาช่วยงานเฉพาะกิจ

2) การมีเอกสิทธิ์และอำนาจครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง พยาบาลมีอิสระที่จะปฏิบัติงานในสิ่งที่ตนเองมีความรู้ ความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพ สามารถนำโครงการหรือความคิดริเริ่มในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไปใช้จริงในหน่วยงาน มีการประเมินความต้องการแหล่งทรัพยากรในองค์การสำหรับการจัดการดูแล โดยพยาบาลต้องมีภาวะผู้นำที่มีคุณภาพในระดับองค์การและหน่วยงาน เพื่อจัดให้มีการปฏิบัติงานของตนเองและสนับสนุนการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลมีการใช้กลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ครอบคลุมการตัดสินใจในการสนับสนุนความมีเอกสิทธิ์ในงานของพยาบาล รวมถึงมีการกระจายอำนาจให้ครอบคลุมการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลระดับปฏิบัติการ

3) การมีอำนาจครอบคลุมการปฏิบัติงาน หมายถึง องค์การมีการกำหนดนโยบายที่สนับสนุนการตัดสินใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เปิดกว้าง มีโครงสร้างการตัดสินใจของพยาบาลทั้งประเด็นทางคลินิก การจัดการสภาพแวดล้อม และวัฒนธรรมของหน่วยงาน รวมไปถึงกระบวนการ

ติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและแพทย์ ผู้บริหารและพยาบาลระดับปฏิบัติการ มีการสื่อสารผ่านนโยบายของโรงพยาบาล และกระบวนการบริหารงานของคณะกรรมการ

4) ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและแพทย์ หมายถึง การพยาบาลและการแพทย์เป็นวิชาชีพ โดยทั้งสองวิชาชีพต้องเห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในความรู้ความเชี่ยวชาญของกันและกัน เพื่อร่วมกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของโรงพยาบาล

5) การสนับสนุนการศึกษาและการพัฒนาวิชาชีพ หมายถึง องค์การจําจัดรูปแบบการศึกษาภายในให้กับพยาบาลที่จบใหม่และมีพยาบาลที่มีประสบการณ์เป็นที่เลี้ยง มีการสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องในวิชาชีพพยาบาลที่หลากหลาย เช่น การศึกษาพยาบาลเฉพาะทาง หรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยๆ พร้อมมอบประกาศนียบัตรหลังจบการศึกษาหรืออบรม มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนและแบ่งปันความรู้ ผู้บริหารสนับสนุนการศึกษาในระดับสูงขึ้นไปในรูปแบบของค่าเล่าเรียน หรือจัดตารางการทำงานที่ยืดหยุ่นสำหรับการเรียน รวมทั้งมีบัณฑิตอาชีพที่เป็นกลไกความก้าวหน้าในรูปแบบตำแหน่ง เงินเดือน โบนัส ถ้าพยาบาลระดับปฏิบัติการมีใบรับรองผลการศึกษามาแสดงเป็นหลักฐาน

6) การสนับสนุนขององค์การและการจัดการ หมายถึง องค์การมีโครงสร้างการกระจายอำนาจ โดยให้อำนาจกับพยาบาลระดับปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วย และมีการจัดหาแหล่งประโยชน์ที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องใช้ และหน่วยงานสนับสนุนการทำงาน เช่น การบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แผนกโภชนาการ แผนกทำความสะอาด

แนวคิดคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของ เออร์เดน และโมนาร์ช (Urden; & Monarch)

เออร์เดน และโมนาร์ช (Urden; & Monarch. 2002: 103-107) เสนอเกณฑ์ประเมินสำหรับโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจของ ANCC ซึ่งมีชื่อเรียกว่า Forces of Magnetism แบ่งเป็น 14 ด้าน ดังนี้

Magnet Force 1: คุณภาพของภาวะผู้นำทางการพยาบาล (Quality of nursing leadership)

คุณภาพของภาวะผู้นำทางการพยาบาล ผู้นำทุกระดับต้องมีการแสดงออกถึงการนำที่มีความเข้มแข็ง แสดงออกถึงความเป็นผู้มีความรู้ และใช้ปรัชญาที่กำหนดอย่างชัดเจนในการทำงานแต่ละวันของ Nursing Department แสดงตัวให้เห็นประจักษ์ว่าเป็นผู้ที่เป็นตัวแทนให้กับ Staff พบปะบุคลากร รู้จักทุกคน ทุกระดับ สามารถทราบปัญหาทุกเรื่อง

Magnet Force 2: โครงสร้างองค์การ (Organization Structure)

การมีโครงสร้างแบนแบนราบ มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการ ให้คณะกรรมการมีการต่อรอง สนับสนุนให้มีการตัดสินใจในระดับหน่วยงาน การสร้างแรงจูงใจเพื่อ

พัฒนางาน มีผู้นำพยาบาลเป็นผู้บริหารระดับสูงในโรงพยาบาล โครงสร้างองค์การมีหัวหน้าพยาบาล ซึ่งเรียกว่า “ Chief Nurse Executive” (CNE) มีตำแหน่งเป็น Senior Vice President

Magnet Force 3: รูปแบบการจัดการ (Management Style)

ผู้บริหารการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในทุกๆระดับ มองเห็นและเข้าถึงได้ง่ายและมีการมอบหมายหน้าที่ลงสู่ผู้ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ จัดให้มี Share Leadership Model โดยการกำหนดให้มีคณะกรรมการและสภาชุดต่างๆ

Magnet Force 4: นโยบายและแบบแผนด้านบุคลากร (Personnel policies and Programs)

องค์กรมีโครงสร้างเงินเดือนและสวัสดิการแบบการแข่งขันเน้นระบบส่งเสริมผู้มีความรู้ความสามารถทางคลินิก โดยให้รางวัลแบบการเลื่อนตำแหน่งและปรับขึ้นเงินเดือน จัดทำตารางงานที่ยืดหยุ่น ส่งเสริมโอกาสก้าวหน้าในการทำงานทั้งทางด้านการบริหารจัดการและทางคลินิก มีการกำหนดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล 1:4 การรับบุคลากรพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ มีระบบการปฐมนิเทศ 12-14 สัปดาห์ มีระบบที่สามารถเสนอแนะนโยบายด้านบุคลากรและบริหารบุคคลผ่านทาง council ได้

Magnet Force 5: รูปแบบการดูแลด้านวิชาชีพ (Models of Care)

รูปแบบที่สามารถดูแลผู้ป่วยตามความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ มีการจัดระบบที่สามารถเข้าถึงข้อมูล online ได้ทุกระดับ มีการเอนนโยบาย ระเบียบปฏิบัติที่สำคัญต่างๆ ขึ้น web board สื่อสารให้พยาบาลเข้าไป ประเมินตนเอง (Self Assessment) มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก และใช้ force analysis กรณีที่บุคลากรได้รับการ comment จะใช้วิธีให้คำปรึกษาก่อน จะไม่ใช้การลงโทษและจะเสริมค่านิยม ICARE (Integrity, Compassion, Accountability, Respect, and Excellence)

Magnet Force 6: คุณภาพของการดูแล (Quality of care)

คุณภาพการดูแล จัดให้มีการใช้ Nursing Balanced Scorecard เป็นตัวขับเคลื่อน แต่ละ unit และ service line ทำให้แต่ละหน่วยทราบการทำงานของตนเองและจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันเมื่อมีการประชุมระหว่างแผนก

Magnet Force 7: การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement)

มีกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพให้การศึกษาและสนับสนุนให้พยาบาลปฏิบัติกรอย่างมีส่วนร่วมในกระบวนการปรับปรุงคุณภาพงานใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

Magnet Force 8: การเป็นที่ปรึกษาและแหล่งความรู้ (Consultation and resources)

องค์กรมีผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาสามารถเป็นที่ปรึกษา แหล่งความรู้และยินดีให้การสนับสนุน มีการพัฒนาระบบ Clinical Emergency response team (CERT) โดยใช้หลัก

RRT (Rapid Response Team) ของ International Health Care Institute จะช่วยให้พยาบาลหรือบุคลากรในแต่ละหน่วยรู้สึกอบอุ่นมั่นใจในการดูแลและปฏิบัติหน้าที่มากขึ้น ไม่เกิดความเครียด

Magnet Force 9: ความมีเอกสิทธิ์ในงาน (Autonomy)

พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีอิสระในขอบเขตของงานที่ตนเองมีความรู้ ความชำนาญโดยมีมาตรฐานวิชาชีพ มีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติ มีการตัดสินใจที่เป็นของตนเองในขณะทำงานร่วมกับทีมสหสาขาในการดูแล มีการใช้แบบสอบถามในขณะทำงานว่าพยาบาลมี Autonomy หรือไม่

Magnet Force 10: ชุมชนและโรงพยาบาล (Community Health Care Organization)

มีการสนับสนุนให้องค์กรบริการสุขภาพหรือพยาบาล มีการสนับสนุนให้พยาบาลไปทำงานกับชุมชนแบบอาสาสมัครโดยไม่มีค่าตอบแทน เช่น พยาบาลไปทำ Blood screening และไปร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น กองทุนโรคหัวใจ ตอบข้อมูล online

Magnet Force 11: พยาบาลเปรียบเหมือนครู (Nurses as Teachers)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ฝึกอบรมผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในวิชาชีพ

Magnet Force 12: ภาพลักษณ์ของการพยาบาล (Image of Nursing)

พยาบาลมีความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม และการจัดการดูแลของพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญในทีมดูแลสุขภาพ ได้รับการยอมรับจากสมาชิกของทีมสหสาขา ภาพลักษณ์การพยาบาล มีการเน้นภาพลักษณ์ของพยาบาล มีการศึกษาความน่าเชื่อถือของพยาบาลว่าได้รับความไว้วางใจในการปฏิบัติอย่างไร

Magnet Force 13: ความสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขา (Interdisciplinary Relationships)

การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพในโรงพยาบาล โดยแต่ละวิชาชีพให้การยอมรับสมรรถนะของกันและกันเพื่อเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ ความสัมพันธ์กับสหสาขาวิชาชีพ มีการส่งเสริมให้พยาบาลเข้าร่วมทีมดูแลต่างๆ ก่อให้เกิดผลทางบวกและภายใต้การเคารพซึ่งกันและกัน

Magnet Force 14: การพัฒนาวิชาชีพ (Professional Development)

ให้ความสำคัญกับการศึกษาโดยการผลักดัน ส่งเสริม และสนับสนุนการศึกษาภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง จัดหาทุนการศึกษา จัดสรรเวลาให้สะดวกกับการศึกษาในระดับสูงและการเติบโตทางวิชาชีพเป็นไปตามความเชี่ยวชาญทางคลินิกบนพื้นฐานสมรรถนะที่กำหนดขึ้น

แนวคิดคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของ สเทนไบน์เดอร์ (Stenbinder)

สเทนไบน์เดอร์ (Stenbinder. 2005: 268-274) ได้เสนอแนวคิดโรงพยาบาลดึงดูดใจในฐานะที่ตนเองเป็นผู้ตรวจเยี่ยมและพิจารณาให้รางวัล Magnet Hospital ของ ANCC ว่านอกจากจะปฏิบัติตามแนวทางของ Forces of Magnetism ที่แบ่งเป็น 14 ด้านแล้ว องค์การควรมีองค์ประกอบที่สำคัญอีก 4 ประการ และมีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์รวมไปถึงการบันทึกเอกสารอีก 5 ประการ ดังต่อไปนี้

ส่วนประกอบที่สำคัญขององค์การ 4 ประการ คือ

- 1) มีนวัตกรรม (Innovation) หมายถึง โรงพยาบาลต้องมีแนวคิดใหม่ๆ สำหรับการให้บริการทางการแพทย์
- 2) มีความเป็นเยี่ยม (Excellence) หมายถึง โรงพยาบาลต้องมีความเป็นเลิศโดยการเทียบเคียงกับองค์การอื่นในประเทศ และมีการปฏิบัติที่เหมือนกันทั้งองค์การ
- 3) การเงิน/งบประมาณ (Finance / Budget) หมายถึง มีการจัดงบประมาณสนับสนุนให้พยาบาลศึกษาต่อในระดับปริญญาที่สูงขึ้นและมีการเพิ่มเงินตามระดับความรู้และความสามารถ
- 4) การว่าจ้างและการสื่อสาร (Engagement and Communication) หมายถึง โรงพยาบาลมีกระบวนการว่าจ้างและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสามารถจับต้องได้ เช่น รายงานการประชุมหรือการตัดสินใจ มีการเผยแพร่รายงานการประชุมอย่างทั่วถึง เขียนภาระหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในการติดตามข่าวสารถ้าไม่ได้เข้าประชุม พยาบาลทุกคนมี mailbox, internet และ E-mail

วัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์และการบันทึกเอกสาร 5 ประการ คือ

- 1) รูปแบบภาวะผู้นำและการบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยพยาบาลทำการตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยในระดับหน่วยงานพยาบาล มีการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาและภาวะผู้นำให้กับพยาบาลปฏิบัติการเพื่อร่วมเป็นคณะกรรมการ และผู้บริหารต้องจัดตารางเวลาให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสได้เข้าร่วมประชุมของคณะกรรมการ หรือในการเก็บข้อมูลที่จะนำเสนอต่อที่ประชุม
- 2) การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา หมายถึง หน่วยงานมีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การวินิจฉัย การวางแผนการดูแล การปฏิบัติการดูแลตามแผน และการประเมินผลการดูแล รวมถึงการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของทีมสหสาขา
- 3) เอกสารทางคลินิกที่สามารถเล่าเรื่องราวของผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมและชัดเจน มีการเรียงตามลำดับเหตุการณ์ โดยอาจบันทึกในกระดาษหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ แต่ต้องอ่านง่ายและสื่อสารกับเพื่อนร่วมทีมดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน

4) อัตรากำลังที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย คือ ต้องมีการศึกษาเรื่องเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อจัดเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับลักษณะงาน และสามารถใช้ได้กับการคิดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

5) การวิจัยทางการพยาบาล โรงพยาบาลต้องมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยที่ได้ตีพิมพ์ โครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและการศึกษาปัญหาทางคลินิกที่พบในโรงพยาบาล

แนวคิดการธำรงรักษากำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ไว้ในระบบของ ทศนา บุญทอง

ทศนา บุญทอง (2547: (5)-(6)) เสนอมาตรการที่ควรดำเนินการเพื่อธำรงรักษากำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ไว้ในระบบประกอบด้วย

1. สร้างหลักประกันความมั่นคงในอาชีพ โดยบรรจุพยาบาลวิชาชีพในตำแหน่งข้าราชการซึ่งเป็นแรงจูงใจที่สำคัญยิ่ง เพราะพยาบาลต้องการความมั่นคงและสวัสดิการในระยะยาว การเลื่อนสถานภาพของพยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล ที่จบปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และการกำหนดค่าตอบแทนพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบและความเสี่ยง เช่นเดียวกับวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์หรือเภสัชกร

2. สร้างสภาพแวดล้อมและสถานที่ทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สวัสดิภาพและความปลอดภัยของพยาบาล เพราะการที่พยาบาลมีสุขภาพกายและจิตดี รู้สึกปลอดภัย จะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

3. กำหนดบันไดความก้าวหน้าในวิชาชีพเพื่อให้พยาบาลได้ก้าวหน้าในการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและได้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการมีระบบและตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลและพยาบาลเวชปฏิบัติ

4. ปรับปรุงการใช้พยาบาลให้ตรงกับการศึกษาและประสบการณ์ หน่วยงานต่างๆ ต้องจ้างบุคลากรประเภทอื่นเพื่อทำงานธุรการ บริหารสำนักงาน ทำงานฝ่ายสนับสนุนการบริการ

5. การดึงพยาบาลที่ออกจากวิชาชีพไปทำงานอื่น ให้กลับเข้ามาในระบบ โดยการจัดอบรมระยะสั้นเพื่อฟื้นฟูวิชาการ ทักษะ และการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ปรับวิธีการจ้างงานให้เหมาะสม

6. การขยายอายุการทำงานสำหรับพยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ ในบางตำแหน่ง รวมทั้งอาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม สภากาชาดไทย และกรุงเทพมหานครที่มีความรู้ ความสามารถ มีผลงานและมีศักยภาพในการปฏิบัติงาน รวมทั้งปรับระบบการจ้างงานตามความเหมาะสม เช่น การจ้างเป็นบางเวลา เป็นต้น

7. สนับสนุนการผลิตผู้ช่วยการพยาบาล เพื่อช่วยงานง่าย ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต้องใช้การตัดสินใจทางคลินิก การดูแลบำรุงรักษาเครื่องใช้ต่างๆ เพื่อให้การพยาบาลได้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย/ประชาชนโดยตรงมากขึ้น

8. การสนับสนุนให้พยาบาลได้มีการศึกษาให้ตรงกับงานที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

9. การส่งเสริมให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการบริหารและการตัดสินใจในการให้บริการทุกระดับ

แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข (2547: 20-22) ได้จัดทำแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุขเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ให้มีการกำหนดแนวทางการสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังคนปฏิบัติงานในระบบได้อย่างมีความสุข เช่น การยกย่องเชิดชูเกียรติ การให้โอกาสในการศึกษาต่อ การเปิดโอกาสให้เติบโตในหน้าที่ราชการในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานได้ และมีความคล่องตัวในการโยกย้ายเพื่อไม่ให้กระทบขวัญกำลังใจ

2) ให้มีการปรับเงินเดือนและค่าตอบแทนในระบบใหม่ที่เหมาะสมสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุข โดยเงินเดือนอาจเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนสวัสดิการส่วนที่ขาดหายไป และค่าตอบแทนพิเศษ (Allowance) เช่น ค่าวิชาชีพ เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนการเสียโอกาสทางสังคมหรือการได้รับมอบหมายงานเฉพาะ เช่น การทำงานในพื้นที่พิเศษ ห่างไกล ทูรกันดาร เสี่ยงภัยการทำงานในสถานที่ที่มีคนทำงานน้อยแต่ปริมาณงานมาก ทำงานในสาขาที่ไม่มีคนต้องการทำ หรือได้รับมอบหมายงานพิเศษ เช่น งานสอน การวิจัยและพัฒนา งานพัฒนาคุณภาพบริการระดับสูง และค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานตามระบบ Work point payment system ที่มีการพัฒนาขึ้น

3) ให้มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ควบคู่กับการปรับเงินเดือนและค่าตอบแทนระบบใหม่ รวมทั้งการกำหนดรูปแบบและระบบการจ้างงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงานบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข

4) ให้มีการปรับแผนเพิ่มการผลิตกำลังคนในสาขาที่ขาดแคลน ได้แก่ แพทย์ที่ต้องผลิตเพิ่มอีกประมาณปีละ 700 คน ทันตแพทย์ ผลิตเพิ่มอีกประมาณปีละ 200 คน และพยาบาล ผลิตเพิ่มอีกปีละ 1,000 คน โดยของบประมาณสนับสนุนการผลิตเพิ่มเป็นงบประมาณดำเนินการและงบประมาณเพื่อการพัฒนาอาจารย์และครุภัณฑ์เพื่อพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอน

5) ให้มีการกำหนดโควตาเปิดโอกาสให้นักเรียนในพื้นที่ชนบทห่างไกล ทูรกันดาร และขาดแคลนกำลังคน ได้เข้าศึกษาในสาขาที่ขาดแคลนมากขึ้น โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมจัดทำรายละเอียด เช่น การพัฒนาศักยภาพพื้นฐานความรู้ของนักเรียน และให้หน่วยงานในพื้นที่มีส่วนร่วม

ร่วมในการคัดเลือกนักเรียน เพื่อสร้างความผูกพันกับพื้นที่ และให้กลับไปทำงานในพื้นที่เมื่อสำเร็จการศึกษา

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย

ตามที่ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร แดงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2554 มีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ดังนี้ ข้อ 4.3.1 การลงทุนด้านบริการสุขภาพ โดยการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพทั้งระบบ พัฒนาสารสนเทศด้านสาธารณสุข และเร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ และข้อ 4.3.2 กำหนดแผนงานแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรในพื้นที่ และสนับสนุนให้มีการเร่งผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้กลับไปปฏิบัติงานในภูมิภาคในชนบท พร้อมกับการสร้างขวัญกำลังใจในเรื่องของความก้าวหน้าและค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรม ซึ่งวิจิตร ศรีสุพรรณ; และ กฤษดา แสงดี (2555: 5, 10-11) ได้นำเสนอในหัวข้อการลดการสูญเสีย และเพิ่มการอํารงรักษาพยาบาลวิชาชีพไว้ในระบบบริการสุขภาพ ว่าควรมีมาตรการดังต่อไปนี้

1. มีการวางแผนและการบริหารจัดการกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ กำหนดตำแหน่งหรือสถานที่ทำงานที่ยังขาดแคลนกำลังคนพยาบาลวิชาชีพให้ชัดเจนว่าอยู่ที่ใดบ้าง และมีความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์จำนวนเท่าใด จะเหมาะสมกว่าการปล่อยให้แต่ละหน่วยงานแสวงหาพยาบาลมาปฏิบัติงานเอง ทั้งนี้บางหน่วยงานก็ขาดงบประมาณในการแสวงหาพยาบาลใหม่หรือผู้มีประสบการณ์มาทำงาน จึงควรมีหลักเกณฑ์ และคณะกรรมการจัดสรรกำลังคน เช่นเดียวกับสาขาแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ และเภสัชศาสตร์

2. ปรับปรุงเส้นทางความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพในระบบราชการที่มีทักษะและความชำนาญสูงให้เข้าสู่ตำแหน่งชำนาญการพิเศษได้ทุกตำแหน่ง และขยายกรอบอัตราตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับเชี่ยวชาญและทรงคุณวุฒิ โดยไม่ต้องยุบรวมตำแหน่ง เพื่อรักษากำลังคนที่มีความรู้ความสามารถสูงไว้ในระบบราชการ

3. การปรับปรุงระบบค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ทั้งค่าตอบแทนในลักษณะ hardship allowance สำหรับการปฏิบัติงานในชนบท พื้นที่ห่างไกล หรือมีความเสี่ยงทั้งในเชิงพื้นที่ และลักษณะงานที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัย เช่น การปรับปรุงค่าตอบแทนเวรผลัดหรือค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลา ค่าตอบแทนการทำงานในพื้นที่ทุรกันดารหรือห่างไกล และค่าตอบแทนเพิ่มตามผลการปฏิบัติงาน

4. สร้างหลักประกันความมั่นคงในอาชีพ โดยการบรรจุพยาบาลวิชาชีพเป็นข้าราชการ โดยเฉพาะในพื้นที่ขาดแคลน ในอนาคตควรพัฒนาระบบการจ้างงานใหม่ที่ไม่ใช่ระบบราชการที่มีสิทธิประโยชน์ไม่น้อยกว่าการเป็นข้าราชการ แต่สามารถตอบสนองความต้องการในด้าน

ความมั่นคง ความก้าวหน้า โอกาสในการศึกษาต่อ ค่าตอบแทน และสวัสดิการ โดยควรมีการออกแบบเป็นชุดสิทธิประโยชน์ ที่ถูกจ้างของรัฐควรจะได้รับ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่เข้าทำงานในสถานพยาบาลภาครัฐที่กำลังประสบปัญหาการขาดแคลน เพราะพยาบาลวิชาชีพซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมักจะต้องการความมั่นคงสวัสดิการสำหรับการทำงานในระยะยาว

5. พัฒนาระบบการจ้างงานหลังเกษียณ และการจ้างงานแบบบางเวลาการขยายอายุการทำงานสำหรับพยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในบางตำแหน่ง เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะบรรเทาความรุนแรงของการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพได้ โดยควรมีการพัฒนากระบวนการประเมินสมรรถนะ และวิธีการจ้างงานอาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพต่อภายหลังเกษียณอายุราชการ เพื่อทำหน้าที่อาจารย์พยาบาลหรือครูพี่เลี้ยงในการฝึกสอนเพื่อเตรียมพยาบาลใหม่ให้สามารถทำงานที่ต้องการทักษะเฉพาะทาง นอกจากนี้ควรมีการแก้ไขระเบียบหรือข้อจำกัดของการจ้างงานในภาครัฐให้สามารถจ้างงานพยาบาลแบบบางเวลา ซึ่งอาจเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถดึงดูดพยาบาลวิชาชีพที่ออกจากงานไปแล้วสามารถเลิกละเวลากลับเข้ามาทำงานได้

6. พัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานและสถานที่ทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน ในสถานการณ์การขาดแคลนกำลังคน จะส่งผลให้กำลังคนที่มีอยู่ในแต่ละโรงพยาบาลทำงานหนักมากขึ้น มีความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ให้บริการ และความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ดังนั้นควรมีนโยบายและมาตรการสนับสนุน เพื่อให้มีสถานที่ทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

7. ลงทุนเพื่อการจัดหาหรือปรับปรุงห้องพักสำหรับพยาบาล การที่พยาบาลต้องทำงานในลักษณะเวรผลัดหมุนเวียนในตลอด 24 ชั่วโมง สวัสดิการห้องพักหรือบ้านพักในโรงพยาบาลหรือบริเวณใกล้เคียง จึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย ต่อการพักอาศัย การเดินทาง และความสะดวกในการทุ่มเทการทำงานอย่างเต็มที่ให้แก่ราชการ ปัจจุบันห้องพักในหลายโรงพยาบาลไม่เพียงพอ หรือมีสภาพทรุดโทรมจำเป็นต้องมีการจัดหาและซ่อมแซม

แนวคิดคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของต่างประเทศ มีแนวความคิดเริ่มต้นจากการทำการศึกษารองพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการรักษาพยาบาลวิชาชีพไว้ได้ในองค์กร พบว่าโรงพยาบาลดังกล่าวมีลักษณะเด่น 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพ และด้านการพัฒนาวิชาชีพ ต่อมาได้มีการทำการศึกษาต่อยอดและเสนอเกณฑ์มาตรฐานสำหรับใช้ในการประเมินโรงพยาบาลดึงดูดใจ สำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการขอการรับรอง "รางวัลโรงพยาบาลดึงดูดใจ" ของ American Nursing Credentialing Center (ANCC) มีชื่อเรียกว่า 14 Force of Magnetism ประกอบด้วย 1) คุณภาพของภาวะผู้นำทางการพยาบาล 2)

โครงสร้างองค์กร 3) รูปแบบการจัดการ 4) นโยบายและแบบแผนด้านบุคลากร 5) รูปแบบการดูแลด้านวิชาชีพ 6) คุณภาพของการดูแล 7) การพัฒนาคุณภาพ 8) การเป็นที่ปรึกษาและแหล่งความรู้ 9) ความมีเอกสิทธิ์ในงาน 10) ชุมชนและโรงพยาบาล 11) พยาบาลเปรียบเหมือนครู 12) ภาพลักษณ์ของการพยาบาล 13) ความสัมพันธ์ระหว่างทีมสหสาขา และ 14) การพัฒนาวิชาชีพโดยโรงพยาบาลที่ต้องการขอการรับรองรางวัลโรงพยาบาลดีจึงจะต้องมีคุณลักษณะดังกล่าวครบถ้วนสมบูรณ์ จึงจะได้รับรางวัลโรงพยาบาลดีคุณใจ เกณฑ์ประเมินนี้ถูกนำมาใช้จนถึงปัจจุบันสำหรับในประเทศไทยมีแนวคิดเกี่ยวกับการอำนวยการรักษากำลังคนสาขาการพยาบาลศาสตร์ไว้ในระบบแผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข และข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่เหมือนกันคือ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพโดยการสร้างความดีใจในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ความมั่นคงในอาชีพโดยการบรรจุเป็นข้าราชการสวัสดิการที่ดีขึ้น เช่น การสร้างหอพักเพิ่มเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการ กำหนดบันไดความก้าวหน้าในวิชาชีพ ให้โอกาสในการศึกษาต่อ ขยายอายุการทำงานสำหรับผู้ที่มีความรู้และความชำนาญ ปรับเงินเดือนและค่าตอบแทนให้มีความเหมาะสม รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานให้มีความปลอดภัย

4.3 ประโยชน์

ประโยชน์ที่ได้รับจากการได้รับการรับรอง “รางวัลโรงพยาบาลดีคุณใจ” มีหลายด้านด้วยกัน (ยุวดี เกตสัมพันธ์. 2556: online) คือ

1) ด้านผู้รับบริการ ลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล ลดอัตราตาย ลดความล้มเหลวในการช่วยชีวิต และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2) ด้านพยาบาลในองค์กร มีความรักและผูกพันกับองค์กร ลดอัตราการลาออก ลดความเบื่อหน่ายในงาน เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับพยาบาล สัดส่วนระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเหมาะสม เพิ่มความรู้สึกรับผิดชอบในการตัดสินใจภายใต้ขอบเขตการปฏิบัติงานของวิชาชีพ เพิ่มความพึงพอใจของพยาบาล ลดอัตราการบาดเจ็บในที่ทำงาน เช่น อัตราเกิดเข็มทิ่มตำ เป็นต้น

3) ด้านองค์กร ลดค่าใช้จ่ายในการสรรหาและพัฒนาพยาบาลใหม่แทนคนเก่าที่ลาออกไป รวมทั้งเป็นการเสริมสร้างภาพพจน์ที่ดีขององค์กร และเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน

ประโยชน์ของการได้รับการรับรอง “รางวัลโรงพยาบาลดีคุณใจ” คือการนำเกณฑ์มาตรฐานมาพัฒนาปรับปรุงองค์กรให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อทั้งผู้รับบริการ พยาบาลในองค์กร และองค์กร

4.4 กระบวนการรับรองและเกณฑ์การให้รางวัล

องค์กรที่จะขอสมัครเข้ารับการรับรองจะต้องยังคงอยู่ในองค์กรสุขภาพและมีข้อกำหนด (ANCC. 2013: online) ดังต่อไปนี้

1) มีหน่วยงานที่มีพยาบาลระดับปฏิบัติการให้การพยาบาลตั้งแต่ 1 หน่วยงานขึ้นไป ระบบการปกครองเป็นอิสระอยู่ภายใต้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลคนเดียว เรียกว่า CNO (Chief Nursing Officer) ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดรับผิดชอบทุกพื้นที่ที่มีพยาบาลปฏิบัติงานอยู่

2) CNO ต้องดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการบริหารสูงสุดขององค์กร มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร

3) CNO มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่าปริญญาโททางการพยาบาล ถ้าจบปริญญาโทสาขาอื่น ต้องจบปริญญาตรีหรือปริญญาเอกทางการพยาบาล

4) CNO ที่อยู่ในตำแหน่งต้องมีคุณสมบัติดังกล่าวตลอดระยะเวลาการขอเข้ารับการรับรอง ระยะเวลาเอกสาร จนถึงการได้รับการรับรองความเป็นโรงพยาบาลดีใจ สำหรับผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นการชั่วคราวก็ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้

5) ผู้บริหารการพยาบาลรับผิดชอบในการกำกับดูแลพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด รวมทั้งพนักงานที่ให้บริการด้านสุขภาพในระดับต่ำกว่าด้วย นอกจากนี้ยังต้องรับผิดชอบในการสรรหา บุคลากร การคงไว้ซึ่งบุคลากร การประเมินผล และการพัฒนาวิชาชีพ มีส่วนร่วมในการกำหนดงบประมาณและผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ วางแผน จัดระบบ และนำไปสู่การให้การพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วย

6) ผู้นำทางการพยาบาลที่มีสายการบังคับบัญชาหลายหน่วยจะมีพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานทางคลินิก และผู้นำทางการพยาบาลเป็นตำแหน่งในแผนภูมิขององค์กรที่อยู่ระหว่างผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารสูงสุด

7) ผู้บริหารการพยาบาลและผู้นำทางการพยาบาลจะต้องจบปริญญาตรีทางการพยาบาล

8) ระบบการพยาบาลจะต้องดำเนินการอยู่ภายใต้กรอบ Nurse Administration: Scope and Standard of practice ของ ANA (2010)

9) องค์กรต้องมีนโยบายและขั้นตอนที่อนุญาตและสนับสนุนพยาบาลในเรื่องการ แสดงออกเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานตามวิชาชีพโดยปราศจากการลงโทษ

10) องค์กรต้องปฏิบัติตามกฎหมายแรงงานที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพ องค์กรที่ถูกเพิกถอนรายชื่อหรือถูกละเว้นการดำเนินการรับสมัครเนื่องจากการตัดสินใจที่ไม่ถูกต้อง จะถูกห้ามไม่ให้ดำเนินการสมัครใหม่เป็นระยะเวลา 1 ปี

11) องค์การที่สมัครจะต้องเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัด Nurse-sensitive Quality Indicators, Patient Satisfaction, Nurse Satisfaction และ Clinical Nurse Sensitive Indicators ในระดับหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน และเทียบเคียงระดับของคุณภาพการพยาบาล (Benchmarks) กับฐานข้อมูลระดับชาติ

Nurse-sensitive Quality Indicators ได้แก่ Blood Stream Infections, Urinary Tract Infections, Ventilator-associated Pneumonia, Restraint Use, Pediatric IV Infiltrations, Patient Falls และ Nosocomial Pressure Ulcer Incidence or Prevalence

ค่าใช้จ่ายในการสมัครเข้าขอการรับรอง

ค่าสมัคร \$ 4,200

ค่าใช้จ่ายในการยื่นเอกสารต่าง ๆ ที่จำเป็น สำหรับ Acute care inpatient facilities and Long Term Care ขนาดโรงพยาบาลตั้งแต่ 100-949 เตียง \$ 13,750 - \$ 54,350 ขนาดโรงพยาบาลตั้งแต่ 950 เตียงขึ้นไป \$ 57,850 เติงที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 950 เติง เพิ่ม \$65

ค่าตรวจรับรอง Magnet Appraiser Team Leader \$ 2500 และ Each Magnet Appraiser Team Member \$ 2000

ค่าตรวจเยี่ยม (Site Visit) \$ 1850/คน/วัน ทั้งนี้ไม่รวมค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก เบี้ยเลี้ยงประจำวันของ Appraiser แต่ละคน

กระบวนการรับรอง มี 4 ระยะ คือ

1) Application

ผู้สมัครกรอกข้อมูลลงในใบสมัครอิเล็กทรอนิกส์ให้ครบถ้วน ระบุชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้และที่อยู่ขององค์กรด้วย โดยสามารถยื่นใบสมัครได้ตลอดเวลา

2) Submission of Written Documentation

ขั้นตอนการพิจารณาเริ่มต้นขึ้นเมื่อส่งเอกสาร โดยเอกสารจะต้องสะท้อนให้เห็นถึงนวัตกรรม การเปลี่ยนแปลง คุณลักษณะที่ยอดเยี่ยมขององค์กรที่พัฒนาและแผ่ขยายไปทั่วทั้งองค์กร นอกจากนี้ยังต้องแสดงถึง Nurse Administration : Scope and Standard of Practice ของ ANA (2010) ภายใต้โครงสร้างขององค์กร ผู้นำ และการบริหารจัดการ รวมทั้งมาตรฐานของระบบการพยาบาล คู่มือ The Magnet Recognition Program Manual มีรายละเอียดของข้อมูลและคำแนะนำ

3) Site Visit

มีการตรวจเยี่ยมสถานที่หลังจากการพิจารณาเอกสารผ่านจุดประสงค์ของ

การตรวจเยี่ยมคือ เพื่อตรวจสอบความเป็นจริงตามสิ่งที่เขียนรายงานไปและเพิ่มรายละเอียดของเอกสาร ประเมินสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาล ใช้เวลาตรวจเยี่ยมประมาณ 3 วัน การพิจารณาเอกสารและการตรวจเยี่ยมประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินตัวชี้วัดคุณภาพ การบริหารการพยาบาล และการพยาบาล

4) Award Decision

คณะกรรมการพิจารณารายงานผลการประเมินเพื่อลงมติ และจะเข้าพบเป็นระยะตลอดเวลา 1 ปีก่อนการรับรอง “Magnet status” โดยจะให้การรับรองเป็นเวลา 4 ปี

โรงพยาบาลที่ต้องการขอการรับรองความเป็นโรงพยาบาลดีดูใจ จะต้องมีความรู้คุณสมบัติต่างๆ ตามเกณฑ์การคัดเลือก มีการเตรียมเอกสารและค่าใช้จ่ายในแต่ละระยะของกระบวนการขอการรับรอง ซึ่งมี 4 ระยะ คือ 1) Application กรอกข้อมูลและยื่นใบสมัคร 2) Submission of Written Documentation ส่งเอกสารให้พิจารณา 3) Site Visit ผู้ประเมินตรวจเยี่ยมสถานที่ และ 4) Award Decision การประกาศผลการรับรอง โดยจะมีการรับรองเป็นเวลา 4 ปี ซึ่งรางวัลที่ได้ถือได้ว่าเป็นความก้าวหน้าของวิชาชีพอีกขั้นหนึ่ง

4.5 งานวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีดูใจ

4.5.1 งานวิจัยในประเทศ

สุภาณี คงชุม (2550: 65-68) ศึกษาลักษณะโรงพยาบาลที่สามารถดีดูใจพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการให้คงอยู่ในงานอย่างมีความสุข โดยใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic Delphi Future Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ 23 คน โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

ผลการวิจัย พบว่า ลักษณะโรงพยาบาลที่ดีดูใจพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการบริหารบุคลากรพยาบาล ประกอบด้วย 5 ด้านย่อย ได้แก่

1.1 การสรรหาและการคัดเลือก

1.2 การจัดอัตรากำลัง

1.3 การพัฒนาบุคลากร

1.4 การบริหารจัดการค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์

1.5 การประเมินผลการปฏิบัติงาน

2) ด้านการจัดการและพัฒนาองค์การพยาบาล/โรงพยาบาล ประกอบด้วย

4 ด้านย่อย ได้แก่

- 2.1 อาคารและสถานที่
- 2.2 โครงสร้างองค์การพยาบาล
- 2.3 วัฒนธรรมองค์การ
- 2.4 ความเป็นเลิศขององค์การ
- 3) ด้านภาวะผู้นำของผู้บริหารทุกระดับ
- 4) ด้านการปฏิบัติงานและให้บริการเชิงวิชาชีพ
- 5) ด้านการบริหารงานขององค์การพยาบาล
- 6) ด้านการสื่อสารในองค์การพยาบาล

ภาวิณี รุจิพัฒน์กุล (2551: บทคัดย่อ) ศึกษาลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการให้คงอยู่ในงานอย่างมีความสุข และทำอย่างไรที่จะทำให้โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์สามารถคว้ารางวัลนี้ได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างน้อย 3 ปี นับตั้งแต่ปี 2008 โดยได้ทำการวิเคราะห์ Gap Analysis ระหว่างมาตรฐานของโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจกับมาตรฐานของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โดยที่ผู้บริหารการพยาบาล จากนั้นได้วางแผนกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ ประเมินผล และปรับเป็นมาตรฐานใหม่ที่สอดคล้องตามแนวทางของโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบหลักในการมุ่งสร้างวัดโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจมุ่งเน้นที่ทีมผู้นำการพยาบาล ดังนี้

- 1) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลต้องมีภาวะผู้นำ มีความสามารถในการบริหารจัดการ
- 2) ฝ่ายการพยาบาลต้องมีโครงสร้างที่มีอำนาจอย่างแท้จริง
- 3) ฝ่ายการพยาบาลเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล
- 4) มีนวัตกรรม
- 5) คุณภาพการพยาบาลมีความชัดเจน

อรทัย หนูกลับ และ อุษณี ณ ตะกั่วทุ่ง (2551: SVII2102) ศึกษาระดับการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 176 คน ผลการศึกษา พบว่า การเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีการรับรู้สูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติงานและให้บริการเชิงวิชาชีพ ด้านที่มีการรับรู้ต่ำสุด คือ ด้านการบริหารบุคลากร สำหรับข้อที่มีการรับรู้สูงสุด คือ ฝ่ายการพยาบาลมีนโยบายให้พยาบาลวิชาชีพให้บริการผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ และข้อที่มีการรับรู้ต่ำสุด คือ ฝ่ายการพยาบาลมีการจัดพื้นที่/ห้องสำหรับพยาบาล เจ้าหน้าที่พักระหว่างการทำงานในหอผู้ป่วย

อุษณี ณ ตะกั่วทุ่ง (2551: 119-121) ศึกษาระดับความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข และความเป็นโรงพยาบาล

ดึงดูดใจจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการบริหาร และหน่วยงานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 557 คน ผลการวิจัยพบว่า

1) ความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีการรับรู้ความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติงานและให้บริการเชิงวิชาชีพ ด้านที่มีการรับรู้ความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจต่ำสุด คือ ด้านการบริหารบุคลากร สำหรับข้อที่มีการรับรู้สูงสุด คือ ฝ่ายการพยาบาล มีนโยบายให้พยาบาลวิชาชีพให้บริการผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ และข้อที่มีการรับรู้ต่ำสุด คือ พยาบาลวิชาชีพ ได้รับสวัสดิการต่างๆ อย่างเหมาะสมในเรื่องรายได้ เครื่องแบบ ที่พัก อาหาร การรักษาพยาบาล

2) พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุ และประสบการณ์บริหารแตกต่างกัน มีการรับรู้ความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และ .01 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมากกว่า มีการรับรู้ความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การบริหารมากมีการรับรู้ความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การบริหารน้อย ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานด้านการปฏิบัติการพยาบาลและหน่วยงานที่ปฏิบัติแตกต่างกัน มีการรับรู้ความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจไม่แตกต่างกัน

ยูพาพร คำสะไมล์ (2552: 101-106) ศึกษาตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพและศึกษาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 520 คน ผลการวิจัยพบว่า

ตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพมีจำนวน 4 ตัวประกอบ 92 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 69.05 โดยมีตัวประกอบดังต่อไปนี้

1) รูปแบบการบริหารจัดการและภาวะผู้นำของผู้บริหาร เป็นตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ ที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุดคือร้อยละ 29.13 มีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบ จำนวน 45 ตัวแปร

2) การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ เป็นตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ ที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 26.24 มีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบ จำนวน 37 ตัวแปร

3) สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล เป็นตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.74 มีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบจำนวน 6 ตัวแปร

4) โครงสร้างองค์กรพยาบาล เป็นตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.93 มีจำนวนตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบจำนวน 4 ตัวแปร

งานวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจในประเทศ มีการศึกษาคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ โดยการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ศึกษาเป็นรายเฉพาะโรงพยาบาลโดยอิงกับเกณฑ์มาตรฐานของรางวัลโรงพยาบาลดึงดูดใจศึกษาระดับความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลศูนย์และเฉพาะโรงพยาบาล และศึกษาตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ได้พบว่าคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยมีคุณลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้ ได้แก่ การบริหารงานขององค์กรพยาบาล ความสำคัญของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ ภาวะผู้นำของผู้บริหาร สัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์/ผู้ร่วมงานแผนกอื่นๆ การบริหารบุคลากรพยาบาล การจัดการและพัฒนาองค์กรพยาบาล/โรงพยาบาล การสื่อสารในองค์กรพยาบาล สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล และโครงสร้างองค์กรพยาบาล

4.5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

ยูเพนเนียคส์ (Upenieks. 2003: 457, 459-465) ศึกษาลักษณะของผู้นำทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามความคิดเห็นของผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลดึงดูดใจและโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะผู้นำที่ดีและระบุขีดความสามารถที่แตกต่างกันระหว่างผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลดึงดูดใจและโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ และเพื่ออธิบายการรับรู้ของผู้นำทางการพยาบาล ทำการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการใช้นิเทศวิธีเพื่อหา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้นำทางการพยาบาล 16 คน โดยมาจากโรงพยาบาลดึงดูดใจจำนวน 2 โรง 7 คน และโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจจำนวน 2 โรง 9 คน ทำการคัดเลือกผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงที่มีประสบการณ์ในการบริหารอย่างน้อย 3-5 ปีมาโรงพยาบาลละ 1 คน รวมเป็น 4 คน และอีก 12 คนทำการคัดเลือกผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นและระดับกลางที่มีประสบการณ์ในการบริหารอย่างน้อย 2-5 ปี ผลการศึกษาพบว่า

1) ลักษณะของผู้นำทางการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลดีคือ มีความซื่อสัตย์สุจริต เป็นผู้ให้การสนับสนุน มีความชัดเจน สามารถเข้าถึงได้ง่าย มองโลกในแง่บวก ให้ความร่วมมือในการทำงาน เป็นผู้สื่อสารและผู้ฟังที่ดี เป็นผู้ทงอิทธิพล ให้ความช่วยเหลือด้านการพยาบาลอย่างเต็มกำลัง เสริมสร้างพลังอำนาจ และมีไหวพริบในด้านธุรกิจ

ลักษณะของผู้นำทางการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลไม่ดีคือ เป็นคนน่าเชื่อถือ ตรงไปตรงมา มีความมั่นใจในตนเอง มีความยืดหยุ่น ยุติธรรม มีความรักในงานพยาบาล สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีไหวพริบด้านธุรกิจ มีความรู้และมีวิสัยทัศน์

2) ผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลดีคือมีการรับรู้ด้านการได้รับการสนับสนุนจากองค์กร สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และการมีเอกสิทธิ์และอำนาจครอบคลุมการปฏิบัติงานพยาบาลสูงกว่าผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลไม่ดีในทุกด้าน โดยผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลดีมีการรับรู้ด้านการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรและการมีเอกสิทธิ์และอำนาจครอบคลุมการปฏิบัติงานพยาบาลสูงสุด

3) ผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลดีคือมีการรับรู้ด้านบันไดอาชีพหรือการได้รับการศึกษาต่อ การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม อัตราค่าจ้างที่เพียงพอ ค่าตอบแทนที่เพียงพอ และตารางเวลาการปฏิบัติงานที่ยืดหยุ่นสูงกว่าผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลไม่ดีในทุกด้าน โดยผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลดีมีการรับรู้ด้านบันไดอาชีพหรือการได้รับการศึกษาต่อสูงสุด รองลงมาคืออัตราค่าจ้างที่เพียงพอ และตารางเวลาการปฏิบัติงานที่ยืดหยุ่นตามลำดับ

ยูเพนเนียคส์ (Upenieks. 2005: 22-23, 27) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบโรงพยาบาลดีคือที่ช่วยผู้บริหารทางการพยาบาลในการตัดสินใจและคงไว้ของบุคลากรทางการพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน โดยรูปแบบการศึกษาจะเน้นเกี่ยวกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและแนะนำวิธีที่ดีที่สุดในการเพิ่มบุคลากรทางการพยาบาล โดยรูปแบบโรงพยาบาลดีคือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การสนับสนุนและการบริหารแบบมีส่วนร่วม การเตรียมความพร้อมที่ดีและเหมาะสมของผู้บริหารทางการพยาบาล โครงสร้างองค์กรแบบกระจายอำนาจ มีบุคลากรทางการพยาบาลที่เพียงพอ มีการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก มีการจัดตารางการปฏิบัติงานที่ยืดหยุ่น และมีโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ 2) การปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ ได้แก่ รูปแบบการปฏิบัติดูแล ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพและความรับผิดชอบ คำแนะนำที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ เน้นการสอนความรับผิดชอบของบุคลากร 3) การพัฒนาวิชาชีพ ได้แก่ มีการวางแผน

กำหนดทิศทางความก้าวหน้าของบุคลากร เน้นงานด้านบริการและส่งเสริมการศึกษาอย่างต่อเนื่อง กำหนดบันไดอาชีพ และพัฒนาการบริหารจัดการ ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการลาออก และมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความพึงพอใจในงาน โดยพบว่าลักษณะองค์การของโรงพยาบาลในแผนกฉุกเฉินที่ทำการศึกษามีลักษณะกระจายอำนาจ มีการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม มีค่านิยมในการปฏิบัติงาน และมีระบบการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้นำทางการพยาบาล โรงพยาบาลดึงดูดใจช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีอิสระในการทำงานและได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานตามวิชาชีพ ดังนั้น ความเป็นเลิศทางการพยาบาลคือความดึงดูดใจและการคงไว้ของบุคลากรพยาบาล ตลอดจนจนถึงการยกระดับความพึงพอใจในการทำงานและสามารถดึงดูดใจให้พยาบาลคงอยู่ในองค์กรได้ต่อไป

แบรดี้-ชวาร์ทซ์ (Brady-Schwartz, 2005: 399-401) ศึกษาการปรับใช้โปรแกรมการรับรองการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ (The Magnet Recognition Program) สำหรับผู้นำทางการพยาบาล เพื่อหาความสัมพันธ์ของความพึงพอใจในลักษณะองค์การและความพึงพอใจในงาน และความตั้งใจในการลาออก กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจจำนวน 173 คน และโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจจำนวน 297 คน พบว่า 1) พยาบาลในโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจมีความพึงพอใจในลักษณะองค์การและความพึงพอใจในงานสูงกว่าพยาบาลในโรงพยาบาลที่ไม่ดึงดูดใจในทุกด้านที่ทำการศึกษา โดยเฉพาะด้านโอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ ด้านการควบคุมในงานและความรับผิดชอบ และด้านค่าตอบแทน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในลักษณะองค์การและความพึงพอใจในงานกับการคาดการณ์การลาออกมีความสัมพันธ์ทางลบ

ฟอร์ส (Force, 2005: 340) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยพบว่ามี 5 แนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องอย่างมากต่อผู้บริหารการพยาบาล เพราะลักษณะเหล่านี้สนับสนุนการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เน้นความร่วมมือบนพื้นฐานการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้นำและพยาบาลในเรื่องจุดมุ่งหมาย ค่านิยม และวิสัยทัศน์ขององค์การ 2) บุคลิกลักษณะที่ดี ได้แก่ มีความใส่ใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว เป็นคนมีความสามารถ เปิดเผย และมีพลังอำนาจ 3) โครงสร้างองค์การของโรงพยาบาลดึงดูดใจมีผลกระทบต่อความรู้พลังอำนาจของผู้นำกับคุณลักษณะส่วนบุคคล และการได้รับทรัพยากร ข้อมูล และการสนับสนุนระบบการทำงานเป็นทีม 4) การดำรงตำแหน่งในองค์การกับการศึกษาระดับสูง ทำให้ผู้บริหารได้พัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในองค์การและความเชี่ยวชาญด้านเทคนิค 5) การส่งเสริมความมีเอกสิทธิ์ในงาน มีการบริหารร่วมกัน มีการรวมกลุ่มและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่บุคลากรด้วยการให้รางวัลและการยกย่องชมเชย

โดยลักษณะผู้นำที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการคงไว้ซึ่งบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ แนวคิดส่วนมากที่สอดคล้องในทุกงานวิจัยคือพยาบาลมีความต้องการอย่างมากที่อยากจะปฏิบัติงานอย่างมีอิสระ พยาบาลกับโครงสร้างการบริหารร่วมกันอธิบายได้ถึงการมีอำนาจครอบคลุมการปฏิบัติงานที่ส่งเสริมความอิสระในงาน พยาบาลในโรงพยาบาลตั้งดูดีใจรับรู้ว่าผู้บริหารเป็นผู้สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกที่เป็นอิสระของพวกเขา เปรียบเทียบกับพยาบาลในโรงพยาบาลไม่ตั้งดูดีใจที่รับรู้ว่าผู้บริหารสนับสนุนความมีอิสระในงานน้อยกว่า ผู้นำในโรงพยาบาลตั้งดูดีใจได้รับประโยชน์จากลักษณะขององค์การที่สนับสนุนการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลคลินิกผ่านการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและข้อมูลที่ดีกว่า

การรับรู้ของพยาบาลประจำการต่อพลังอำนาจของผู้บริหาร ผลกระทบที่ได้รับ และรูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยสำคัญในการคงไว้ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงกับลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่โดดเด่นแสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของพยาบาลที่มากขึ้น ค่าตอบแทนและการยกย่องชมเชยในความสำเร็จของบุคลากรเป็นลักษณะของผู้นำที่พยาบาลต้องการ จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าลักษณะที่ดีมีประสิทธิภาพคือลักษณะในการโน้มน้าวจิตใจผู้อื่นได้ การมีพลังอำนาจ ความใส่ใจ มีความมั่นใจและความเป็นมิตรกับบุคลากร ความสำเร็จของผู้นำพยาบาลโดยพื้นฐานขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ในการทำงานเป็นทีม ซึ่งพยาบาลได้รับการส่งเสริมให้ใช้ความเชี่ยวชาญและตัดสินใจการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ

อาร์มสตรอง และลาสซิงเกอร์ (Armstrong; & Laschinger. 2006: 126-129) ศึกษาการเชื่อมโยงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง ลักษณะโรงพยาบาลตั้งดูดีใจ และวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศแคนาดา โดยส่งแบบสอบถามไปยังพยาบาลประจำการ 79 คน ได้รับการตอบกลับมา 40 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ 51% พยาบาลประจำการที่ตอบกลับมาโดยส่วนมาก (60%) อายุเท่ากับ 40 ปีหรือมากกว่า และ 50% อยู่ในองค์การเป็นระยะเวลาเท่ากับ 13 ปีหรือมากกว่า ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในงานวิจัยนี้มีการเข้าถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างในที่ทำงานเพียงระดับปานกลางเท่านั้น มีลักษณะความเป็นโรงพยาบาลตั้งดูดีใจอยู่ในระดับปานกลาง องค์ประกอบด้านพยาบาลในฐานะที่เป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด ในโรงพยาบาลตั้งดูดีใจ และด้านความสัมพันธ์ที่ีระหว่างพยาบาลกับแพทย์เป็นสิ่งสำคัญน้อยที่สุด และมีคะแนนสภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ยังพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อลักษณะความเป็นโรงพยาบาลตั้งดูดีใจ และมีความสัมพันธ์สูงมากต่อการใช้รูปแบบการดูแลทางการพยาบาลและภาวะผู้นำที่ดี และมีความสัมพันธ์น้อยมากต่อความร่วมมือกันทำงาน

ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการปฏิบัติงานการพยาบาลตามวิชาชีพและเน้นความสำคัญของการเป็นผู้นำที่แข็งแกร่งในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานให้ดึงดูดใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย และสภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อการเข้าถึงการสนับสนุน อำนาจที่ไม่เป็นทางการ และโอกาสการเรียนรู้และเติบโต

ลาเซย์ และคณะ (Lacey; et al. 2007: 200-203) ศึกษาการสนับสนุนการพยาบาล ภาระงาน และความตั้งใจที่จะอยู่ในงานในโรงพยาบาล 3 ประเภท คือ โรงพยาบาลดึงดูดใจ โรงพยาบาลที่กำลังจะได้รับการรับรอง และโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3,337 คน จาก 15 โรงพยาบาล 11 รัฐ และ 292 แผนกของประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ Individual Workload Perception Scale or IWPS วัด 6 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนของผู้บริหาร ด้านการสนับสนุนของเพื่อนร่วมงาน ด้านการสนับสนุนของหน่วยงาน ด้านภาระงาน ด้านความตั้งใจที่จะอยู่ในงาน และด้านความพึงพอใจของพยาบาล เป็นแบบสอบถาม Rating Scale จำนวน 32 ข้อ โดยศึกษาความแตกต่างของการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล 3 ประเภท พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลดึงดูดใจมีการรับรู้ต่อทั้ง 6 ด้านมากกว่าทั้งในโรงพยาบาลที่กำลังจะได้รับการรับรองและโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ โดยค่าเฉลี่ยในโรงพยาบาลดึงดูดใจมีค่าสูงกว่าในโรงพยาบาลที่กำลังจะได้รับการรับรอง และค่าเฉลี่ยในโรงพยาบาลที่กำลังจะได้รับการรับรองมีค่าสูงกว่าโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ นอกจากนี้ยังพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 มีเพียง 3 ด้านที่มีนัยสำคัญมากกว่า .000 คือ ด้านการสนับสนุนของผู้บริหารและการสนับสนุนของเพื่อนร่วมงานระหว่างโรงพยาบาลดึงดูดใจกับโรงพยาบาลที่กำลังจะได้รับการรับรอง ที่ระดับ .003 ทั้งคู่ และด้านภาระงานระหว่างโรงพยาบาลที่กำลังจะได้รับการรับรองกับโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ ที่ระดับ .002 และมีเพียง 2 ด้านที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ด้านการสนับสนุนของผู้บริหารระหว่างโรงพยาบาลที่กำลังจะได้รับการรับรองกับโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ ที่ระดับ .152 และด้านความตั้งใจที่จะอยู่ในงานระหว่างโรงพยาบาลที่กำลังจะได้รับการรับรองกับโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ ที่ระดับ .261

อัลริช และคณะ (Ulrich; et al. 2007: 212-218) ศึกษาการเปรียบเทียบมุมมองของพยาบาลวิชาชีพต่อสภาพแวดล้อมการทำงานและการขาดแคลนพยาบาลตามสถานภาพการได้รับการรับรองการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลดึงดูดใจ โรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ และโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1,783 คน ได้รับการตอบกลับมา 735 คน คิดเป็น 53% ผลการศึกษาพบว่า

1) พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูดีใจมองว่าการขาดแคลนพยาบาล เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เพิ่มเวลารอผ่าตัดหรือการตรวจวินิจฉัย ส่วนพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาล ไม่ตั้งดูดีใจมองว่าการขาดแคลนพยาบาลมีผลกระทบต่อสถาบันการแพทย์ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลส่วนใหญ่ของทั้ง 3 กลุ่มมองว่าการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานจะช่วยแก้ปัญหา การขาดแคลนพยาบาลได้อย่างมาก แต่ไม่มีกลุ่มไหนมองว่าการขาดแคลนพยาบาลในปัจจุบันจะ นำไปสู่การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยพยาบาลที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลที่อยู่ใน ขั้นตอนการขอการรับรองเห็นว่าควรมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน หนึ่งในตัวชี้วัดของการ ตอบสนองขององค์การต่อการขาดแคลนพยาบาลคือการทำงานนอกเวลา พยาบาลที่ทำงานใน โรงพยาบาลตั้งดูดีใจรายงานว่าทำงานล่วงเวลาด้วยความสมัครใจ ในขณะที่พยาบาลที่ทำงานอยู่ใน โรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองและโรงพยาบาลไม่ตั้งดูดีใจรายงานว่ามีการทำงาน ล่วงเวลาที่สูงกว่า และรู้สึกว่ามีเม็ดเงินบังคับ

2) สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและ ขึ้นอยู่กับสถานภาพการได้รับการรับรองการเป็นโรงพยาบาลตั้งดูดีใจ

3) การดูแลผู้ป่วยเป็นอันดับแรกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดย พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูดีใจและโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองมีระดับสูง กว่าพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลไม่ตั้งดูดีใจ

4) โอกาสการพัฒนางานวิชาชีพและความก้าวหน้าในสายงาน พยาบาลที่ทำงานใน โรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองมีระดับดีเยี่ยมหรือดีมาก สูงกว่าทั้งพยาบาลที่ทำงานใน โรงพยาบาลตั้งดูดีใจและโรงพยาบาลไม่ตั้งดูดีใจ

5) โอกาสในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในองค์การที่ทำงาน พยาบาล ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองมีระดับดีเยี่ยมหรือดีมาก สูงกว่าทั้งพยาบาล ที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูดีใจและโรงพยาบาลไม่ตั้งดูดีใจ และโอกาสในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูดีใจและโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองอยู่ในระดับ ดีเยี่ยมหรือดีมาก สูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลไม่ตั้งดูดีใจ

6) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญ พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูดีใจมีระดับสัมพันธภาพอยู่ในระดับดีเยี่ยมหรือดีมาก สูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองและโรงพยาบาลไม่ตั้งดูดีใจ ความพยายามในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างพยาบาลและแพทย์แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญ พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูดีใจสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ใน ขั้นตอนการขอการรับรองและโรงพยาบาลไม่ตั้งดูดีใจ

7) การยกย่องชมเชยในความสำเร็จของงานอยู่ในระดับดีเยี่ยมหรือดีมากในพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรอง สูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูใจและโรงพยาบาลไม่ตั้งดูใจ อย่างไรก็ตามพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูใจรายงานว่ามี การยกย่องชมเชยและให้รางวัลแก่พยาบาลเพิ่มมากขึ้นสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองและโรงพยาบาลไม่ตั้งดูใจ การสนับสนุนจากผู้บริหารสายตรง ทั้งพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูใจและโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองมีระดับสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลไม่ตั้งดูใจ

8) การคัดสรรมีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยโรงพยาบาลไม่ตั้งดูใจมีการให้โบนัสสูงกว่าโรงพยาบาลตั้งดูใจ การคงไว้ของพยาบาลที่มีประสพการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตั้งดูใจและโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองมีนัยสำคัญมากกว่าโรงพยาบาลไม่ตั้งดูใจ สิ่งที่แตกต่างกันมากคือเรื่องการจ่ายเงินเพื่อการศึกษา ซึ่งโรงพยาบาลตั้งดูใจสูงกว่าโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองและโรงพยาบาลไม่ตั้งดูใจอย่างมีนัยสำคัญ พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูใจรายงานว่ามีโครงการความช่วยเหลือสำหรับพยาบาลที่เพิ่งจบ การคืนค่าธรรมเนียมการประชุม โครงการพัฒนาอาชีพ และการช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ขณะที่โรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองเพิ่มการยกย่องชมเชยและปรับปรุงการประเมินการปฏิบัติงาน

9) พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูใจมีความตั้งใจในการทำงานต่อไปมากกว่าพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองและโรงพยาบาลไม่ตั้งดูใจ พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลไม่ตั้งดูใจมีความตั้งใจจะลาออกใน 12 เดือนข้างหน้าหรือ 3 ปี ข้างหน้าสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตั้งดูใจและโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรอง

ลาสซิงเกอร์ (Laschinger. 2008: 322, 325-328) ศึกษาการทดสอบรูปแบบชีวิตการทำงานของพยาบาลเชื่อมโยงกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ลักษณะโรงพยาบาลตั้งดูใจ ความพึงพอใจในงานของพยาบาล และการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีความเข้าใจกลวิธีในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่น่าพึงพอใจซึ่งจะช่วยสนับสนุนการดูแลที่มีคุณภาพสูง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลจำนวน 234 คนที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมืองออนทARIO ประเทศแคนาดา จากการศึกษาพบว่า การเข้าถึงโอกาสการเรียนรู้และก้าวหน้าในงานและสัมพันธภาพที่ดีภายในองค์กรเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างที่มากที่สุด ความมีอิสระในการตัดสินใจและความยืดหยุ่นในงานเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างที่น้อยที่สุด โดยพยาบาลมองว่าที่ทำงานเป็นที่สนับสนุนการปฏิบัติงานตามวิชาชีพ ลักษณะโรงพยาบาล

ดึงดูดใจที่เด่นชัดมากที่สุดคือ ความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจที่เด่นชัดน้อยที่สุดคือ จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ ถึงแม้ว่าพยาบาลอาจจะแค่ค่อนข้างพึงพอใจในงาน แต่พยาบาลก็ยังประเมินคุณภาพการดูแลในระดับที่สูง

นอกจากนี้ยังมีการใช้โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling or SEM) ทดสอบโมเดล โดยโมเดลที่หนึ่งทดสอบความพึงพอใจในงาน พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพของผู้นำทางการพยาบาล การตัดสินใจของพยาบาล ความร่วมมือกันทำงานระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ ความร่วมมือกันทำงานระหว่างพยาบาลกับแพทย์มีอิทธิพลทางบวกต่อการตัดสินใจ และการให้การพยาบาลผู้ป่วย การตัดสินใจของพยาบาลมีอิทธิพลอย่างมากต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ และทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอและการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างมีอิทธิพลต่อระดับความพึงพอใจในงาน โมเดลที่สองทดสอบการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล พบว่า มีรูปแบบคล้ายกันกับโมเดลแรก ยกเว้นขนาดของเส้นทาง การเสริมสร้างพลังอำนาจกับคุณภาพการดูแล และจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอกับคุณภาพการดูแล การเสริมสร้างพลังอำนาจค่อนข้างมีอิทธิพลโดยตรงน้อยกว่า และจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอค่อนข้างมีอิทธิพลโดยตรงอย่างมากต่อการรับรู้คุณภาพการดูแล ผลเหล่านี้ให้การสนับสนุนโมเดลชีวิตการทำงานการพยาบาล

มิดเดิลตัน และคณะ (Middleton; et al. 2008: 366-371) ศึกษาสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานการพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย และเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้กับมาตรฐานของโรงพยาบาลดึงดูดใจและโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวกของพยาบาลประจำการจาก 4 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 400 เตียงในเมืองซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลียที่ตกลงเข้าร่วมในการศึกษาโดยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง และได้ดัดแปลง The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) ของ Lake (2002) เป็นบริบทของออสเตรเลีย เรียกว่า PES-AUS จากผลการศึกษา พบว่า

1) การมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล และความสามารถของผู้บริหารทางการพยาบาล ภาวะความเป็นผู้นำและการสนับสนุนของพยาบาลมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าโรงพยาบาลดึงดูดใจอย่างไม่มีนัยสำคัญ และสูงกว่าโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจอย่างมีนัยสำคัญ

2) พื้นฐานทางการพยาบาลสำหรับการดูแลที่มีคุณภาพมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจอย่างมีนัยสำคัญ แต่ต่ำกว่าโรงพยาบาลดึงดูดใจอย่างมีนัยสำคัญ

3) ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และการวัดรวมมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญกับโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ แต่ต่ำกว่าโรงพยาบาลดึงดูดใจอย่างมีนัยสำคัญ

4) จำนวนเจ้าหน้าที่และทรัพยากรที่เพียงพอมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และต่ำกว่าทั้งโรงพยาบาลดึงดูดใจและโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจอย่างมีนัยสำคัญ

อาร์มสตรอง ลาสซิงเกอร์ และวอง (Armstrong; Laschinger; & Wong. 2009: 57, 59-60) ศึกษาการทดสอบทฤษฎีของ Kanter ในเรื่องการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน โดยใช้รูปแบบงานวิจัยสหสัมพันธ์วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างของพยาบาล ลักษณะของโรงพยาบาลดึงดูดใจ และระดับสถานะความปลอดภัยของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลฉุกเฉินจำนวน 300 คน ในเมืองออทาร์โอ ประเทศแคนาดา ผลการศึกษา พบว่า

1) พยาบาลวิชาชีพที่รับรู้ว่าคุณได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างในระดับปานกลาง ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะของโรงพยาบาลดึงดูดใจโดยรวม โดยมีความสัมพันธ์มากที่สุดกับความสามารถของผู้บริหาร รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับพยาบาล ตามลำดับ

2) การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานะความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ สถานะความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการได้รับการสนับสนุนของพยาบาล รองลงมาคืออำนาจที่เป็นทางการและโอกาสการเรียนรู้และการเติบโตในงาน ตามลำดับ

3) พยาบาลรับรู้ถึงลักษณะของโรงพยาบาลดึงดูดใจในระดับปานกลาง ซึ่งลักษณะของโรงพยาบาลดึงดูดใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานะความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีความสัมพันธ์มากที่สุดกับพื้นฐานทางการพยาบาล รองลงมาคือการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ ตามลำดับ

4) สถานะความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างและลักษณะของโรงพยาบาลดึงดูดใจที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับสถานะความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างโดยรวมและลักษณะของโรงพยาบาลดึงดูดใจสามารถอธิบายความแปรปรวนของสถานะความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ 50% และยังเป็นตัวแปรทำนายสถานะความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย

สโตน และเจอร์ชอน (Stone; & Gershon. 2009: S28-S31) ศึกษาสภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลและความปลอดภัยในการทำงานในหน่วยดูแลผู้ป่วยอาการหนัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบของลักษณะของโรงพยาบาล ลักษณะของพยาบาล และสภาพการทำงานของพยาบาลภายใต้ความปลอดภัยในอาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยอาการหนักจำนวน 837 คน จากผลการศึกษาพบว่า

ลักษณะของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางด้านอาชีวอนามัยทั้ง 3 ด้านซึ่งประกอบด้วย การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และการได้รับบาดเจ็บอื่นๆอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับการได้รับบาดเจ็บอื่นๆ โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ในโรงพยาบาลที่หวังผลกำไรพบว่าเมื่ออัตราการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่ำกว่า บรรยากาศขององค์การมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกและการได้รับบาดเจ็บอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลักษณะด้านโครงสร้างกับตัวแปรทางด้านอาชีวอนามัยทั้ง 3 ด้าน พบว่า ลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจมีความสัมพันธ์กับอัตราที่ลดลงของผลลัพธ์ทางด้านอาชีวอนามัยทั้ง 3 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจในต่างประเทศ มีการศึกษาคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาลักษณะของผู้นำทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจากการสอบถามความคิดเห็นของผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลดึงดูดใจและโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ พบว่ามีลักษณะที่แตกต่างกันและผู้นำทางการพยาบาลในโรงพยาบาลดึงดูดใจมีการรับรู้ในทุกด้านสูงกว่าผู้นำในโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบมุมมองของพยาบาลวิชาชีพต่อสภาพแวดล้อมการทำงาน ที่พบว่าโรงพยาบาลดึงดูดใจและโรงพยาบาลที่อยู่ในขั้นตอนการขอการรับรองมีมุมมองในทุกด้านสูงกว่าโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ งานวิจัยที่ศึกษาการสนับสนุนการพยาบาล ภาระงาน และความตั้งใจอยู่ในงาน พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลดึงดูดใจมีการรับรู้ในทุกด้านมากกว่าในโรงพยาบาลที่กำลังจะได้รับการรับรองและโรงพยาบาลไม่ดึงดูดใจ และงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล ได้กล่าวว่าคุณลักษณะผู้นำที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาล

การศึกษาผลการใช้รูปแบบโรงพยาบาลดึงดูดใจในการบริหาร พบว่าคุณลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการลาออก และมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความพึงพอใจในงาน โรงพยาบาลดึงดูดใจช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีอิสระในการทำงานและได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานตามวิชาชีพ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาการเชื่อมโยงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง ลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจ และวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจและวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย การศึกษาการทดสอบรูปแบบชีวิตการทำงานของพยาบาลเชื่อมโยงกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน ลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจ ความพึงพอใจในงาน และการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วย พบว่าผล

เหล่านี้สนับสนุนรูปแบบชีวิตการทำงานของพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการทดสอบทฤษฎีของ Kanter เรื่องการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในการรับรู้การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาล พบว่าการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทางบวกต่อลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจ การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทางบวกต่อสภาวะความปลอดภัยของผู้ป่วย และลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจมีผลอย่างมากต่อสภาวะความปลอดภัยของผู้ป่วย และงานวิจัยที่ศึกษาสภาพแวดล้อมการทำงานและความปลอดภัยพบว่าลักษณะโรงพยาบาลดีใจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่ออัตราที่ลดลงของผลลัพธ์ด้านอาชีวอนามัยทั้ง 3 ด้าน คือ การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และการได้รับบาดเจ็บอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานการพยาบาลของออสเตรเลียและเปรียบเทียบผลลัพธ์กับมาตรฐานของโรงพยาบาลดีใจและโรงพยาบาลไม่ดียใจของสหรัฐอเมริกา พบว่าด้านการมีส่วนร่วมของพยาบาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ และสูงกว่าโรงพยาบาลไม่ดียใจ ด้านความสามารถของผู้นำและการสนับสนุนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับโรงพยาบาลดีใจ และสูงกว่าโรงพยาบาลไม่ดียใจ ด้านพื้นฐานการพยาบาลต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญกับโรงพยาบาลดีใจ และสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญกับโรงพยาบาลไม่ดียใจ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญกับโรงพยาบาลดีใจ และแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญกับโรงพยาบาลไม่ดียใจ

ดังนั้นจึงทำให้ได้พบคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจของต่างประเทศที่มีลักษณะต่างๆ ได้แก่ การบริหารงานขององค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานหรือโครงสร้าง ประสิทธิภาพของผู้นำ ความมีอิสระในการตัดสินใจ ระบบการสื่อสารที่ดี การดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน โอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ การควบคุมงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ ค่าตอบแทนหรือรางวัล โครงสร้างองค์กร วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมการทำงานสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์หรือผู้ร่วมงาน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ นอกจากนี้ยังทำให้ทราบถึงประโยชน์ของการได้รับรางวัลโรงพยาบาลดีใจ รวมทั้งการนำมาตรฐานโรงพยาบาลดีใจไปปรับใช้ในหน่วยงาน โดยพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในงานเพิ่มมากขึ้น ลดอัตราการลาออก ส่งเสริมให้พยาบาลที่มีประสบการณ์คงอยู่ในงานมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจ ผู้วิจัยได้ทำสรุปและวิเคราะห์ถึงประเด็นปัญหาที่สามารถนำมาศึกษาต่อ ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงงานวิจัยในประเทศเกี่ยวกับคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ

งานวิจัย	ตัวแปร									ประเด็นที่สามารถนำมาศึกษาต่อ	
	การบริหารงานขององค์กรพยาบาล	ความสำคัญของผู้ป่วย	การปฏิบัติการณ์ของพยาบาลอย่างมีเอกลักษณ์ในวิชาชีพ	ภาวะผู้นำของผู้บริหาร	สัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์/ผู้ร่วมงานคนอื่นๆ	การบริหารบุคลากรพยาบาล	การจัดบริการและพัฒนาระบบองค์กรพยาบาลโรงพยาบาล	การสื่อสารในองค์กรพยาบาล	สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล		โครงสร้างองค์กรพยาบาล
ศิริพร ตันติพูลวินัย (2538) โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจคน งานวิจัยเปรียบเทียบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓					ควรทำการศึกษาลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจในบริบทของประเทศไทยและเปรียบเทียบกับลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจในบริบทของต่างประเทศ
สุภาณี คงชุม (2550) การศึกษาลักษณะ โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ พยาบาลวิชาชีพ งานวิจัยเชิงบรรยาย	✓		✓	✓		✓	✓	✓			การวิจัยใช้เทคนิคแบบ EDFR ผลการวิจัยจึงได้มาจากการสรุปความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการเพื่อให้ได้ลักษณะของโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจตรงกับความต้องการของพยาบาลมากที่สุด
ภาวณี รุจิพัฒน์กุล (2551)											ควรทำการศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐ

ตาราง 1 (ต่อ)

งานวิจัย	ตัวแปร								ประเด็นที่สามารถนำมาศึกษาต่อ	
	การบริหารงานขององค์กรพยาบาล	ความสำคัญของผู้ป่วย	การปฏิบัติกรพยาบาลอย่างมีเอกลักษณ์ในวิชาชีพ	ภาวะผู้นำของผู้บริหาร	สัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์/ผู้ร่วมงานแผนกอื่น ๆ	การบริหารบุคคลกรพยาบาล	การจัดการและพัฒนากองค์กรพยาบาล/โรงพยาบาล	การสื่อสารในองค์กรพยาบาล		สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล
วิเคราะห์มาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ตามแนวทางของ Magnet Award				✓						เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนมีความแตกต่างกันในเรื่องระบบการบริหารงาน รูปแบบการดำเนินงาน รวมทั้ง
งานวิจัยเปรียบเทียบ										คำตอบแทนของพนักงาน
อุษณี ณ ตะกั่วทุ่ง (2551) การศึกษาความเป็นโรงพยาบาลดั้งดูใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข			✓	✓		✓	✓			ควรศึกษาเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์ เพื่อความชัดเจนของลักษณะโรงพยาบาลดั้งดูใจในบริบทของประเทศไทย และควรทำการศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดต่างๆ เพื่อดูว่ามี
งานวิจัยเชิงบรรยาย										การรับรู้แตกต่างกันหรือไม่
อรรถัย หนูกลับ และอุษณี ณ ตะกั่วทุ่ง (2551) การเป็นโรงพยาบาล										ควรศึกษาต่อในประชากรขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ลักษณะโรงพยาบาลดั้งดู

ตาราง 1 (ต่อ)

งานวิจัย	ตัวแปร										ประเด็นที่สามารถนำมาศึกษาต่อ
	การบริหารงานขององค์การพยาบาล	ความสำคัญของผู้ป่วย	การปฏิบัติการทำงานพยาบาลอย่างมีเอกลักษณ์ในวิชาชีพ	ภาวะผู้นำของผู้บริหาร	สัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์/ผู้ร่วมงานแผนกอื่น ๆ	การบริหารบุคคลกรพยาบาล	การจัดการและพัฒนากองค์การพยาบาล/โรงพยาบาล	การสื่อสารในองค์การพยาบาล	สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล	โครงสร้างขององค์การพยาบาล	
<p>ตั้งดูดีใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวิชิระภูเก็ต</p> <p>งานวิจัยเชิงบรรยาย</p>			✓	✓		✓	✓				<p>ใจที่ครอบคลุมมากขึ้น สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้กว้างขึ้น</p>
<p>ยุพพร คำสะไมล์ (2552)</p> <p>การวิเคราะห์ตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ ตั้งดูดีใจพยาบาลวิชาชีพ</p> <p>งานวิจัยเชิงบรรยาย</p>	✓		✓	✓					✓		<p>การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะโรงพยาบาลที่ตั้งดูดีใจพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลของรัฐในสังกัด เพื่อให้ได้ภาพรวมว่าแต่ละแห่งให้ความสำคัญกับลักษณะโรงพยาบาลที่ตั้งดูดีใจในด้านใด</p>
รวม	3	1	5	6	1	4	3	1	1	1	

ตาราง 2 แสดงงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ

งานวิจัย	ตัวแปร											ประเด็นที่สามารถนำมาศึกษาต่อ			
	การบริหารงานขององค์กร	การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานโครงสร้าง	ประสิทธิภาพของผู้บริหาร	ความมีอิสระในการตัดสินใจ	ระบบการสื่อสารที่ดี	การดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน	โอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ	การควบคุมงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ	ค่าตอบแทนรางวัล	โครงสร้างองค์กร	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย		สภาพแวดล้อมการทำงาน	สัมพันธภาพที่ระหว่างแพทย์/ผู้ร่วมงาน	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
Upenicks (2003) What constitutes effective leadership ? : Perceptions of Magnet and non magnet nurse Leaders งานวิจัยเชิงคุณภาพ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้นำทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลที่แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ เช่น ศึกษาในผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้นำทางการพยาบาลอาจจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน
Upenicks (2005) Recruitment and Retention Strategies: A Magnet Hospital งานวิจัยความสัมพันธ์	✓	✓	✓	✓	✓	✓									รูปแบบโรงพยาบาลดึงดูดใจที่ใช้ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการ 2) การปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ และ 3) การพัฒนางานวิชาชีพ จึงควรทำการศึกษาในเชิงสำรวจ ซึ่งอาจทำได้ลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจที่นอกเหนือไปจากรูปแบบโรงพยาบาลดึงดูดใจ

ตาราง 2 (ต่อ)

งานวิจัย	ตัวแปร										ประเด็นที่ສາມາດนำมาศึกษาต่อ				
	การบริหารงานขององค์กร	การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน/โครงสร้าง	ประสิทธิภาพของผู้นำ	ความมีอิสระในการตัดสินใจ	ระบบการสื่อสารที่ดี	การดูแลผู้ปวยอย่างมีมาตรฐาน	โอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ	การควบคุมงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ	ค่าตอบแทน/รางวัล	โครงสร้างองค์กร		วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ปวย	สภาพแวดล้อมการทำงาน	สัมพันธภาพที่ระหว่างแพทย์/ผู้ร่วมงาน	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
															ใจที่ใช้ในงานวิจัยนี้
Brady-Schwartz (2005) Future Evidence on the Magnet Recognition Program Implications for Nursing Leaders งานวิจัยความสัมพันธ์						✓	✓	✓							มีกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล ดึงดูดใจเข้าร่วมการวิจัย เพียง 3 แห่ง จาก 26 แห่ง และเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม ความสะดวก ทำให้มีผลต่อ การขยายไปสู่กลุ่มพยาบาล ทั้งหมด จึงควรเก็บตัวอย่าง มากกว่านี้ และใช้หลัก ความน่าจะเป็นในการเลือก กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่ถูกต้องไม่ คลาดเคลื่อน
Force (2005) The Relationship Between Effective Nurse Managers and Nursing Retention งานวิจัยความสัมพันธ์	✓	✓	✓							✓					ควรมีการศึกษาในเชิง ปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อมูล ทางสถิติที่มีความน่าเชื่อถือ

ตาราง 2 (ต่อ)

งานวิจัย	ตัวแปร														ประเด็นที่สามารถนำมาศึกษาต่อ		
		การบริหารงานขององค์กร	การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน/โครงสร้าง	ประสิทธิภาพของผู้บริหาร	ความมีอิสระในการตัดสินใจ	ระบบการสื่อสารที่ดี	การดูแลผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน	โอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ	การควบคุมงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ	ค่าตอบแทน/รางวัล	โครงสร้างองค์กร	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	สภาพแวดล้อมการทำงาน	สัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์/ผู้ร่วมงาน		การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ
Armstrong และ Laschinger (2006) Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture Making the Link งานวิจัยความสัมพันธ			✓	✓								✓					กลุ่มตัวอย่างคือ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กเพียง 1 แห่ง และเป็นงานวิจัยครั้งแรกที่มีการเชื่อมโยงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างและลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจไปสู่วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงควรมีการทำซ้ำในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อความถูกต้องของข้อมูล
Lacey et al. (2007) Nursing Support, Workload, Intent to Stay in Magnet, Magnet - Aspiring, and Non-Magnet Hospitals งานวิจัยเปรียบเทียบ			✓	✓	✓								✓	✓			เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก ทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับผลการวิจัยที่ได้ คือมีแนวโน้มความคลาดเคลื่อนหรือความลำเอียงสูง

ตาราง 2 (ต่อ)

งานวิจัย	ตัวแปร														ประเด็นที่สามารถนำมาศึกษาต่อ	
	การบริหารงานขององค์กร	การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานโครงสร้าง	ประสิทธิภาพของผู้นำ	ความมีอิสระในการตัดสินใจ	ระบบการสื่อสารที่ดี	การดูแลผู้ปวยอย่างมีมาตรฐาน	โอกาสก้าวหน้าในวิชาชีพ	การควบคุมงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ	ค่าตอบแทนรางวัล	โครงสร้างองค์การ	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	สภาพแวดล้อมการทำงาน	สัมพันธภาพที่ระหว่างแพทย์/ผู้ร่วมงาน	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ		จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอ
งานวิจัยความสัมพันธ์																
Stone & Gershon (2009) Nurse Work Environments and Occupational Safety in Intensive Care Units																อาจมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลรายงานการได้รับบาดเจ็บจากการทำงานเนื่องจากบางรายอาจไม่ได้เขียนรายงาน และไม่สามารถตรวจสอบได้ทุกราย
งานวิจัยเปรียบเทียบ																
รวม	2	6	8	5	1	4	2	1	3	1	2	4	5	4	2	

จากการศึกษาทั้งงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ พบว่า โรงพยาบาลที่มีคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจมีผลต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลและพยาบาลมีความต้องการที่จะทำงานมากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ รวมทั้งมีความสุขกับการทำงาน นอกจากนี้ การนำมาตรฐานโรงพยาบาลดึงดูดใจไปปฏิบัติตามเพื่อมุ่งสู่รางวัล “Magnet Hospital” ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพการพยาบาลที่มีมาตรฐานระดับสากล ซึ่งถือเป็นความก้าวหน้าทางวิชาชีพด้วย โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจในบริบทของประเทศไทยมีทั้งลักษณะที่คล้ายกันและแตกต่างกันกับบริบทของต่างประเทศ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการสังเคราะห์และเลือกตัวแปรที่มีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย โดยพิจารณาจากแนวคิดการธำรงรักษากำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ไว้ในระบบของทัศนคติ บุญทอง แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยของวิจิตร ศรีสุพรรณและกฤษฎา แสงดี และงานวิจัยในประเทศประกอบกันด้วย ทำให้ได้ตัวแปรที่สามารถแบ่งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ พบว่ามี 7 ตัวแปร คือ

- 1) ประสิทธิภาพของผู้นำ
- 2) การบริหารจัดการองค์การ
- 3) การบริหารบุคลากร
- 4) การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน
- 5) ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ
- 6) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์
- 7) สภาพแวดล้อมการทำงาน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 โรง ประกอบด้วย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ รวมทั้งหมด 5,091 คน ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและจำนวนพยาบาลวิชาชีพ
จำแนกตามสังกัด

สังกัด	โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร	จำนวน พยาบาลวิชาชีพ (คน)
1. กระทรวงสาธารณสุข	1. โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี	450
	2. โรงพยาบาลราชวิถี	799
	3. โรงพยาบาลเลิดสิน	310
	4. โรงพยาบาลสงฆ์	135
	5. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	539
	6. สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา	170
2. กระทรวงกลาโหม	7. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	664
	8. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	650
	9. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	599
3. สำนักนายกรัฐมนตรี	10. โรงพยาบาลตำรวจ	775
รวม	10	5,091

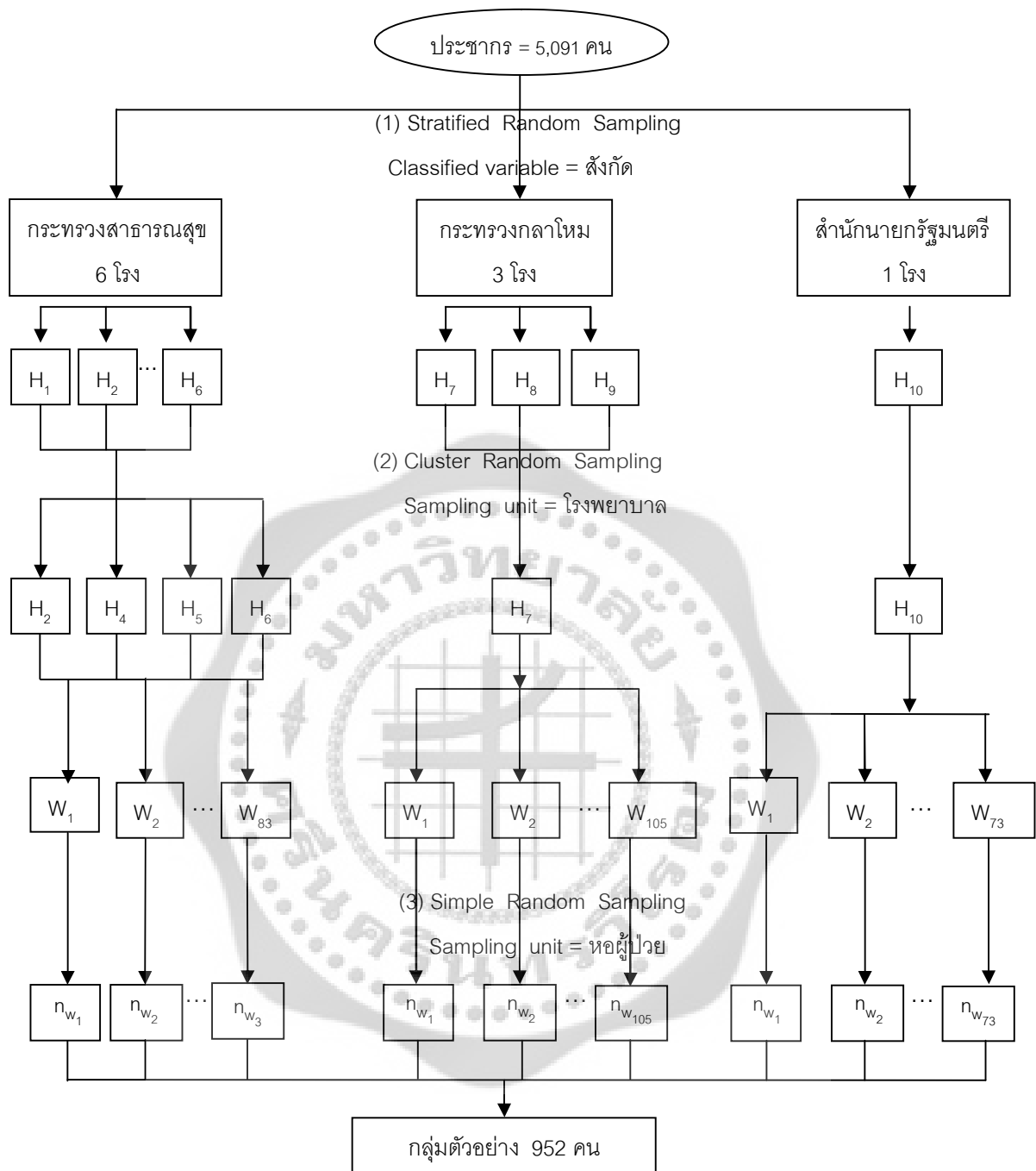
กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 โรง รวมทั้งหมด 952 คน ในทุกแผนกของโรงพยาบาล ซึ่งได้มาจากการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

1. สืบหาข้อมูลหน่วยสมาชิกของประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จากแหล่งข้อมูลพื้นฐาน แล้วจัดทำแผนการสุ่ม (Sampling Frame)

แผนการสุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

สืบหาข้อมูลหน่วยสมาชิกของประชากรจากแหล่งทุติยภูมิ คือ หนังสือทำเนียบโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 2552-2553 และข้อมูลเชิงประจักษ์จากฝ่ายการพยาบาล พบว่า มีจำนวนพยาบาลทั้งหมด 5,091 คน แบ่งตามสังกัดได้ 3 สังกัด แล้วจัดทำกรอบของการสุ่ม (Sampling Unit) ดังแสดงในภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 แสดงแบบแผนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (Sampling Plan)

- หมายเหตุ** ตัวอักษรย่อในภาพประกอบ 5
- H หมายถึง โรงพยาบาลในแต่ละสังกัด
 - W หมายถึง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล
 - n หมายถึง จำนวนพยาบาลวิชาชีพ

จากแบบแผนการสุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามแผนที่วางไว้ดังรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

2. กำหนดกลุ่มประชากรพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิมิมีลักษณะเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีขีดความสามารถในการรักษาโรคที่ยุ่งยากและซับซ้อน รับผู้ป่วยอาการหนักที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นสถานศึกษาและฝึกปฏิบัติงานของทั้งนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานที่หนักและมาก เกิดความเครียดจากการปฏิบัติงานได้มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการลาออกของพยาบาลวิชาชีพได้มากกว่า จึงสนใจศึกษาในพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิและพบว่ามีจำนวน 5,091 คน

3. ดำเนินการแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มประชากรย่อย โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ใช้ตัวแปรสังกัดของโรงพยาบาลเป็นตัวแปรจำแนกชั้นภูมิ (Classification Variable) แบ่งชั้นภูมิของประชากรออกเป็น 3 ชั้นภูมิ คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม และสำนักนายกรัฐมนตรี

4. ดำเนินการสุ่มโรงพยาบาลโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ใช้โรงพยาบาลเป็นหน่วยการสุ่ม (Sampling Unit) สุ่มโรงพยาบาลจำนวนร้อยละ 50 ของแต่ละสังกัดแต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลจำนวน 6 โรง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงรายชื่อโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสังกัด

สังกัด	โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง
1. กระทรวงสาธารณสุข	1. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 2. โรงพยาบาลราชวิถี 3. โรงพยาบาลเลิดสิน 4. โรงพยาบาลสงฆ์ 5. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 6. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	1. โรงพยาบาลราชวิถี 2. โรงพยาบาลสงฆ์ 3. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี 4. สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา
2. กระทรวงกลาโหม	7. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 8. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 9. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	5. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. สำนักนายกรัฐมนตรี	10. โรงพยาบาลตำรวจ	6. โรงพยาบาลตำรวจ

5. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สังกัดของโรงพยาบาลเป็นชั้น (Strata) และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการเป็นหน่วยการสุ่ม ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างการสุ่มแบบแบ่งชั้น (มยุรี ศรีชัย, 2538: 104) เพื่อใช้ประมาณค่าเฉลี่ยประชากร ด้วยความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($\alpha = .05$) ซึ่งมีค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$ การประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

5.1 กำหนดขนาดของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า $e = \pm 0.80$ คะแนน จากคะแนนเต็มของแบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นขนาดที่เพียงพอที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการตัดสินใจกรณีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้

5.2 ค่าประมาณความแปรปรวนของประชากร (σ^2) ในแต่ละสังกัดของโรงพยาบาล ได้จากการนำแบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ จำนวน 23 ข้อไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ที่สุ่มมาจากประชากรเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงรวมทั้งหมด 156 คน ได้ค่าประมาณความแปรปรวน ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีค่าความแปรปรวน 145.41 และพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมมีค่าความแปรปรวน 173.29 ส่วนพยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีเนื่องจากมีเพียง 1 โรงจึงไม่ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ และเมื่อได้มีการเก็บข้อมูลจริงพบว่า พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีค่าความแปรปรวน 184.08 พยาบาล

วิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมมีค่าความแปรปรวน 202.31 และพยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมีค่าความแปรปรวน 188.98 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหม มีค่าความแปรปรวนจากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเก็บข้อมูลจริงใกล้เคียงกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำค่าความแปรปรวนที่ได้จากสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีที่เก็บข้อมูลจริง คือ 188.98 ไปประมาณค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้

5.3 คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละสังกัด ได้พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 847 คน จำแนกเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกระทรวงกลาโหม และสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี จำนวน 400, 318 และ 129 คน ตามลำดับ

5.4 ในแต่ละโรงพยาบาลจะประกอบด้วยหอผู้ป่วยซึ่งแบ่งตามแผนกต่างๆ ดังนี้ คือ แผนกอายุรกรรม แผนกศัลยกรรม แผนกสูติ-นรีเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกจักษุ แผนกโสต ศอ นาสิก แผนกออร์โธปิดิกส์ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู แผนกห้องผ่าตัด แผนกวิสัญญี แผนกอภิบาลผู้ป่วยหนัก และแผนกผู้ป่วยนอก ดำเนินการสุ่มพยาบาลวิชาชีพโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ใช้หอผู้ป่วย (Ward) เป็นหน่วยการสุ่ม (Sampling unit) เพื่อให้ได้จำนวนหน่วยตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของแต่ละโรงพยาบาล ครอบคลุมในทุกแผนก โดยทำการสุ่มอย่างง่ายจากจำนวนพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในแต่ละหอผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นสัดส่วนของจำนวนพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยกับจำนวนพยาบาลในโรงพยาบาลนั้นทั้งหมด เมื่อคิดรวมจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหน่วยตัวอย่างที่สุ่มมาได้จะได้จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 957 คน ซึ่งเกินกว่าที่คำนวณได้จริง คือ 847 คนเนื่องจากในบางครั้งอาจมีหน่วยตัวอย่างที่ให้ข้อมูลที่ต้องการไม่ครบหรือไม่ได้ตั้งใจตอบแบบสอบถาม ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นจึงทำการเก็บข้อมูลมาทั้งหมด 957 คน

ตาราง 5 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล

สังกัด	โรงพยาบาล	จำนวนพยาบาล วิชาชีพ	จำนวนพยาบาล วิชาชีพที่เป็น กลุ่มตัวอย่าง
กระทรวงสาธารณสุข (2,403 คน)	1. โรงพยาบาลราชวิถี	799	215
	2. โรงพยาบาลสงฆ์	135	59
	3. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	539	162
	4. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	170	60
กระทรวงกลาโหม (1,913 คน)	5. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	664	323
สำนักงานกฤษฎีกา (775 คน)	6. โรงพยาบาลตำรวจ	775	138
	รวม	3,082	957

6. การตรวจสอบความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างโดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 952 คน เนื่องจากได้คัดเลือกแบบสอบถามฉบับที่มีความสมบูรณ์ในการตอบและตัดข้อมูลในส่วนที่มีค่า Outlier ออก ได้ค่าความแปรปรวนของการตอบแบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกระทรวงกลาโหม และสังกัดสำนักงานกฤษฎีกา เท่ากับ 184.08, 202.31 และ 188.98 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าความแปรปรวนต่ำกว่าที่ใช้สำหรับคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาความคลาดเคลื่อนที่กำหนดไว้เป็นเกณฑ์ในการประมาณค่าที่ยอมรับได้ที่ระดับความเชื่อมั่นของการประมาณค่าเฉลี่ยร้อยละ 95 ในการวางแผนกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ .80 คะแนนนั้น เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงมาวิเคราะห์เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของตัวแปรประสิทธิภาพของผู้นำ มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเฉลี่ย ($S_{\bar{x}}$) ในภาพรวมเท่ากับ 0.45 และผู้วิจัยได้กำหนดการประมาณค่าเฉลี่ยแบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำของประชากรไว้ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดังนั้น ในการวิจัยนี้จึงมีค่าความคลาดเคลื่อน ($Z_{\alpha/2} S_{\bar{x}}$) เท่ากับ 0.88 (1.96×0.45) ซึ่งมีค่ามากกว่าค่าความคลาดเคลื่อนที่วางแผนไว้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีขนาดเหมาะสมและเพียงพอต่อการนำไปใช้วิเคราะห์สถิติ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 7 ฉบับตามตัวแปรที่ใช้ในการจัดกลุ่ม และได้กำหนดโครงสร้างของพฤติกรรมบ่งชี้จำแนกตามตัวแปรจัดกลุ่ม 7 ตัวแปรดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงโครงสร้างของพฤติกรรมบ่งชี้จำแนกตามตัวแปรจัดกลุ่ม 7 ตัวแปร

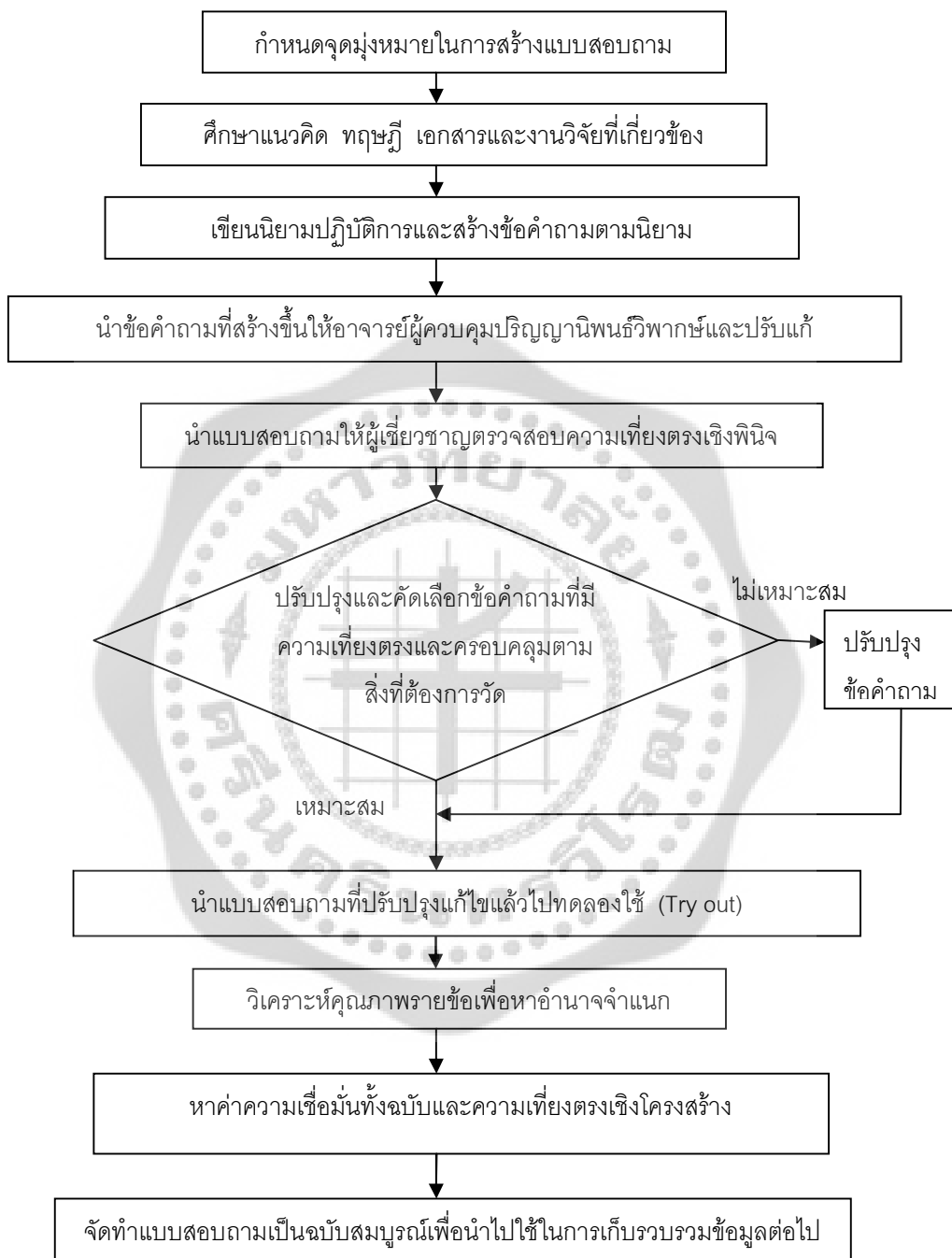
ตัวแปรจัดกลุ่ม	พฤติกรรมบ่งชี้	จำนวนข้อ	ข้อที่
1. ประสิทธิภาพของผู้นำ	1.1 มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะที่ดีทั้งด้านการปฏิบัติงานการพยาบาลและด้านการบริหาร 1.2 เป็นแบบอย่างที่ดี มีวิสัยทัศน์กว้างไกล 1.3 สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีความยืดหยุ่น ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มนุษย์สัมพันธ์ดี 1.4 มีความมั่นใจ กล้าตัดสินใจ มีความรับผิดชอบ สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ปฏิบัติงานได้	23	1,2,3,4,7,8, 11,12,13,14 5,15 6,16,17,18, 22,23 9,10,19,20, 21
2. การบริหารจัดการองค์การ	2.1 มีรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม 2.2 โครงสร้างขององค์การเป็นแบบแบนราบ มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการ 2.3 มีการสื่อสารภายในองค์การอย่างทั่วถึง และมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย	12	24-26 27-30 31-35
3. การบริหารบุคลากร	3.1 มีกระบวนการคัดเลือกและจัดสรรพยาบาล เหมาะสมกับลักษณะงานในแต่ละแผนก 3.2 พิจารณาเลื่อนขั้นหรือเลื่อนตำแหน่งตามผลการประเมินการปฏิบัติงาน กำหนดบันไดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ 3.3 มีการจัดอัตรากำลังที่เพียงพอ เหมาะสมต่อประเภทและจำนวนผู้ป่วย มีการจัดตารางการปฏิบัติงานที่ยืดหยุ่น เหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	23	36-40 41-42 43-48

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปรจัดกลุ่ม	พฤติกรรมบ่งชี้	จำนวนข้อ	ข้อที่
	3.4 ได้รับคำตอบแทนจากการปฏิบัติงาน คือ เงินเดือน ค่าอยู่เวร และเงินล่วงเวลาเหมาะสมกับหน้าที่ความรับผิดชอบของตน สอดคล้องกับสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจปัจจุบัน		49-52
	3.5 มีสวัสดิการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตให้ เช่น อาหาร หอพัก การรักษาพยาบาล		53-58
4. การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน	4.1 ผู้บริหารระดับเหนือกว่าจัดสรรทรัพยากรที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ให้การสนับสนุนและส่งเสริมการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะความสามารถ และให้โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน โดยให้การยอมรับ ยกย่องชมเชย	10	59-68
5. ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ	5.1 พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลได้อย่างเป็นอิสระตามมาตรฐานวิชาชีพ	10	69-78
6. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์	6.1 ความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย 6.2 ให้การยอมรับในความสามารถและให้เกียรติซึ่งกันและกัน	10	79-83 84-88
7. สภาพแวดล้อมการทำงาน	7.1 มีความสะอาด สะดวกสบาย ปลอดภัย 7.2 มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้พร้อมและเพียงพอต่อการใช้งาน 7.3 มีนวัตกรรมใหม่ๆ เชิงสร้างสรรค์ที่ช่วยส่งเสริมให้การทำงานง่ายและสะดวกขึ้น 7.4 มีบรรยากาศการทำงานที่ดี ทำให้มีความสุขในการทำงาน	16	89-97 98 99-102 103-104

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือสามารถเขียนเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ แบบสอบถามการบริหารจัดการขององค์กร แบบสอบถามการบริหารบุคลากร แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน แบบสอบถามความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างและหาคุณภาพของแบบสอบถาม ดังนี้

1. กำหนดจุดมุ่งหมายในการสร้างแบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ แบบสอบถามการบริหารจัดการขององค์กร แบบสอบถามการบริหารบุคลากร แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน แบบสอบถามความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน

2. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลตึงตุงใจ

3. เขียนนิยามปฏิบัติการตามคุณลักษณะต่างๆ ซึ่งได้จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดตารางโครงสร้างของพฤติกรรมบ่งชี้จำแนกตามตัวแปรจัดกลุ่ม 7 ตัวแปร

4. สร้างข้อคำถามให้สอดคล้องและครอบคลุมกับนิยามปฏิบัติการ โดยแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

5. นำข้อคำถามที่สร้างขึ้นวิพากษ์กับอาจารย์ผู้ควบคุมปริญญาโทพร้อมปรับแก้ข้อคำถาม ได้ข้อคำถามรวมทั้งหมด 128 ข้อ

6. นำแบบสอบถามที่ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน (เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่านไม่ประสงค์ให้คะแนนความสอดคล้อง) ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) เพื่อพิจารณาความถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่คัดเลือกไว้จำนวน 124 ข้อ และปรับแก้ข้อคำถามโดยการสร้างข้อคำถามเพิ่ม รวมข้อคำถามที่มีความหมายคล้ายกัน และแยกข้อคำถามที่มีความหมายหลายนัย ได้ข้อคำถามรวมทั้งหมด 104 ข้อ

7. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่สุ่มมาจากประชากรเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยสุ่มจากโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานครสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 70 คน และสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 130 คน รวม 200 คน เมื่อนำแบบสอบถามมาพิจารณาความถูกต้องและสมบูรณ์ปรากฏว่าได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์จำนวน 156 ฉบับ จากนั้นนำผลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาคุณภาพรายข้อเพื่อหาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้ Corrected Item-Total Correlation พบว่าแบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ มีค่าอำนาจ

จำแนกอยู่ระหว่าง .61 - .76 แบบสอบถามการบริหารจัดการขององค์กร มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .51 - .78 แบบสอบถามการบริหารบุคลากร มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .31 - .65 แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .58 - .76 แบบสอบถามความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .44 - .79 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .41 - .72 และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .47 - .78 แล้วคัดเลือกข้อคำถามโดยพิจารณาจากค่าอำนาจจำแนกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 0.20 โดยข้อคำถามผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด

8. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) พบว่า แบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 แบบสอบถามการบริหารจัดการขององค์กร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แบบสอบถามการบริหารบุคลากร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 แบบสอบถามความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

9. จัดพิมพ์แบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(ตัวอย่าง) แบบสอบถามคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละหนึ่งคำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับลักษณะความเป็นจริงของโรงพยาบาลของท่านมากที่สุด
- 4 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับลักษณะความเป็นจริงของโรงพยาบาลของท่านมาก
- 3 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับลักษณะความเป็นจริงของโรงพยาบาลของท่านปานกลาง
- 2 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับลักษณะความเป็นจริงของโรงพยาบาลของท่านน้อย
- 1 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับลักษณะความเป็นจริงของโรงพยาบาลของท่านน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	<u>ประสิทธิภาพของผู้นำ</u> ผู้บริหารระดับต้นของท่าน...					
0 00	ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา กล้าตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์					
	<u>การบริหารจัดการองค์การ</u>					
0 00	ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนงานภายในหน่วยงาน ท่านได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการในฝ่ายต่างๆ					
	<u>การบริหารบุคลากร</u>					
0 00	องค์การพยาบาลของท่านมีระบบการตรวจสอบคุณสมบัติของ พยาบาลวิชาชีพก่อนรับเข้ามาปฏิบัติงาน องค์การพยาบาลของท่านมีการกำหนดบันไดความก้าวหน้า ทางวิชาชีพไว้อย่างเป็นระบบชัดเจน					
	<u>การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน</u>					
0 00	ผู้บริหารระดับสูงจัดให้มีระบบสารสนเทศ และฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับองค์การ หัวหน้าหรือผู้ป่วยของท่านมักมอบหมายให้ท่านได้ทำงานที่สำคัญและท้าทายความสามารถของท่าน					
	<u>ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ</u>					
0 00	ท่านมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ท่านสามารถแสดงศักยภาพในการทำงานได้อย่างเต็มที่					
	<u>สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์</u>					
0 00	ท่านและแพทย์มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ท่านและแพทย์ร่วมมือกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย					
	<u>สภาพแวดล้อมการทำงาน</u>					
0 00	ที่ทำงานของท่านมีพื้นที่กว้าง โล่ง อากาศดี ที่ทำงานของท่านมีแสงสว่างเพียงพอ					

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนแบบสอบถามทั้ง 7 ฉบับ มีหลักการแบ่งระดับคะแนน หลักการเดียวกันโดยใช้หลักการของค่าเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด; และ บุญส่ง นิลแก้ว. 2535: 24)

1. แบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ จำนวน 23 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ	คะแนนเฉลี่ยรายฉบับ	การแปลความหมาย
4.51- 5.00	103.51 - 115.00	ประสิทธิภาพของผู้นำอยู่ในระดับมากที่สุด
3.51- 4.50	80.51 - 103.50	ประสิทธิภาพของผู้นำอยู่ในระดับมาก
2.51- 3.50	57.51 - 80.50	ประสิทธิภาพของผู้นำอยู่ในระดับปานกลาง
1.51- 2.50	34.51 - 57.50	ประสิทธิภาพของผู้นำอยู่ในระดับน้อย
1.00 - 1.50	23.00 - 34.50	ประสิทธิภาพของผู้นำอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. แบบสอบถามการบริหารจัดการขององค์กร จำนวน 12 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ	คะแนนเฉลี่ยรายฉบับ	การแปลความหมาย
4.51- 5.00	54.01-60.00	การบริหารจัดการขององค์กรอยู่ในระดับมากที่สุด
3.51- 4.50	42.01-54.00	การบริหารจัดการขององค์กรอยู่ในระดับมาก
2.51- 3.50	30.01-42.00	การบริหารจัดการขององค์กรอยู่ในระดับปานกลาง
1.51- 2.50	18.01-30.00	การบริหารจัดการขององค์กรอยู่ในระดับน้อย
1.00 - 1.50	12.00-18.00	การบริหารจัดการขององค์กรอยู่ในระดับน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามการบริหารบุคลากร จำนวน 23 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 23-115 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ	คะแนนเฉลี่ยรายฉบับ	การแปลความหมาย
4.51- 5.00	103.51 - 115.00	การบริหารบุคลากรอยู่ในระดับมากที่สุด
3.51- 4.50	80.51 - 103.50	การบริหารบุคลากรอยู่ในระดับมาก
2.51- 3.50	57.51 - 80.50	การบริหารบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง
1.51- 2.50	34.51 - 57.50	การบริหารบุคลากรอยู่ในระดับน้อย
1.00 - 1.50	23.00 - 34.50	การบริหารบุคลากรอยู่ในระดับน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน จำนวน 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ	คะแนนเฉลี่ยรายฉบับ	การแปลความหมาย
4.51- 5.00	45.01-50.00	ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานอยู่ในระดับมากที่สุด
3.51- 4.50	35.01-45.00	ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานอยู่ในระดับมาก
2.51- 3.50	25.01-35.00	ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานอยู่ในระดับปานกลาง
1.51- 2.50	15.01-25.00	ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานอยู่ในระดับน้อย
1.00 - 1.50	10.00-15.00	ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

5. แบบสอบถามความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ	คะแนนเฉลี่ยรายฉบับ	การแปลความหมาย
4.51- 5.00	45.01-50.00	ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด
3.51- 4.50	35.01-45.00	ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพอยู่ในระดับมาก
2.51- 3.50	25.01-35.00	ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง
1.51- 2.50	15.01-25.00	ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพอยู่ในระดับน้อย
1.00 - 1.50	10.00-15.00	ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

6. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ จำนวน 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ	คะแนนเฉลี่ยรายฉบับ	การแปลความหมาย
4.51- 5.00	45.01-50.00	สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุด
3.51- 4.50	35.01-45.00	สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์อยู่ในระดับมาก
2.51- 3.50	25.01-35.00	สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง
1.51- 2.50	15.01-25.00	สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์อยู่ในระดับน้อย
1.00 - 1.50	10.00-15.00	สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์อยู่ในระดับน้อยที่สุด

7. แบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน จำนวน 16 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 16-80

คะแนน

คะแนนเฉลี่ยรายข้อ	คะแนนเฉลี่ยรายฉบับ	การแปลความหมาย
4.51- 5.00	72.01-80.00	สภาพแวดล้อมการทำงานอยู่ในระดับมากที่สุด
3.51- 4.50	56.01-72.00	สภาพแวดล้อมการทำงานอยู่ในระดับมาก
2.51- 3.50	40.01-56.00	สภาพแวดล้อมการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง
1.51- 2.50	24.01-40.00	สภาพแวดล้อมการทำงานอยู่ในระดับน้อย
1.00 - 1.50	16.00-24.00	สภาพแวดล้อมการทำงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ.2555

2. ติดต่อสอบถามขั้นตอนการขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยกับฝ่ายการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งต้องดำเนินการยื่นเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยก่อน และเมื่อผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้วจึงจะสามารถดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

3. จัดเตรียมเอกสารตามระเบียบของแต่ละโรงพยาบาล ได้แก่ แบบฟอร์มการขอรับการพิจารณาหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากทางมหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เอกสารการสอบผ่านเค้าโครงปริญญาานิพนธ์แล้ว โครงร่างการวิจัย เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (แบบสอบถาม) และประวัติผู้วิจัย กรณีสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาต้องมีข้าราชการในหน่วยงานเป็นผู้ร่วมวิจัยหรือที่ปรึกษาหรือเป็นที่ปรึกษาในระหว่างการดำเนินการวิจัยหรือเก็บข้อมูลในสถาบันฯด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าว

4. เมื่อเตรียมเอกสารพร้อมแล้ว ผู้วิจัยยื่นเอกสารทั้งหมดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายการวิจัยภายในระยะเวลาที่กำหนดของแต่ละโรงพยาบาล หลังจากนั้นทางเจ้าหน้าที่ฝ่ายการวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร กรณียังไม่ถูกต้องจะส่งคืนเพื่อนำไปแก้ไขให้ถูกต้อง แล้วนำมายื่นใหม่อีกครั้งกรณีสถาบัน

สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาสารคามนี้ ผู้วิจัยต้องมานำเสนอโครงการวิจัยด้วยตนเอง เพื่อชี้แจงข้อมูลต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

5. รอผลการอนุมัติจากทางคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โดยทางเจ้าหน้าที่ฝ่ายการวิจัยจะเป็นผู้แจ้งผลให้ทราบ ผลคือโรงพยาบาลสงฆ์และโรงพยาบาลตำรวจได้รับการอนุมัติโดยไม่ต้องแก้ไขเอกสาร โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาสารคาม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้รับการอนุมัติแต่ต้องมีการแก้ไขเอกสาร จึงดำเนินการแก้ไขเอกสารตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และนำไปยื่นพิจารณาใหม่อีกครั้ง ผลคือได้รับการอนุมัติโดยไม่ต้องแก้ไขเอกสารอีก

6. ติดต่อขอรับเอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากฝ่ายการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล โดยขั้นตอนการดำเนินการยื่นเอกสารจนกระทั่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบทุกโรงพยาบาลใช้เวลาประมาณ 3 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ.2555 ถึงวันที่ 27 กันยายน พ.ศ.2555

7. ยื่นเอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อฝ่ายการพยาบาลพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บในแต่ละแผนก และการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

8. จัดเตรียมแบบสอบถาม พร้อมเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

9. นำแบบสอบถามที่ได้จัดเตรียมไว้ไปสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามประมาณ 2 สัปดาห์

10. ผู้วิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์ คือ ตั้งแต่วันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ.2555 ถึงวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ.2555 จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 1,263 ฉบับ ได้รับคืนกลับมา 1,175 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.03 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด

11. นำแบบสอบถามที่ได้รับมาทั้งหมด 1,175 ฉบับ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลมีจำนวน 957 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 75.77 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด

12. นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ทั้ง 957 ฉบับไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์การตรวจให้คะแนนที่กำหนดไว้
2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพนำเสนอโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ
3. คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจนำเสนอโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์จัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์จัดกลุ่ม

4.1 วิเคราะห์จำนวนกลุ่มที่ควรจะเป็น โดยการนำข้อมูลจำนวน 5%, 10% และ 20% ของข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Hierarchical Cluster Analysis

4.2 ตรวจสอบความสอดคล้องของผลการวิเคราะห์จำนวนกลุ่มที่ควรจะเป็นจากข้อมูลจำนวน 5%, 10% และ 20% ของข้อมูลทั้งหมด

4.3 กำหนดจำนวนกลุ่มที่ผ่านกระบวนการข้อ 4.1 และ 4.2

4.4 วิเคราะห์ด้วยวิธี K-means Cluster Analysis

4.5 จัดทำตารางแจกแจงความถี่ที่แสดงถึงข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่ม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ในระดับความเชื่อมั่นที่ .95 (มยุรี ศรีชัย. 2538: 105)

$$n = \frac{\sum_{g=1}^K \frac{N_g^2 S_g^2}{W_g}}{\frac{N^2 e^2}{Z_{\alpha/2}^2} + \sum_{g=1}^K N_g S_g^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด

K	แทน	จำนวนชั้นที่สมาชิกของประชากรทั้งหมดถูกแบ่ง
S_g^2	แทน	ค่าความแปรปรวนแต่ละชั้น
e	แทน	ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า
N_g	แทน	จำนวนพยาบาลวิชาชีพในแต่ละชั้น
W_g	แทน	$\frac{N_g}{N}$

2. สถิติที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) โดยใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence : IOC) (บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์. 2547: 179)

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

เมื่อ	IOC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม (Discrimination) โดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ที่เหลือทั้งหมด (Item Total Correlation) โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) (บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์. 2547: 165-166)

$$r_{XY} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{XY}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่ม
	X	แทน	คะแนนของข้อคำถาม
	Y	แทน	คะแนนผลรวมของข้ออื่นๆ ที่เหลือทุกข้อ

2.3 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์. 2547: 220)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right\}$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัด
	K	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	S_i^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนข้อที่ i
	S^2	แทน	ความแปรปรวนรวมของคะแนนรวมทั้งฉบับ
	\sum	แทน	ผลรวมทั้งหมด

3. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.1 สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3.2 ระยะห่างยุคลิดกำลังสอง (Squared Euclidean Distance) : ใช้วัดระยะห่าง

(กัลยา วานิชย์บัญชา. 2553: 137)

$$\text{DISTANCE (X, Y)} = \sum (X_i - Y_i)^2$$

3.3 ระยะห่างยุคลิด (Euclidean Distance) : ระยะห่างระหว่าง 2 Cases คือ Case

X และ Y (กัลยา วานิชย์บัญชา. 2553: 137)

$$\text{DISTANCE (X, Y)} = \sqrt{\sum (X_i - Y_i)^2}$$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

- 1.1 การตรวจสอบข้อมูลค่าผิดปกติ (Outlier)
- 1.2 การตรวจสอบความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

- 2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 2.2 ผลการวิเคราะห์กลุ่ม
 - 2.2.1 การวิเคราะห์กลุ่มโดยวิธี Hierarchical Cluster Analysis
 - 2.2.2 การวิเคราะห์กลุ่มโดยวิธี K-Means Cluster Analysis

เพื่อให้เข้าใจตรงกันในการแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสัญลักษณ์ และอักษรย่อที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	แทน	จำนวนพยาบาลวิชาชีพ
t	แทน	ค่าสถิติที
df	แทน	ชั้นความเป็นอิสระ
p	แทน	ความน่าจะเป็นทางสถิติ
F	แทน	ค่าสถิติเอฟ

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

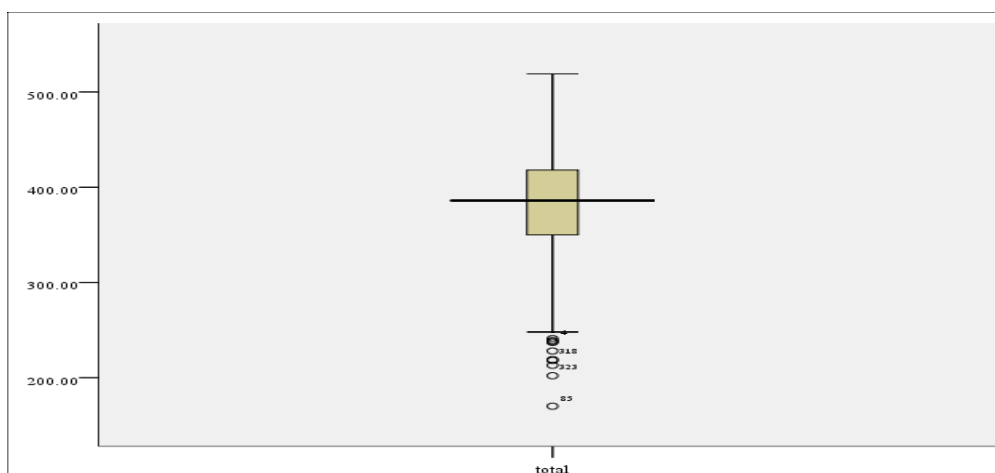
การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์จัดกลุ่ม มีข้อตกลงเบื้องต้นที่ควรพิจารณา ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น คือ กลุ่มตัวอย่างต้องไม่มีข้อมูลที่เป็น Outlier และตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้องไม่มีปัญหาการเกิด Multicollinearity ผู้วิจัยจึงได้ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาใช้ในการวิเคราะห์ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 957 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ดังนี้

1.1 การตรวจสอบข้อมูลค่าผิดปกติ (Outlier)

การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่เป็น Outlier โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 957 คน มีข้อมูลที่มีลักษณะเป็น Outlier จำนวน 10 ข้อมูล ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลแสดงดังตาราง 7 และภาพประกอบ 7

ตาราง 7 แสดงค่าคะแนนมาตรฐาน (Z-score) ของข้อมูลที่มีลักษณะเป็น Outlier

ขอบเขต	ลำดับข้อมูลที่เป็น Outlier	ค่าคะแนนมาตรฐาน (Z-score)	ขอบเขต	ลำดับข้อมูลที่เป็น Outlier	ค่าคะแนนมาตรฐาน (Z-score)
Upper bound	612	2.55	Lower bound	85	-4.06
	834	2.50		323	-3.45
	581	2.44		656	-3.24
	460	2.38		467	-3.15
	805	2.38		318	-3.13



ภาพประกอบ 7 ภาพ Box plot ของข้อมูลคะแนนรวมทั้งหมดและข้อมูลที่เป็น Outlier

จากตาราง 7 เมื่อตรวจสอบด้วยค่าคะแนนมาตรฐาน (Z-score) พบว่า ขอบบน (Upper bound) มีค่าคะแนนมาตรฐาน (Z-score) เท่ากับ 2.38 ถึง 2.55 และขอบล่าง (Lower bound) มีค่าคะแนนมาตรฐาน (Z-score) เท่ากับ -3.13 ถึง -4.06 ซึ่งค่าที่มากกว่า 3 หรือน้อยกว่า -3 จะถือว่าเป็นค่า Outlier (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550: 59) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อมูลเฉพาะขอบล่าง (Lower bound) ออกจำนวน 5 ข้อมูล เนื่องจากมีค่าคะแนนมาตรฐาน (Z-score) น้อยกว่า -3 เมื่อตัดข้อมูลที่มีลักษณะเป็น Outlier ออกแล้ว จึงเหลือข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จำนวน 952 คน

1.2 การตรวจสอบความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity)

การวิเคราะห์ความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity) สามารถพิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในเบื้องต้นก่อนและทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity) หรือไม่ โดยการทดสอบค่า Tolerance และ VIF (Variance inflation factor) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์แสดงดังตาราง 8

ตาราง 8 เมทริกซ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

	1	2	3	4	5	6	7
1. ประสิทธิภาพของผู้นำ	1						
2. การบริหารจัดการองค์การ	.77**	1					
3. การบริหารบุคลากร	.69**	.72**	1				
4. การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในงาน	.70**	.69**	.70**	1			
5. ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ	.54**	.58**	.52**	.59**	1		
6. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์	.49**	.55**	.51**	.48**	.67**	1	
7. สภาพแวดล้อมการทำงาน	.66**	.64**	.63**	.61**	.51**	.56**	1

**p<.01

จากตาราง 8 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าอยู่ระหว่าง .48 - .77 มีนัยสำคัญทางสถิติทุกค่า ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($.40 < r < .60$) ถึงระดับสูง ($.60 < r < .80$) โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงสุด คือ ประสิทธิภาพผู้นำ กับ การบริหารจัดการองค์การ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .77 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีค่าตั้งแต่ .90 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันสูงมากเกินไป (Hair; et al. 2010: 200)

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นโดยการนำตัวแปรปัจจัยมาทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพื่อศึกษาว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity) หรือไม่ โดยการทดสอบค่า Tolerance และ VIF ซึ่งค่า Tolerance ที่มีค่าต่ำกว่า .10 และค่า VIF ที่มีค่าสูงเกิน 10 จึงจะแสดงว่าตัวแปรดังกล่าวมีปัญหาเกี่ยวกับความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity) (Hair; et al. 2010: 204) ซึ่งผลการทดสอบแสดงดังตาราง 9

ตาราง 9 ค่า Tolerance และ VIF เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัย

ตัวแปร	Collinearity Statistics	
	Tolerance	VIF
1.ประสิทธิภาพของผู้นำ	0.32	3.13
2.การบริหารจัดการองค์การ	0.31	3.24
3.การบริหารบุคลากร	0.37	2.71
4.การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน	0.37	2.70
5.ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ	0.45	2.24
6.สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์	0.48	2.08
7.สภาพแวดล้อมการทำงาน	0.45	2.21

จากตาราง 9 พบว่า ค่า Tolerance ของตัวแปรปัจจัยมีค่าตั้งแต่ 0.31 - 0.48 ซึ่งมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.10 และเมื่อพิจารณาค่า VIF มีค่าตั้งแต่ 2.08 - 3.24 ซึ่งมีค่าไม่เกิน 10 แสดงว่าตัวแปรปัจจัยแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กันเหมาะสม ผลที่ได้จากค่า Tolerance และค่า VIF ให้ผลสอดคล้องกัน จึงสรุปได้ว่าตัวแปรปัจจัยไม่เกิดปัญหาความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity) ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ โดยจำนวนพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามเป็นตัวแทนของประชากรพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล แสดงตามลำดับดังนี้

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล ดังตาราง 10

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	สังกัดของโรงพยาบาล						รวม	
	สาธารณสุข		กลาโหม		สำนักงานยกย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งบรรจ								
ข้าราชการ	424	44.54	262	27.52	133	13.97	819	86.03
พนักงานราชการ	2	0.21	0	0.00	0	0.00	2	0.21
พนักงานของรัฐ	9	0.95	0	0.00	0	0.00	9	0.95
อื่นๆ								
- ลูกจ้างประจำ	2	0.21	0	0.00	0	0.00	2	0.21
- ลูกจ้างชั่วคราว	53	5.57	53	5.57	5	0.53	111	11.66
- ไม่ระบุ	2	0.21	7	0.74	0	0.00	9	0.95
รวม	492	51.68	322	33.82	138	14.50	952	100.00
เพศ								
หญิง	456	47.90	313	32.88	135	14.18	904	94.96
ชาย	36	3.78	9	0.95	3	0.32	48	5.04
รวม	492	51.68	322	33.82	138	14.50	952	100.00
อายุ								
21-25 ปี	104	10.92	82	8.61	34	3.57	220	23.11
26-30 ปี	101	10.61	105	11.03	10	1.05	216	22.69
31-35 ปี	69	7.25	71	7.46	32	3.36	172	18.07
36-40 ปี	90	9.45	33	3.47	25	2.63	148	15.55
41-45 ปี	29	3.05	17	1.79	14	1.47	60	6.30
46-50 ปี	62	6.51	9	0.95	10	1.05	81	8.51
51-55 ปี	24	2.52	5	0.53	13	1.37	42	4.41
56-60 ปี	13	1.37	0	0.00	0	0.00	13	1.37
รวม	492	51.68	322	33.82	138	14.50	952	100.00

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	สังกัดของโรงพยาบาล						รวม	
	สาธารณสุข		กลาโหม		สำนักงานยกย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส								
โสด	304	31.93	231	24.26	77	8.09	612	64.29
สมรส	178	18.70	86	9.03	60	6.30	324	34.03
แยกกันอยู่	1	0.11	0	0.00	0	0.00	1	0.11
หย่าร้าง	8	0.84	5	0.53	1	0.11	14	1.47
คู่สมรสเสียชีวิต	1	0.11	0	0.00	0	0.00	1	0.11
รวม	492	51.68	322	33.82	138	14.50	952	100.00
วุฒิการศึกษา								
ปริญญาตรี	434	45.59	270	28.36	118	12.39	822	86.34
ปริญญาโท	58	6.09	51	5.36	20	2.10	129	13.55
ปริญญาเอก	0	0.00	1	0.11	0	0.00	1	0.11
รวม	492	51.68	322	33.82	138	14.50	952	100.00
ระยะเวลาปฏิบัติงาน								
1-5 ปี	202	21.22	147	15.44	46	4.83	395	41.49
6-10 ปี	56	5.88	79	8.30	11	1.16	146	15.34
11-15 ปี	62	6.51	50	5.25	30	3.15	142	14.92
16-20 ปี	76	7.98	23	2.42	24	2.52	123	12.92
21-25 ปี	25	2.63	12	1.26	10	1.05	47	4.94
26-30 ปี	51	5.36	11	1.16	11	1.16	73	7.67
31-35 ปี	12	1.26	0	0.00	6	0.63	18	1.89
36-40 ปี	8	0.84	0	0.00	0	0.00	8	0.84
รวม	492	51.68	322	33.82	138	14.50	952	100.00

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	สังกัดของโรงพยาบาล						รวม	
	สาธารณสุข		กลาโหม		สำนักงานกฯ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แผนก								
อายุรกรรม	103	10.82	71	7.46	17	1.79	191	20.06
ศัลยกรรม	71	7.46	50	5.25	27	2.84	148	15.55
สูติ-นรีเวชกรรม	27	2.84	12	1.26	15	1.58	54	5.67
กุมารเวชกรรม	14	1.47	26	2.73	0	0.00	40	4.20
จักษุกรรม	10	1.05	8	0.84	1	0.11	19	2.00
โสต ศอ นาสิก	9	0.95	8	0.84	3	0.32	20	2.10
ออร์โธปิดิกส์	15	1.58	11	1.16	10	1.05	36	3.78
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	0	0.00	7	0.74	0	0.00	7	0.74
อภิบาลผู้ป่วยหนัก	49	5.15	20	2.10	29	3.05	98	10.29
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	25	2.63	24	2.52	12	1.26	61	6.41
ห้องผ่าตัดและ	46	4.83	62	6.51	18	1.89	126	13.24
วิสัญญี								
จิตเวช	55	5.78	12	1.26	1	0.11	68	7.14
ผู้ป่วยนอก	17	1.79	4	0.42	0	0.00	21	2.21
อื่นๆ	51	5.36	7	0.74	5	0.53	63	6.62
รวม	492	51.68	322	33.82	138	14.50	952	100.00
ความคิดที่จะลาออก								
ไม่มีความคิดที่จะ	199	20.90	97	10.19	68	7.14	364	38.24
ลาออก								
มีความคิดที่จะ	152	15.97	125	13.13	33	3.47	310	32.56
ลาออก								

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	สังกัดของโรงพยาบาล						รวม	
	สาธารณสุข		กลาโหม		สำนักนายกฯ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่แน่ใจ	141	14.81	100	10.50	37	3.89	278	29.20
รวม	492	51.68	322	33.82	138	14.50	952	100.00

จากตาราง 10 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 สังกัดพบว่า ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 86.03 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 94.96 มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.11 มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 64.29 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 86.34 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 1-5 ปีคิดเป็นร้อยละ 41.49 ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 20.06 และไม่มีความคิดที่จะลาออกจางานคิดเป็นร้อยละ 38.24

เมื่อจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 44.54 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 47.90 มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 25 ปีคิดเป็นร้อยละ 10.92 มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 31.93 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 45.59 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 1-5 ปีคิดเป็นร้อยละ 21.22 ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 10.82 และไม่มีความคิดที่จะลาออกจางานคิดเป็นร้อยละ 20.90 พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 27.52 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 32.88 มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 30 ปีคิดเป็นร้อยละ 11.03 มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 24.26 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 28.36 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 1 - 5 ปีคิดเป็นร้อยละ 15.44 ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 7.46 และมีความคิดที่จะลาออกจางานคิดเป็นร้อยละ 13.13 พยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 13.97 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 14.18 มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 25 ปีคิดเป็นร้อยละ 3.57 มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 8.09 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 12.39 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 1 - 5 ปีคิดเป็นร้อยละ 4.83 ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอภิบาลผู้ป่วยหนักคิดเป็นร้อยละ 3.05 และไม่มีความคิดที่จะลาออกจางานคิดเป็นร้อยละ 7.14

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 สังกัดส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการและเป็นเพศหญิง มีสถานภาพโสดและจบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยมีพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหม จบการศึกษาระดับปริญญาเอกด้วย 1 คนคิดเป็นร้อยละ 0.11 นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักนายกรัฐมนตรีส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 21- 25 ปี ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 30 ปี และทั้งพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักนายกรัฐมนตรียังไม่มีอายุอยู่ในช่วง 56 - 60 ปีเลย ส่วนอายุในช่วง 51 - 55 ปี พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีสูงกว่าทั้งพยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรียและกระทรวงกลาโหม โดยคิดเป็นร้อยละ 2.52, 1.37 และ 0.53 ตามลำดับ สอดคล้องกับระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 สังกัดส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 1 - 5 ปี และทั้งพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักนายกรัฐมนตรียังไม่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 36 - 40 ปีเลย นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมก็ยังไม่ีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 31 - 35 ปีเลยด้วย ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักนายกรัฐมนตรียมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 31 - 35 ปีคิดเป็นร้อยละ 1.26 และ 0.63 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงกลาโหมส่วนใหญ่มีความคิดที่จะลาออกจกงานคิดเป็นร้อยละ 13.13 นอกจากนี้ทั้งพยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรียและกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีความคิดที่จะลาออกจกงานคิดเป็นร้อยละ 20.90 และ 7.14 ตามลำดับ ในด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงกลาโหมส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 10.82 และ 7.46 ตามลำดับ ในขณะที่ พยาบาลวิชาชีพสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรียส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอภิบาลผู้ป่วยหนักคิดเป็นร้อยละ 3.05

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ของพยาบาลวิชาชีพมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 952 คน มีผู้แสดงความคิดเห็นในคำถามนี้จำนวน 688 คน แบ่งเป็นคำตอบที่สมบูรณ์จำนวน 655 คำตอบและคำตอบที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 33 คำตอบ และมีผู้ไม่แสดงความคิดเห็นในคำถามนี้จำนวน 264 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตาราง 11

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของจำนวนครั้งในการตอบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้

เหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้	จำนวนครั้งในการตอบ	ร้อยละ
1. การรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการที่ได้รับ	200	24.21
2. ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาลชอบลักษณะงานที่ปฏิบัติ	150	18.16
3. ความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน	121	14.65
4. รอคอยราชการครบ 25 ปี รอเกษียณ หรือใช้ทุน	66	8.00
5. ไม่มีตำแหน่งโอนย้าย หรือรอย้ายไปที่อื่น	58	7.02
6. ไม่มั่นใจในอาชีพหรือที่ทำงานใหม่ ไม่ต้องการปรับตัว	56	6.78
7. ความสะดวกสบายในการเดินทาง และใกล้ที่พักอาศัย การได้อยู่ใกล้ชิดครอบครัว	52	6.30
8. ต้องการความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ	44	5.33
9. ภาวะครอบครัวหรือภาระหนี้สิน	38	4.60
10. ความมีชื่อเสียงและศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงาน	28	3.39
11. ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก	9	1.09
12. ชื่นชอบผู้บังคับบัญชา	4	0.48
รวม	826	100.00

จากตาราง 11 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีทั้งหมด 12 เหตุผล 826 ครั้งในการตอบ โดยแสดงเหตุผลเกี่ยวกับการรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการที่ได้รับมากที่สุด คือ 200 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.21 รองลงมาคือ ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ปฏิบัติ 150 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 18.16 และความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน 121 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 14.65 ตามลำดับ และแสดงเหตุผลเกี่ยวกับชื่นชอบผู้บังคับบัญชาน้อยที่สุด คือ 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 0.48 รองลงมาคือ ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก 9 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.09 และความมีชื่อเสียงและศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงาน 28 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.39 ตามลำดับ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ 3 อันดับแรกคือ เหตุผลเกี่ยวกับการรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการที่ได้รับ

ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ปฏิบัติ และความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน และเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ 3 อันดับสุดท้าย คือ เหตุผลเกี่ยวกับขึ้นชอบผู้บังคับบัญชา ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก และความมีชื่อเสียงและศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงาน

คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล ดังตาราง 12

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล

คุณลักษณะ ความเป็น โรงพยาบาล ดึงดูดใจ	สังกัดของโรงพยาบาล									
	คะแนน เต็ม	สาธารณสุข			กลาไหม			สำนักนายกฯ		
		n = 492		ระดับ	n = 322		ระดับ	n = 138		ระดับ
		\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	
1.ประสิทธิภาพ ของผู้นำ	115	87.24	13.56	มาก	88.78	14.22	มาก	93.33	13.75	มาก
2.การบริหาร จัดการองค์กร	60	41.94	6.74	ปาน กลาง	44.87	7.93	มาก	46.75	6.93	มาก
3.การบริหาร บุคลากร	115	77.93	12.46	ปาน กลาง	78.21	13.84	ปาน กลาง	86.67	13.07	มาก
4.การได้รับการ เสริมสร้างพลัง อำนาจในงาน	50	35.75	5.99	มาก	35.80	6.76	มาก	38.04	6.64	มาก
5.ความมี เอกสิทธิ์ใน วิชาชีพ	50	37.84	5.33	มาก	38.87	5.74	มาก	40.53	5.56	มาก
6.สัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาล กับแพทย์	50	37.01	5.48	มาก	39.08	5.74	มาก	39.57	5.52	มาก
7.สภาพแวดล้อม การทำงาน	80	58.76	8.98	มาก	62.30	9.16	มาก	64.22	9.80	มาก

จากตาราง 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของโรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมีค่าเฉลี่ยในทุกด้านสูงที่สุด และมีค่าคะแนนทุกด้านอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีค่าคะแนนเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการบริหารบุคลากรมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีค่าคะแนนเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านการบริหารจัดการองค์การและด้านการบริหารบุคลากรมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

เป็นที่น่าสังเกตว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและกระทรวงสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่าการบริหารบุคลากรในโรงพยาบาลของตนยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่สำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมีความคิดเห็นว่าการบริหารบุคลากรในโรงพยาบาลของตนอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่าการบริหารจัดการองค์การในโรงพยาบาลของตนยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่สำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักนายกรัฐมนตรีมีความคิดเห็นว่าการบริหารจัดการองค์การในโรงพยาบาลของตนอยู่ในระดับมาก



2.2 ผลการวิเคราะห์กลุ่ม

การจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 952 คน มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจที่มีลักษณะคล้ายกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้ตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์จัดกลุ่มทั้งหมด 7 ตัวแปร คือ 1) ประสิทธิภาพของผู้นำ 2) การบริหารจัดการองค์กร 3) การบริหารบุคลากร 4) การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน 5) ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ 6) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และ 7) สภาพแวดล้อมการทำงาน เนื่องจากมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมากกว่า 200 คน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลบางส่วนทำการวิเคราะห์โดยวิธี Hierarchical เพื่อหาจำนวนกลุ่มที่ควรจะเป็น จากนั้นจึงใช้เทคนิค K-Means กับข้อมูลทั้งหมดที่มี (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2553: 159) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ คือ

2.2.1 การวิเคราะห์กลุ่มโดยวิธี Hierarchical Cluster Analysis

ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 191 คน (20%), 96 คน (10%) และ 50 คน (5%) นำข้อมูลที่ทำกรสุ่มได้ทั้ง 3 วิธี มาวิเคราะห์ด้วย SPSS for Windows โดยวิธี Hierarchical Cluster Analysis เลือกใช้การรวมกลุ่มวิธี Agglomeration Hierarchical Cluster Analysis และ Between – group Linkage และคำนวณหาระยะห่างด้วยวิธี Squared Euclidean Distance ได้ผลการวิเคราะห์กลุ่มที่คล้ายกัน แต่เนื่องจากข้อมูลจำนวนมากทำให้การนำเสนอแผนภาพ Dendrogram ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้เลือกนำเสนอวิธี 50 คน (5%) ซึ่งสุ่มพยาบาลวิชาชีพจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 20 คน สังกัดกระทรวงกลาโหมจำนวน 15 คน และสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีจำนวน 15 คน ได้ผลการวิเคราะห์กลุ่มดังตาราง 13

ตาราง 13 ความเป็นสมาชิกของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน (Case)

Case	6 Clusters	5 Clusters	4 Clusters	3 Clusters	2 Clusters
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	1	1
3	3	3	3	2	2
4	1	1	1	1	1
5	3	3	3	2	2
6	3	3	3	2	2
7	4	4	3	2	2

ตาราง 13 (ต่อ)

Case	6 Clusters	5 Clusters	4 Clusters	3 Clusters	2 Clusters
8	3	3	3	2	2
9	2	2	2	1	1
10	4	4	3	2	2
11	2	2	2	1	1
12	2	2	2	1	1
13	3	3	3	2	2
14	3	3	3	2	2
15	3	3	3	2	2
16	2	2	2	1	1
17	3	3	3	2	2
18	3	3	3	2	2
19	4	4	3	2	2
20	3	3	3	2	2
21	3	3	3	2	2
22	5	3	3	2	2
23	3	3	3	2	2
24	2	2	2	1	1
25	3	3	3	2	2
26	4	4	3	2	2
27	4	4	3	2	2
28	3	3	3	2	2
29	6	5	4	3	2
30	4	4	3	2	2
31	4	4	3	2	2
32	4	4	3	2	2
33	5	3	3	2	2
34	3	3	3	2	2

ตาราง 13 (ต่อ)

Case	6 Clusters	5 Clusters	4 Clusters	3 Clusters	2 Clusters
35	3	3	3	2	2
36	3	3	3	2	2
37	3	3	3	2	2
38	3	3	3	2	2
39	2	2	2	1	1
40	3	3	3	2	2
41	4	4	3	2	2
42	3	3	3	2	2
43	3	3	3	2	2
44	4	4	3	2	2
45	4	4	3	2	2
46	4	4	3	2	2
47	3	3	3	2	2
48	2	2	2	1	1
49	2	2	2	1	1
50	3	3	3	2	2

จากตาราง 13 แสดงการจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพแต่ละคนว่าอยู่กลุ่มใด โดยแบ่งเป็น 5 รูปแบบ

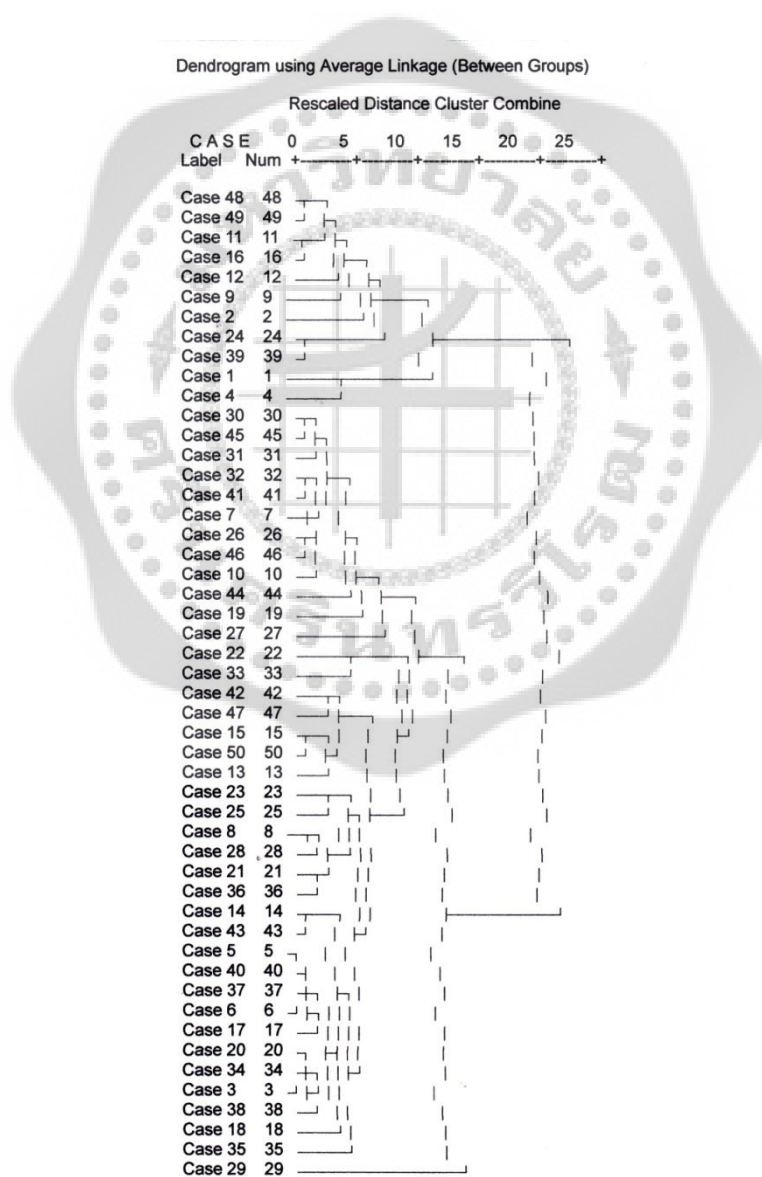
ดังตาราง 14

ตาราง 14 การจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 5 รูปแบบ

รูปแบบ	Cluster	จำนวน (คน)	ลำดับที่สมาชิกในกลุ่ม
1. มี 6 Clusters	1	2	1 และ 4
	2	9	2, 9, 11, 12, 16, 24, 39, 48 และ 49
	3	24	3, 5, 6, 8, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 28, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 47 และ 50
	4	12	7, 10, 19, 26, 27, 30, 31, 32, 41, 44, 45 และ 46
	5	2	22 และ 33
	6	1	29
2. มี 5 Clusters	1	2	1 และ 4
	2	9	2, 9, 11, 12, 16, 24, 39, 48 และ 49
	3	26	3, 5, 6, 8, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 47 และ 50
	4	12	7, 10, 19, 26, 27, 30, 31, 32, 41, 44, 45 และ 46
	5	1	29
3. มี 4 Clusters	1	2	1 และ 4
	2	9	2, 9, 11, 12, 16, 24, 39, 48 และ 49
	3	38	3, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 และ 50
	4	1	29
4. มี 3 Clusters	1	11	1, 2, 4, 9, 11, 12, 16, 24, 39, 48 และ 49
	2	38	3, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 และ 50
	3	1	29
5. มี 2 Clusters	1	11	1, 2, 4, 9, 11, 12, 16, 24, 39, 48 และ 49
	2	39	3, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 และ 50

จากตาราง 14 พบว่า เมื่อมีการจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 3 กลุ่มและ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 จะเหมือนกัน กลุ่มที่ 2 ก็เหมือนกันยกเว้นคนที่ 29 ถ้าแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คนที่ 29 จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 2 เนื่องจากระยะห่างเฉลี่ยของคนที่ 29 กับคนอื่นๆ ในกลุ่มที่ 2 สั้นกว่ากลุ่มที่ 1 หรือมีความคล้ายคนอื่นๆ ในกลุ่มที่ 2 มากกว่า

ในการพิจารณาจำนวนกลุ่มที่เหมาะสม ผู้วิจัยพิจารณาจากระยะห่าง โดยใช้แผนภาพ Dendrogram ซึ่งแสดงระยะห่างของการรวมกลุ่มและมีการแปลงระยะห่างให้อยู่ในช่วง 0-25 โดยกลุ่มที่มีระยะห่างใกล้เคียงกันจะรวมกันได้ชัดเจนกว่ากลุ่มที่มีระยะห่างไกลกันมารวมกัน ดังแสดงในภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 แผนภาพ Dendrogram

จากภาพประกอบ 8 แผนภาพ Dendrogram พบว่า

1) ถ้ากำหนดให้ระยะห่างระหว่างกลุ่มเป็น 10 หน่วย จะได้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 กลุ่ม (4 Clusters) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มี 9 คน คือ คนที่ 2, 9, 11, 12, 16, 24, 39, 48 และ 49

กลุ่มที่ 2 มี 2 คน คือ คนที่ 1 และ 4

กลุ่มที่ 3 มี 38 คน คือ คนที่ 3, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 และ 50

กลุ่มที่ 4 มี 1 คน คือ คนที่ 29

2) ถ้ากำหนดให้ระยะห่างระหว่างกลุ่มเป็น 15 หน่วย จะได้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 กลุ่ม (2 Clusters) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มี 11 คน คือ คนที่ 1, 2, 4, 9, 11, 12, 16, 24, 39, 48 และ 49

กลุ่มที่ 2 มี 39 คน คือ คนที่ 3, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 และ 50

จากแผนภาพ Dendrogram สามารถแบ่งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 2 กลุ่ม ที่ระยะห่างระหว่างกลุ่ม 15 หน่วย ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับตาราง 14 ที่แบ่งกลุ่มพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 2 กลุ่มเช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาเลือกจำนวนกลุ่มที่เหมาะสม คือ 2 กลุ่ม เพื่อนำไปใช้กำหนดจำนวนกลุ่มในวิธี K-Means Cluster Analysis

2.2.2 การวิเคราะห์กลุ่มโดยวิธี K-Means Cluster Analysis

นำข้อมูลพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 952 คนมาวิเคราะห์ด้วย SPSS for Windows โดยวิธี K-Means Cluster Analysis ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กำหนดจำนวนกลุ่มโดยพิจารณาจากแผนภาพ Dendrogram ได้จำนวนกลุ่มที่เหมาะสม คือ 2 กลุ่ม และคำนวณหาระยะห่างด้วยวิธี Euclidean Distance ได้ผลการวิเคราะห์กลุ่มดังตาราง 15 และตาราง 16

ตาราง 15 ระยะห่างระหว่างค่ากลางของ 2 กลุ่ม

Cluster	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2
กลุ่มที่ 1		3.44
กลุ่มที่ 2	3.44	

จากตาราง 15 ค่าระยะห่างระหว่างค่ากลางของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ 1 มีระยะห่างจากกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 3.44

ตาราง 16 ค่ากลางของแต่ละกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาล
ดีใจ

คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจ	Cluster	
	1	2
1. ประสิทธิภาพของผู้นำ	.63	-.74
2. การบริหารจัดการองค์การ	.64	-.75
3. การบริหารบุคลากร	.64	-.75
4. การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน	.64	-.75
5. ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ	.53	-.62
6. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์	.51	-.60
7. สภาพแวดล้อมการทำงาน	.59	-.69

จากตาราง 16 แสดงการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจของพยาบาลวิชาชีพแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจด้านการบริหารจัดการองค์การ (.64) การบริหารบุคลากร (.64) และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน (.64) สูงสุด

กลุ่มที่ 2 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ (-.60) ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ (-.62) และสภาพแวดล้อมการทำงาน (-.69) สูงสุด

จากผลการจัดกลุ่มดังกล่าว จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 1 มีการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจด้านการบริหารจัดการองค์การ การบริหารบุคลากร และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานมากที่สุด จึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 1 ว่า “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจด้านการจัดองค์การและการบริหารองค์การ” และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 2 มีการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีใจด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ความมี

เอกสิทธิ์ในวิชาชีพ และสภาพแวดล้อมการทำงานมากที่สุด จึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 2 ว่า “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจด้านการปฏิบัติการพยาบาล”

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบจำนวนกลุ่มที่เหมาะสม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแตกต่างกัน (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2548: 404) ซึ่งผู้วิจัยใช้สถิติทดสอบ t-test independent samples เพื่อแสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรแต่ละตัวเมื่ออยู่ต่างกลุ่มกัน ได้ผลการวิเคราะห์ดังตาราง 17

ตาราง 17 แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรแต่ละตัวเมื่ออยู่ต่างกลุ่มกัน

คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ	Cluster	Mean	S.D.	t	df	p
1. ประสิทธิภาพของผู้นำ	1	4.24	.42	28.96	950	.000**
	2	3.40	.46	Levene's test: F = .53, p = .47		
2. การบริหารจัดการองค์กร	1	4.03	.45	29.52	950	.000**
	2	3.17	.44	Levene's test: F = .43, p = .51		
3. การบริหารบุคลากร	1	3.82	.44	29.64	950	.000**
	2	3.01	.40	Levene's test: F = 5.32, p = .02		
4. การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน	1	4.02	.44	29.01	950	.000**
	2	3.13	.49	Levene's test: F = 7.52, p = .01		
5. ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ	1	4.15	.45	21.64	950	.000**
	2	3.51	.47	Levene's test: F = 3.11, p = .08		
6. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์	1	4.10	.47	20.64	950	.000**
	2	3.47	.48	Levene's test: F = .70, p = .41		
7. สภาพแวดล้อมการทำงาน	1	4.14	.42	25.61	950	.000**
	2	3.39	.48	Levene's test: F = 3.51, p = .06		

**p<.01

จากตาราง 17 พบว่า ทุกตัวแปรมีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเมื่ออยู่ต่างกลุ่มกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าตัวแปรทุกตัวสามารถนำมาใช้ในการแบ่งกลุ่มได้ และจำนวน 2 กลุ่มเป็นจำนวนกลุ่มที่เหมาะสม

ดังนั้น จึงสามารถอธิบายลักษณะของกลุ่มเมื่อจัดเป็น 2 กลุ่มได้โดยการจำแนกตามสังกัดข้อมูลทั่วไป และการแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล

สังกัด	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	238	25.00	254	26.68	492	51.68
กระทรวงกลาโหม	177	18.59	145	15.23	322	33.82
สำนักนายกรัฐมนตรี	99	10.40	39	4.10	138	14.50
รวม	514	53.99	438	46.01	952	100.00

จากตาราง 18 แสดงจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 จำนวน 514 คน คิดเป็นร้อยละ 53.99 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 438 คน คิดเป็นร้อยละ 46.01 พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 26.68 จัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลตั้งดูใจด้านการปฏิบัติการพยาบาล” พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมส่วนใหญ่ จำนวน 177 คนคิดเป็นร้อยละ 18.59 จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลตั้งดูใจด้านการจัดองค์การและการบริหารองค์การ” และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีส่วนใหญ่ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 10.40 จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลตั้งดูใจด้านการจัดองค์การและการบริหารองค์การ”

ตาราง 19 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่ม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ 1 (n=514)		กลุ่มที่ 2 (n=438)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งบรรจุ				
ข้าราชการ	438	85.21	381	86.99
พนักงานราชการ	1	0.19	1	0.23
พนักงานของรัฐ	4	0.78	5	1.14
อื่นๆ				
- ลูกจ้างประจำ	1	0.19	1	0.23
- ลูกจ้างชั่วคราว	65	12.65	46	10.50
- ไม่ระบุ	5	0.97	4	0.91
รวม	514	100.00	438	100.00
เพศ				
หญิง	487	94.75	417	95.21
ชาย	27	5.25	21	4.79
รวม	514	100.00	438	100.00
อายุ				
21-25 ปี	136	26.46	84	19.18
26-30 ปี	104	20.23	112	25.57
31-35 ปี	91	17.70	81	18.49
36-40 ปี	73	14.20	75	17.12
41-45 ปี	33	6.42	27	6.16
46-50 ปี	44	8.56	37	8.45
51-55 ปี	24	4.67	18	4.11
56-60 ปี	9	1.75	4	0.91
รวม	514	100.00	438	100.00

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ 1 (n=514)		กลุ่มที่ 2 (n=438)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ				
โสด	323	62.84	289	65.98
สมรส	182	35.41	142	32.42
แยกกันอยู่	0	0.00	1	0.23
หย่าร้าง	8	1.56	6	1.37
คู่สมรสเสียชีวิต	1	0.19	0	0.0
รวม	514	100.00	438	100.00
วุฒิการศึกษาสูงสุด				
ปริญญาตรี	443	86.19	379	86.53
ปริญญาโท	71	13.81	58	13.24
ปริญญาเอก	0	0.0	1	0.23
รวม	514	100.00	438	100.00
ระยะเวลาปฏิบัติงาน				
1-5 ปี	223	43.39	172	39.27
6-10 ปี	70	13.62	76	17.35
11-15 ปี	73	14.20	69	15.75
16-20 ปี	62	12.06	60	13.70
21-25 ปี	28	5.45	19	4.34
26-30 ปี	42	8.17	31	7.08
31-35 ปี	10	1.95	8	1.83
36-40 ปี	5	0.97	3	0.68
รวม	514	100.00	438	100.00

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ 1 (n=514)		กลุ่มที่ 2 (n=438)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แผนก				
อายุรกรรม	94	18.29	97	22.15
ศัลยกรรม	82	15.95	66	15.07
สูติ-นรีเวชกรรม	34	6.61	20	4.57
กุมารเวชกรรม	22	4.28	18	4.11
จักษุกรรม	8	1.56	11	2.51
โสต ศอ นาสิก	14	2.72	6	1.37
ออร์โธปิดิกส์	19	3.70	17	3.88
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	6	1.17	1	0.23
จิตเวช	58	11.28	40	9.13
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	31	6.03	30	6.85
ห้องผ่าตัดและวิสัญญี	48	9.34	78	17.81
อภิบาลผู้ป่วยหนัก	46	8.95	22	5.02
ผู้ป่วยนอก	17	3.31	4	0.91
อื่นๆ	35	6.81	28	6.39
รวม	514	100.00	438	100.00
ความคิดที่จะลาออก				
ไม่มีความคิดที่จะลาออก	252	49.03	112	25.57
มีความคิดที่จะลาออก	122	23.74	188	42.92
ไม่แน่ใจ	140	27.24	138	31.51
รวม	514	100.00	438	100.00

จากตาราง 19 แสดงข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่ม พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ทั้งกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 85.21 และ 86.76 ตามลำดับ และเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 94.75 และ 95.21 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 มีอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปีคิดเป็นร้อยละ 26.46 รองลงมาคือ 26-30 ปีคิดเป็นร้อยละ 20.23 และ 31-35 ปีคิดเป็นร้อยละ 17.70 ตามลำดับ สำหรับพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 มีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปีคิดเป็นร้อยละ 25.57 รองลงมาคือ 21-25 ปีคิดเป็นร้อยละ 19.18 และอายุ 31-35 ปีคิดเป็นร้อยละ 18.49 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 62.84 และ 65.98 ตามลำดับ วุฒิการศึกษาสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 86.19 และ 86.53 ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 1-5 ปีคิดเป็นร้อยละ 43.39 รองลงมาคือ 11-15 ปีคิดเป็นร้อยละ 14.20 และ 6-10 ปีคิดเป็นร้อยละ 13.62 ตามลำดับ สำหรับพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 1-5 ปีคิดเป็น ร้อยละ 39.27 รองลงมาคือ 6-10 ปีคิดเป็นร้อยละ 17.35 และ 11-15 ปีคิดเป็นร้อยละ 15.75 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 18.29 รองลงมาคือ แผนกศัลยกรรมคิดเป็น ร้อยละ 15.95 และแผนกจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 11.28 ตามลำดับ สำหรับพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 22.15 รองลงมาคือ แผนกห้องผ่าตัดและวิสัญญีคิดเป็นร้อยละ 17.81 และแผนกศัลยกรรมคิดเป็นร้อยละ 15.07 ตามลำดับ และนอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่ไม่มีความคิดที่จะลาออกจากงาน คิดเป็นร้อยละ 49.03 แตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 ที่ส่วนใหญ่มีความคิดที่จะลาออกจากงาน คิดเป็นร้อยละ 42.92

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการและเป็น เพศหญิง มีสถานภาพโสดและจบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 จบการศึกษาระดับปริญญาเอกด้วย 1 คนคิดเป็นร้อยละ 0.23 พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่ จะมีอายุอยู่ในช่วง 21 - 25 ปี ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 30 ปี โดยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 1-5 ปี และปฏิบัติงานอยู่ในแผนก อายุรกรรม นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่ไม่มีความคิดที่จะลาออกจากงาน ตรงกันข้ามกับพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 ซึ่งส่วนใหญ่มีความคิดที่จะลาออกจากงาน

ตาราง 20 จำนวนและร้อยละของจำนวนครั้งในการตอบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้จำแนกตามกลุ่ม

เหตุผลที่ท่านยังคงปฏิบัติงาน อยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการที่ได้รับ	117	25.05	83	23.12
2. ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ปฏิบัติ	100	21.41	50	13.93
3. ความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน	80	17.13	41	11.42
4. รอคอยราชการครบ 25 ปี รอเกษียณ หรือใช้ทุน	32	6.85	34	9.47
5. ไม่มีตำแหน่งโอนย้ายหรือรอย้ายไปที่อื่น	19	4.07	39	10.86
6. ไม่มั่นใจในอาชีพหรือที่ทำงานใหม่ ไม่ต้องการปรับตัว	18	3.85	38	10.58
7. ความสะดวกสบายในการเดินทาง และใกล้ที่พักอาศัย การได้อยู่ใกล้ชิดครอบครัว	26	5.57	26	7.24
8. ต้องการความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ	27	5.78	17	4.74
9. ภาวะครอบครัวหรือภาระหนี้สิน	16	3.43	22	6.13
10. ความมีชื่อเสียงและศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงาน	23	4.93	5	1.40
11. ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก	5	1.07	4	1.11
12. ชื่นชอบผู้บังคับบัญชา	4	0.86	0	0.00
รวม	467	100.00	359	100.00

จากตาราง 20 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่ม พบว่า พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 แสดงเหตุผลเกี่ยวกับการรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการที่ได้รับมากที่สุด คือ 117 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 25.05 รองลงมาคือ ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ปฏิบัติ 100 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 21.41 และความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน 80 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 17.13 ตามลำดับ และแสดงเหตุผลเกี่ยวกับชื่นชอบผู้บังคับบัญชาน้อยที่สุด คือ 4 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 0.86 รองลงมาคือ ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก 5 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.07 และภาวะครอบครัวหรือภาระหนี้สิน 16 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 3.43 ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 แสดงเหตุผลเกี่ยวกับการรับราชการ

ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการที่ได้รับมากที่สุด คือ 83 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 23.12 รองลงมาคือ ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ปฏิบัติ 50 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13.93 และความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน 41 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.42 ตามลำดับ และแสดงผลเกี่ยวกับค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนักน้อยที่สุด คือ 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.11 รองลงมาคือ ความมีชื่อเสียง และศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงาน 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.40 และต้องการความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ 17 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.74 ตามลำดับ โดยไม่ได้แสดงผลเกี่ยวกับขึ้นชอบผู้บังคับบัญชาเลย ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่มให้เหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ใน 3 อันดับแรกเหมือนกัน คือ เหตุผลเกี่ยวกับการรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการ ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ทำอยู่ และความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน ตามลำดับ และเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ 3 อันดับสุดท้าย พบว่า พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 แสดงเหตุผลเกี่ยวกับขึ้นชอบผู้บังคับบัญชา ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก และภาระครอบครัวหรือภาระหนี้สิน ตามลำดับ ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 แสดงเหตุผลเกี่ยวกับค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก ความมีชื่อเสียงและศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงาน และความต้องการความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ ตามลำดับ โดยไม่ได้แสดงผลเกี่ยวกับขึ้นชอบผู้บังคับบัญชาเลย

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย และวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีที่สุดในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 โรง รวมทั้งหมด 5,091 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 โรง รวมทั้งหมด 952 คน ในทุกแผนกของโรงพยาบาล ซึ่งได้มาจากการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือ การวิเคราะห์จัดกลุ่ม (Cluster Analysis)

โดยตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์จัดกลุ่ม คือ คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีที่สุดในประกอบด้วย

1. ประสิทธิภาพของผู้นำ
2. การบริหารจัดการองค์การ
3. การบริหารบุคลากร
4. การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน
5. ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ
6. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์
7. สภาพแวดล้อมการทำงาน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นเองเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ แบบสอบถามการบริหารจัดการองค์การ แบบสอบถามการบริหารบุคลากร แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน แบบสอบถามความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน นำมาวิเคราะห์หาคุณภาพรายข้อเพื่อหาค่าอำนาจจำแนก โดยใช้ Corrected Item-Total Correlation พบว่าแบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .61 - .76 แบบสอบถามการบริหารจัดการองค์การ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .51 - .78 แบบสอบถามการบริหารบุคลากร มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .31 - .65 แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .58 - .76 แบบสอบถามความมีเอกสิทธิ์

ในวิชาชีพ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .44 - .79 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .41 - .72 และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .47 - .78 แล้วคัดเลือกข้อคำถามโดยพิจารณาจากค่าอำนาจจำแนกที่มากกว่าหรือเท่ากับ 0.20 โดยข้อคำถามผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด

หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) พบว่า แบบสอบถามประสิทธิภาพของผู้นำ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 แบบสอบถามการบริหารจัดการองค์การ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แบบสอบถามการบริหารบุคลากร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 แบบสอบถามความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และแบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดเตรียมเอกสารต่างๆ ตามระเบียบของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อยื่นต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว จึงนำเอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยไปยื่นต่อฝ่ายการพยาบาล เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามไปสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง และติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

สรุปผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามจุดมุ่งหมายของการวิจัย สามารถจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีดูดีใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานครได้ 2 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มมีลักษณะ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีดูดีใจด้านการบริหารจัดการองค์การ การบริหารบุคลากร และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานสูงสุด

กลุ่มที่ 2 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีดูดีใจด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ และสภาพแวดล้อมการทำงานสูงสุด

จากผลการจัดกลุ่มดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งชื่อกลุ่มที่ 1 ว่า “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีดูดีใจด้านการจัดองค์การและการบริหารองค์การ” และตั้งชื่อกลุ่มที่ 2 ว่า “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีดูดีใจด้านการปฏิบัติการพยาบาล” และ

สามารถอธิบายลักษณะของกลุ่มเมื่อจัดเป็น 2 กลุ่มได้โดยการจำแนกตามสังกัด ข้อมูลทั่วไป และการแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เมื่อจำแนกตามสังกัด พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 จำนวน 514 คน คิดเป็นร้อยละ 53.99 และกลุ่มที่ 2 จำนวน 438 คนคิดเป็นร้อยละ 46.01 โดย พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ จำนวน 254 คนคิดเป็นร้อยละ 25.00 จัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมส่วนใหญ่ จำนวน 177 คนคิดเป็นร้อยละ 18.59 จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีส่วนใหญ่ จำนวน 99 คนคิดเป็นร้อยละ 10.40 จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 เช่นกัน

2. เมื่อจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้งกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการคิดเป็นร้อยละ 85.21 และ 86.76 ตามลำดับ และเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 94.75 และ 95.21 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 25 ปีคิดเป็นร้อยละ 26.46 สำหรับพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 30 ปีคิดเป็นร้อยละ 25.57 ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพทั้งกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 62.84 และ 65.98 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาวุฒิการศึกษาสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 86.19 และ 86.53 ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลระหว่าง 1 - 5 ปีคิดเป็นร้อยละ 43.39 และ 39.27 ตามลำดับ และทั้งพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.29 และ 22.15 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่ไม่มีความคิดที่จะลาออกจากงานคิดเป็นร้อยละ 49.03 ตรงกันข้ามกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 2 ที่ส่วนใหญ่มีความคิดที่จะลาออกจากงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.92

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ อันดับแรกคือ เหตุผลเรื่องการรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการที่ได้รับ 200 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.21 อันดับสองคือ ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ปฏิบัติ 150 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.16 และอันดับสามคือ ความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน 121 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 14.65 สำหรับเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้อันดับสุดท้าย คือ เหตุผลเรื่องขึ้นชอบผู้บังคับบัญชา 4 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 0.48 อันดับสองจากสุดท้ายคือ ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก 9 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.09 และอันดับสามจากสุดท้ายคือ ความมีชื่อเสียงและศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงาน 28 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.39 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 สังกัดไม่ได้อยู่ปฏิบัติงาน

ในโรงพยาบาลแห่งนี้เพราะชื่นชอบผู้บังคับบัญชา ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก หรือความมีชื่อเสียง และศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงาน แต่อยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้เพราะการรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการที่ได้รับ ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ปฏิบัติ และความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน

เมื่อจำแนกตามกลุ่ม พบว่า พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 แสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ 3 อันดับแรกเหมือนกัน โดยเหตุผลอันดับแรกคือ เหตุผลเรื่องการรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการ 117 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 25.05 และ 83 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 23.12 ตามลำดับ อันดับสองคือ ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ทำอยู่ 100 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 21.41 และ 50 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 13.93 ตามลำดับ และอันดับสามคือ ความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน 80 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 17.13 และ 41 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 11.42 ตามลำดับ สำหรับเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ 3 อันดับสุดท้าย พบว่า พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 แสดงเหตุผลเรื่องชื่นชอบผู้บังคับบัญชา 4 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 0.86 ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก 5 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.07 และภาระครอบครัวหรือภาระหนี้สิน 16 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 3.43 ตามลำดับ ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 2 แสดงเหตุผลเรื่องค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนัก 4 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.11 ความมีชื่อเสียงและศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงาน 5 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 1.40 และความต้องการความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ 17 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 4.74 ตามลำดับ โดยไม่ได้ให้เหตุผลเกี่ยวกับชื่นชอบผู้บังคับบัญชาเลย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าพยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้อยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้เพราะชื่นชอบผู้บังคับบัญชา ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนักหรือความมีชื่อเสียงและศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงาน แต่อยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้เพราะการรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการที่ได้รับ ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ปฏิบัติ และความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า สามารถจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจได้เป็น 2 กลุ่ม (Clusters) โดยกลุ่มที่ 1 มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจด้านการบริหารจัดการองค์การ การบริหารบุคลากร และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานสูงสุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งชื่อกลุ่มว่า “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจด้านการจัดองค์การและการบริหารองค์การ” ซึ่งสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่ากลุ่มที่ 1 ให้ความสำคัญในด้านองค์การเป็นหลัก โดยโรงพยาบาลควรมีนโยบายการจัดโครงสร้างและการบริหารองค์การพยาบาลที่ดี นอกจากนี้ยังควรมีนโยบายการบริหาร

ทรัพยากรมนุษย์ที่ทำให้บุคลากรในองค์กรมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน รวมทั้งให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ที่เอื้อประโยชน์ต่อการทำงานด้วย เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับแมคเคลอร์ และคณะ (McClure; et al. 1983: 1-37) ที่ทำการศึกษาโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจให้พยาบาลจบใหม่อยากเข้ามาปฏิบัติงาน และสามารถทำให้พยาบาลเหล่านั้นคงอยู่ในองค์กรได้อย่างมีความสุข พบว่า โรงพยาบาลควรมีลักษณะเด่นในด้านการมีระบบการบริหารที่ดี ซึ่งได้แก่ รูปแบบการบริหาร คุณภาพของผู้บังคับบัญชาผู้ให้การสนับสนุน และการบริหารบุคลากร นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยูพาพร คำสะไมล์ (2552: 95) ที่ศึกษาวิเคราะห์ตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพและศึกษาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการและภาวะผู้นำของผู้บริหารเป็นตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่สำคัญเป็นอันดับ 1 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด

กลุ่มที่ 2 มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจด้านสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับแพทย์ ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ และสภาพแวดล้อมการทำงานสูงสุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งชื่อกลุ่มว่า “กลุ่มการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจด้านการปฏิบัติการพยาบาล” ซึ่งสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่ากลุ่มที่ 2 ให้ความสำคัญในด้านความเป็นวิชาชีพการพยาบาลเป็นหลัก โดยโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทความเป็นวิชาชีพการพยาบาลได้อย่างเต็มที่และอิสระภายใต้ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ยังควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะต่างๆ อันจะทำให้เกิดความเชี่ยวชาญและความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ทำให้ได้รับการยอมรับในความรู้ความสามารถจากวิชาชีพอื่นและก่อให้เกิดความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของคราเมอร์ และชมาเลนเบิร์ก (Kramer; & Schmalenberg. 2002: 25-29) ที่พบว่าลักษณะสำคัญของการเป็นโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ (Essentials of Magnetism) ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและแพทย์ เอกสิทธิ์และความตระหนักในหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาล และการมีอำนาจครอบคลุมการปฏิบัติงานพยาบาลและการจัดสภาพแวดล้อมในงาน นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุษณี ฌ ตะกั่วทุ่ง (2551: 121) ที่พบว่ามี การรับรู้ความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจตามการรับรู้พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข ด้านการปฏิบัติงานและให้บริการเชิงวิชาชีพสูงสุด และงานวิจัยของ ยูพาพร คำสะไมล์ (2552: 99-100) ที่ศึกษาวิเคราะห์ตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพและศึกษาตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพและสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลเป็นตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจ

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ที่สำคัญและสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ เป็นอันดับสองและสาม ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลาสซิงเกอร์ (Laschinger. 2008: 326) ที่ศึกษา พบว่าลักษณะโรงพยาบาลดึงดูดใจที่เด่นชัดมากที่สุดคือ ความร่วมมือกันระหว่าง พยาบาลกับแพทย์

เมื่อจำแนกตามสังกัด พบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 โดยการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องมาจากการ มีระบบการบริหารงานที่แตกต่างกัน โดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมี ลักษณะเป็นข้าราชการพลเรือน มีบทบาทหน้าที่ของความเป็นพยาบาลวิชาชีพเพียงบทบาทเดียว แต่ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมีลักษณะเป็น ข้าราชการทหารหรือตำรวจ ซึ่งนอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ของความเป็นพยาบาลวิชาชีพแล้ว ยังมี บทบาทหน้าที่ของความเป็นทหารหรือตำรวจด้วย

ในด้านข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามกลุ่ม พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการและเป็นเพศหญิง มีสถานภาพโสดและจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล 1-5 ปี และปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรม โดยพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ในช่วง 26-30 ปี เมื่อพิจารณาในเรื่องของอายุและระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่มีอายุน้อยและเป็นวัยเริ่มต้นการทำงาน โรงพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับ นโยบายการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ เพื่อสร้างความประทับใจและความอบอุ่นใจแก่บุคลากรใหม่ หรือการจัดให้มีพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อช่วยดูแลและให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ ทำให้บุคลากรใหม่มี ความรู้สึกที่ดีต่อองค์กรและเกิดความผูกพันในองค์กร เนื่องจากมีอายุน้อยถ้าสามารถดึงดูดใจ บุคลากรกลุ่มนี้ได้ ในอนาคตบุคลากรกลุ่มนี้จะกลายเป็นบุคลากรที่ทรงคุณค่ามีความรู้และ ประสบการณ์ สามารถที่จะถ่ายทอดความรู้ไปสู่บุคลากรรุ่นต่อไปได้และสามารถพัฒนางานได้อย่าง ต่อเนื่องและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการรับบุคลากรใหม่เข้ามาทำงานได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรม ซึ่งเป็นแผนกที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก มีความหลากหลายของโรคและการดูแลรักษา ภาระงานจึงหนักและมากกว่าแผนกอื่น โรงพยาบาลจึง ควรมีการกำหนดนโยบายการทำงานที่มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อส่งเสริม ให้พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในแผนกดังกล่าวมีความพึงพอใจในงาน หรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เช่น ค่าตอบแทนพิเศษ โอกาสในการศึกษาต่อ ดูงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพใน กลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่ไม่มีความคิดที่จะลาออกจากงาน ตรงกันข้ามกับพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 ที่

ส่วนใหญ่มีความคิดที่จะลาออกจากงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 ยังไม่พึงพอใจในนโยบายด้านการส่งเสริมความเป็นวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาการลาออกของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลจึงควรส่งเสริมนโยบายในด้านนี้เพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่มแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ ใน 3 อันดับแรกเหมือนกัน คือ 1) เหตุผลเกี่ยวกับการรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการ 2) ความรักและความชอบในวิชาชีพพยาบาล ชอบลักษณะงานที่ทำอยู่ และ 3) ความผูกพันในองค์กรและเพื่อนร่วมงาน ตามลำดับ แต่แสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ 3 อันดับสุดท้ายแตกต่างกันเล็กน้อย โดยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 1 แสดงเหตุผลเกี่ยวกับขึ้นชอบผู้บังคับบัญชาเป็นอันดับสุดท้าย ค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนักเป็นอันดับสองรองจากอันดับสุดท้าย และภาระครอบครัวหรือภาระหนี้สิน เป็นอันดับสามจากอันดับสุดท้าย ตามลำดับ ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มที่ 2 แสดงเหตุผลเกี่ยวกับค่าตอบแทนดี ภาระงานไม่หนักเป็นอันดับสุดท้าย ความมีชื่อเสียงและศักยภาพของโรงพยาบาล ระบบการบริหารงานเป็นอันดับสองรองจากอันดับสุดท้าย และความต้องการความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ เป็นอันดับสามจากอันดับสุดท้าย ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 กลุ่มต้องการความมั่นคงในอาชีพและสวัสดิการจากรัฐ ซึ่งเมื่อได้รับความมั่นคงในอาชีพและสวัสดิการจากรัฐแล้ว พยาบาลวิชาชีพก็อาจจะไม่มีความคิดที่จะลาออกจากงาน ส่งผลให้ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรได้อย่างยาวนานและเกิดเป็นความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรมีนโยบายในการบรรจุพยาบาลวิชาชีพเป็นข้าราชการทั้งหมด และพัฒนานโยบายด้านสวัสดิการให้มีความเหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน รวมทั้งมีนโยบายในการส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารของโรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์จัดกลุ่มไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนนโยบายการบริหาร ได้ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสังกัดของโรงพยาบาล โดยผู้บริหารในแต่ละสังกัดของโรงพยาบาลจะทราบว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของตนให้ความสำคัญในด้านองค์กรหรือด้านความเป็นวิชาชีพพยาบาลเป็นหลัก เพื่อผู้บริหารจะได้มีการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนานโยบายในด้านดังกล่าวอย่างเร่งด่วน ซึ่งโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในด้านความเป็นวิชาชีพพยาบาลเป็นหลัก ส่วนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีให้ความสำคัญในด้านองค์กรเป็นหลัก

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับอายุและระยะเวลาปฏิบัติงาน โดยส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพมีอายุ 21- 30 ปีและมีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยเริ่มต้นของการทำงาน ดังนั้นผู้บริหารควร จะสนับสนุนนโยบายด้านการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และการจัดให้มีพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อสร้าง ความคุ้นเคยกับองค์กรและความผูกพันในองค์กร

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับแผนกที่ปฏิบัติงาน โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรม ซึ่งเป็นแผนกที่มีภาระงานมากและหนัก ดังนั้นผู้บริหารควรกำหนดนโยบายการทำงานที่มีความ ยืดหยุ่นและนโยบายสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในงานเพิ่ม มากขึ้นและช่วยลดปัญหาการลาออกหรือการปรับย้ายของพยาบาลวิชาชีพได้

1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดที่จะลาออกจกงาน โดยผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีนโยบาย ที่มุ่งเน้นการพัฒนาด้านความเป็นวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีความคิดที่จะ ลาออกจกงานเป็นกลุ่มที่ให้ความตระหนักในด้านความเป็นวิชาชีพพยาบาลเป็นอย่างมาก

1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเหตุผลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล โดยเหตุผล อันดับแรกคือ การรับราชการ ความมั่นคงในอาชีพ และสวัสดิการที่ได้รับ ซึ่งผู้บริหารควรส่งเสริม นโยบายที่เกี่ยวกับความมั่นคงในอาชีพและสวัสดิการที่ได้รับ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาคูณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจในด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือ จากในงานวิจัยนี้ เช่น ด้านของผู้รับบริการและคุณภาพการดูแลที่ได้รับ เป็นต้น

2.2 ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของการเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจที่นำมาสู่การพัฒนาโรงพยาบาล และลดปัญหาการลาออกหรือการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2547, 13 พฤษภาคม). เอกสารแนบหนังสือที่ นร 0504/6751 เรื่อง
แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2539). บทบาทหน้าที่ความ
รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล : ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานนาย กทมมหานคร. (2545). มาตรฐานการพยาบาล
ศูนย์บริการสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : นิเวศมดาการพิมพ์
(ประเทศไทย).
- กฤษดา แสงดี. (2549, กันยายน-ธันวาคม). ความไม่สมดุลของกำลังคนด้านสุขภาพ : ความท้าทาย
ของการวางแผนทรัพยากรมนุษย์. วารสารการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน. 13(2): 43-72.
- กฤษดา แสงดี. (2551, มกราคม-มีนาคม). สถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย.
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(1): 40-46.
- กฤษดา แสงดี; และคนอื่น ๆ, บรรณาธิการ. (2542). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล
(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- การประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 13 เรื่องรวมพลังพยาบาล สู่อุทิศสุขภาพประชาชาติ. (2550).
กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีและสภาการพยาบาล.
- กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพยาบาล สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข. (2551). ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555.
กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ).
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2546). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6
(ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2550ก). สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- (2550ข). การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2553). การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 20.
กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.

- เกศรา อัญชันบุตร และอารีย์วรรณ ช่อมตानी. (2552, ตุลาคม-ธันวาคม). ลักษณะฝ่ายการพยาบาล ที่เป็นเลิศในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารสมาการพยาบาล*. 24(4): 56-69.
- ชนิษฐา ไชยที. (2554). *การวิเคราะห์การจัดกลุ่มโรงเรียนตามผลการประเมินคุณภาพภายนอกของ: ระดับปฐมวัยและประถมศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สถิติประยุกต์และเทคโนโลยีสารสนเทศ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2549). *เทคนิคการเขียนเค้าโครงการวิจัย: แนวทางสู่ความสำเร็จ*. กรุงเทพฯ: ไทเนรมิตกิจ อินเทอร์เน็ต โปรเกรสซีฟ.
- ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2547 – 2548. (2547). นนทบุรี: อัลฟ่ารีเสิร์ช.
- ทำเนียบโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 2552 -2553. (2552). นนทบุรี: อัลฟ่ารีเสิร์ช.
- ทัศนาศ นุญทอง. (2543). *ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- ทัศนาศ นุญทอง. (2547). *ความต้องการกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์ ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ปี 2549 – 2558*. นนทบุรี: จุดทอง.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2552). *การบริหารการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- บุญชม ศรีสะอาด; และ บุญส่ง นิลแก้ว. (2535, กรกฎาคม). การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง. *วารสารวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 3(1): 24.
- บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2547). *การวัดประเมินการเรียนรู้ (การวัดประเมินแนวใหม่) (เอกสารประกอบการสอน)*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บุญทัน คำพาศัย. (2549). *การจัดกลุ่มแขวงต่างๆในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์จัดกลุ่ม 3 วิธี คือ Two-steps K-mean และ Hierarchy*. รายงานการศึกษาดุษฎี วท.ม. (สถิติประยุกต์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2551). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประชิด ศราภพันธุ; วราพร หาญคุณะเศรษฐ์; และจารุพันธ์ ศรีจันทร์ดี. ใน *การประชุมวิชาการประจำปี 2552 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เรื่อง องค์การพยาบาลที่ดี...มีดีไซน์ : HODTREN*. คณะกรรมการจัดประชุมวิชาการ ประจำปี 2552. หน้า 25-33. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ดีฟวิ่ง.

- ประมวลการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 12 การพยาบาล บทบาทภารกิจสู่ความสำเร็จ
ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2549). กรุงเทพฯ: LT. เพรส.
- ปราโมทย์ ไสภ. (2547). การจัดกลุ่มจังหวัดตามคุณภาพชีวิตของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
โดยใช้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ปี 2545. รายงานการศึกษาศิษระ วท.ม.
(สถิติประยุกต์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยธิดา รุจะศิริ. (2552). การเปรียบเทียบเทคนิคการแบ่งกลุ่มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์กลุ่ม.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สถิติ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
ถ่ายเอกสาร.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์. (2551). คุณภาพการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์ (1991).
เพ็ญจันทร์ แสนประสาน; และคนอื่นๆ. (2549). การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้. พิมพ์
ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- มยุรี ศรีชัย. (2538). เทคนิคการสู่มกลุ่มตัวอย่าง. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พริ้นติ้ง.
- ยุพาพร คำสะไมล์. (2552). การวิเคราะห์ตัวประกอบลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาล
วิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ยุวดี เกตส์ัมพันธ์. (2556). Magnet Model พลังขับเคลื่อนสู่ความเป็นเลิศขององค์กรพยาบาล.
สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.thaicvtnurse.org>
- รัชนี อยู่ศิริ, บรรณาธิการ. (2551). การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิทักษ์การพิมพ์.
- วรรณภา ประไพพานิช; สุภาณี เสนาดีสัย; และ ยุวดี ภาษา. (2550). การคงอยู่ของพยาบาล ใน
สถานบริการสุขภาพของรัฐ. ใน วิกฤตกำลัง "คน" ด้านสุขภาพทางออกหรือทางตัน.
ทิณกร โนรี. หน้า 64-70. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ; และ กฤษดา แสงวงดี. (2555, มกราคม-มีนาคม). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหา
การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล. 27(1): 5, 10-11.
- วิภาดา คุณาวิทิตกุล. (2549). การพัฒนาบุคลากรพยาบาล. เชียงใหม่: โชตนา พริ้นท์.
- สงศรี กิตติวิทย์ตระกูล และคนอื่นๆ. (2551). วิจัยและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นเลิศด้าน
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของศูนย์โรคหัวใจตติยภูมิ. กรุงเทพฯ:
สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ).
- สภาการพยาบาล. (2549). ประมวลข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ สภาการพยาบาล พ.ศ. 2528-
2549 กฎ กระทรวง ระเบียบ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: คณะกรรมการ
จัดทำหนังสือของสภาการพยาบาล วาระ พ.ศ. 2549-2553.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2550). *แนวความคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- สมจิตร์ นครพานิช. (2551). การจูงใจและความพึงพอใจในงาน. ใน *การบริหารการพยาบาล*. รัชนี้ อยู่ศิริ. หน้า 95. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิทักษ์การพิมพ์.
- สมโภชน์ ศรีสมุทร. (2550). *การวิเคราะห์การจัดกลุ่มโรงเรียนตามมาตรฐานการศึกษาเพื่อการประเมินคุณภาพภายนอก: ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานของโรงเรียนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (การวัดผลและวิจัยการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2548ก). *การใช้สถิติในงานวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานสากล*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- (2548ข). *เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์* หลักการ วิธีการ และการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- สุภาณี คงชุม. (2550). *การศึกษาลักษณะโรงพยาบาลที่ดึงดูดใจพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศิริชัย กาญจนวาสี; ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์; และ ดิเรก ศรีสุขโข. (2551). *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร ตันติพลวินัย. (2538, พฤษภาคม-สิงหาคม). *โรงพยาบาลที่ดึงดูดใจคน รามาธิบดีพยาบาลสาร*. 1(2): 75-84.
- ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. (2550). *พจนานุกรมศัพท์การวิจัยและสถิติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อรรถัย หนูกลับ; และ อุษณี ฌ ตะกั่วทุ่ง. (2551, พฤศจิกายน-ธันวาคม). *การเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 17(เพิ่มเติม 7): SVII2102-SVII2111).
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2553). *การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ข้างเผือก.

- อุษณี ฌ ตะกั่วทุ่ง. (2551). *การศึกษาคือความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.*
- แฮนคอล์ค, คริสติน. (2549). ปาฐกถาพิเศษ การพยาบาลและการผดุงครรภ์: ญุญแจหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ใน *ประมวลการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 12 การพยาบาลบทบาทภารกิจสู่ความสำเร็จ ใน ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ*. หน้า 1. กรุงเทพฯ: LT. เพลส.
- American Nurses Credentialing Center. (2008). *Overview of ANCC Magnet Recognition Program Magnet hospitals create environments that foster nurse retention and quality care*. Retrieved February 3, 2013, from <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/magnetresearch>
- American Nurses Credentialing Center. (2013). *Organization Eligibility Requirements*. Retrieved February 3, 2013, from <http://www.nursecredentialing.org/OrgEligibilityRequirements.aspx>
- Armstrong, Kevin J.; & Laschinger, Heather. (2006, April-June). Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture Making the Link. *Journal of Nursing Care Quality*. 21(2): 124-132.
- Armstrong, Kevin; Laschinger, Heather.; & Wong, Carol. (2009). Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics as Predictors of Patient Safety Climate. *Journal Nursing Care Quality*. 24(1): 55-62.
- Bitsika, V.; Sharpley, C. F.; & Orapeleng, S. (2008, November). An exploratory Analysis of the use of cognitive, adaptive and behavioural indices for cluster analysis of ASD subgroups. *Journal of Intellectual Disability Research*. 52: 973-985.
- Brady-Schwartz, Diane C. (2005, September). Further Evidence on the Magnet Recognition Program Implications for Nursing Leaders. *Journal of Nursing Administration*. 35(9): 397-403.
- Buchan, James. (1999). Still Attractive After All These Year? Magnet Hospitals in a Changing Hospitals in a Changing Health Care Environment. *Journal of Advanced Nursing*. 30(1): 100-108.

- Burnham, Joy J.; Schaefer, Barbara A.; & Giesen, Judy. (2006). An Empirical Taxonomy of Youths' Fears : Cluster Analysis of the American Fear Survey Schedule. *Psychology in the Schools*. 43(6): 673-683.
- Drenkard, Karen. (2010). The Business Case for Magnet. *Journal of Nursing Administration*. 40(6): 263-271.
- Fan, Jessie X.; et al. (2007, April). Household food expenditure patterns : a cluster analysis. *Monthly Labor Review*. p. 38-51.
- Force, Mary VanOyen. (2005, July/August). The Relationship Between Effective Nurse Managers and Nursing Retention. *Journal of Nursing Administration*. 35(7/8): 336-341.
- Johnson, Dallas E.; (1998). *Applied Multivariate Methods for Data Analysis*. California: Brooks/Cole Publishing.
- Hair, Joseph F., Jr; et al. (2010). *Multivariate Data Analysis A Global Perspective*. 7th ed. Pearson Prentice Hall.
- Hinshaw, Ada Sue. (2002). Building Magnetism into Health Organizations. In *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Profession Nurses*. McClure, Margaret L.; & Hinshaw, Ada Sue, editors. pp. 83-88. Washington, D.C.: American Nurses Publishing.
- Kramer, Marlene.; & Schmalenberg , Claudia. (2002). Staff Nurses Identify Essentials Of Magnetism. In *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Profession Nurses*. McClure, Margaret L.; & Hinshaw, Ada Sue, editors. pp. 25-29. Washington, D.C.: American Nurses Publishing.
- Lacey, Susan R.; et al. (2007, April). Nursing Support, Workload, Intent to Stay in Magnet, Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Hospitals. *Journal of Nursing Administration*. 37(4): 199-205.
- Laschinger, Heather K. Spence; Almost, Joan; & Tuer-Hodes, Donnalene. (2003, July/August). Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics Making the Link. *Journal of Nursing Administration*. 33(7/8): 410-422.

- Laschinger, Heather K. Spence. (2008). Effect of Empowerment on Professional Practice Environments, Work Satisfaction, and Patient Care Quality Further Testing the Nursing Worklife Model. *Journal Nursing Care Quarterly*. 23(4): 322-330.
- McClure, Margaret L.; et al. (1983). *MAGNET HOSPITALS Attraction and Retention of Profession Nurses*. Missouri: American Nurse Association.
- McClure, Margaret L.; et al. (2002). *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Washington, D.C.: American Nurse Association.
- McClure, Margaret L. (2005). Magnet Hospitals Insight and Issues. *Nursing Administration Quarterly*. 29(3): 198-201.
- Middleton, Sandy et al. (2008). Nursing Practice Environment: How does one Australian hospital compare with magnet hospitals?. *Journal of Nursing Practice*. 14: 366-372.
- Shaw, Emily J.; et al. (2009). Describing Students Involved in the Search Phase of the College Choice Process : A Cluster Analysis Study. *Journal of Advanced Academics*. 20(4): 662-700.
- Steinbinder, Amy. (2005). The Magnet Process One Appraiser's Perspective. *Nursing Administration Quarterly*. 29(3): 268-274.
- Stone, Patricia W. & Gershon, Robyn R. M. (2009, July/August). Nurse Work Environments and Occupational Safety in Intensive Care Units. *Journal of Nursing Administration*. 39(7/8): S27-S34.
- Trossman, Susan. (2002). Nursing Magnet: Attraction Talent and Making It Stick: Magnet hospitals help stem the nursing shortage with better recruitment and retention. *American Journal of Nursing*. 102(2): 87-89.
- Tyler, Richard.; et al. (2008,December). Identifying Tinnitus Subgroups With Cluster Analysis. *American Journal of Audiology*. 17: S176-S184.
- Ulrich, Beth T.; et al. (2007, May). Magnet Status and Registered Nurse Views of the Work Environment and Nursing as a Career. *Journal of Nursing Administration*. 37(5): 212-220.

- Upenicks, V. V. (2003). What constitutes effective leadership? : Perceptions of Magnet and Non Magnet Nurse Leaders. *Journal of Nursing Administration*. 33(9): 456-467.
- Upenicks, V. V. (2005, April). Recruitment and Retention Strategies: A Magnet Hospital Prevention Model. *Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. p. 21-27.
- Urden, Linda D.; & Monarch, Kammie. (2002). The ANCC Magnet Recognition Program: Converting Research Findings into Action. In *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Profession Nurses*. McClure, Margaret L.; & Hinshaw, Ada Sue, editors. pp. 83-88. Washington, D.C.: American Nurses Publishing.







ภาคผนวก ก
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รองศาสตราจารย์นิภา ศรีไพโรจน์	ข้าราชการบำนาญสังกัดภาควิชาการวัดผลและ วิจัยการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ ดร.นฤมล พระใหญ่	อาจารย์ประจำภาควิชาการแนะแนว และจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ท.หญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์	รองหัวหน้าภาควิชาความรู้พื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
พ.ท.หญิง ดร.วรรณรัตน์ ศรีกนก	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์	อาจารย์พยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ชวนพิศ เหลืองกิตติ์ก้อง	อาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา



ภาคผนวก ข

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถาม

ตาราง 21 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถาม

ข้อ	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					รวม	ค่า IOC	การพิจารณา
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
1	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
2	1	1	0	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
3	0	0	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
4	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
5	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
6	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
7	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
8	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
9	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
10	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
11	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
12	1	1	1	1	0	4	0.8	คัดเลือกไว้
13	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
14	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
15	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
16	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
17	1	0	1	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
18	1	0	1	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
19	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
20	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
21	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
22	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
23	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
24	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
25	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
26	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อ	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					รวม	ค่า IOC	การพิจารณา
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
27	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
28	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
29	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
30	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
31	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
32	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
33	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
34	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
35	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
36	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
37	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
38	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
39	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
40	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
41	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
42	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
43	1	-1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
44	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
45	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
46	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
47	1	0	1	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
48	-1	0	1	1	1	2	0.4	ตัดทิ้ง
49	-1	0	1	1	1	2	0.4	ตัดทิ้ง
50	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
51	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
52	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อ	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					รวม	ค่า IOC	การพิจารณา
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
53	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
54	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
55	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
56	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
57	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
58	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
59	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
60	1	1	0	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
61	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
62	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
63	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
64	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
65	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
66	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
67	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
68	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
69	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
70	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
71	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
72	1	1	0	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
73	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
74	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
75	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
76	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
77	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
78	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อ	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					รวม	ค่า IOC	การพิจารณา
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
79	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
80	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
81	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
82	1	1	1	-1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
83	1	1	1	-1	0	2	0.4	ตัดทิ้ง
84	0	1	1	-1	1	2	0.4	ตัดทิ้ง
85	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
86	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
87	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
88	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
89	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
90	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
91	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
92	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
93	-1	1	1	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
94	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
95	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
96	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
97	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
98	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
99	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
100	1	1	0	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
101	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
102	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
103	1	1	0	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
104	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อ	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					รวม	ค่า IOC	การพิจารณา
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
105	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
106	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
107	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
108	1	1	1	-1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
109	1	1	1	-1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
110	1	1	1	-1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
111	1	1	1	-1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
112	1	1	1	-1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
113	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
114	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
115	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
116	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
117	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
118	1	1	-1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
119	-1	1	1	1	1	3	0.6	คัดเลือกไว้
120	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
121	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
122	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
123	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
124	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
125	1	0	1	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
126	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้
127	1	0	1	1	1	4	0.8	คัดเลือกไว้
128	1	1	1	1	1	5	1.0	คัดเลือกไว้



ตาราง 22 ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ตัวแปร	ข้อคำถาม	อำนาจจำแนก	ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ
1. ประสิทธิภาพของผู้นำ	1	.71	.96
	2	.69	
	3	.72	
	4	.75	
	5	.76	
	6	.64	
	7	.73	
	8	.70	
	9	.65	
	10	.61	
	11	.73	
	12	.71	
	13	.76	
	14	.75	
	15	.70	
	16	.73	
	17	.72	
	18	.71	
	19	.74	
	20	.75	
	21	.71	
	22	.69	
	23	.65	

ตาราง 22 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อคำถาม	อำนาจจำแนก	ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ
2. การบริหารจัดการองค์การ	24	.62	.93
	25	.51	
	26	.67	
	27	.77	
	28	.74	
	29	.65	
	30	.70	
	31	.78	
	32	.75	
	33	.71	
	34	.67	
	35	.77	

ตาราง 22 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อคำถาม	อำนาจจำแนก	ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ
3. การบริหารบุคลากร	36	.57	.91
	37	.47	
	38	.51	
	39	.56	
	40	.47	
	41	.62	
	42	.56	
	43	.59	
	44	.65	
	45	.53	
	46	.51	
	47	.62	
	48	.45	
	49	.57	
	50	.55	
	51	.64	
	52	.63	
	53	.50	
	54	.58	
	55	.52	
	56	.51	
	57	.31	
	58	.49	

ตาราง 22 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อคำถาม	อำนาจจำแนก	ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ
4. การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน	59	.62	.90
	60	.58	
	61	.69	
	62	.72	
	63	.76	
	64	.59	
	65	.61	
	66	.74	
	67	.63	
	68	.71	
5. ความมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ	69	.63	.89
	70	.69	
	71	.71	
	72	.72	
	73	.61	
	74	.71	
	75	.71	
	76	.79	
	77	.64	
	78	.44	

ตาราง 22 (ต่อ)

ตัวแปร	ข้อคำถาม	อำนาจจำแนก	ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ
6. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาล กับแพทย์	79	.72	.87
	80	.71	
	81	.63	
	82	.58	
	83	.66	
	84	.71	
	85	.62	
	86	.41	
	87	.64	
	88	.52	
7. สภาพแวดล้อมการทำงาน	89	.60	.92
	90	.71	
	91	.71	
	92	.72	
	93	.59	
	94	.47	
	95	.78	
	96	.71	
	97	.49	
	98	.65	
	99	.69	
	100	.71	
	101	.58	
	102	.58	
	103	.64	
	104	.55	



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลในงานวิจัย
เรื่อง การวิเคราะห์การจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็น
โรงพยาบาลดีดูใจในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลในงานวิจัย โดยผู้ตอบแบบสอบถามคือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีผลกระทบในด้านลบส่งมายังผู้ตอบแบบสอบถามไม่ว่าในด้านใดทั้งสิ้น จึงขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยมากที่สุด

แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดีดูใจ
ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 104 ข้อ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

ร้อยเอกหญิง ชฎานี อรุณโชติ

นิสิตสาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. ตำแหน่งบรรจุ

- (1) ข้าราชการ (2) พนักงานราชการ (3) พนักงานของรัฐ
 (4) อื่นๆ โปรดระบุ.....

2. เพศ

- (1) หญิง (2) ชาย

3. อายุ (เกิน 6 เดือนนับขึ้นเป็น 1 ปี)

- (1) 21-25 ปี (2) 26-30 ปี (3) 31-35 ปี (4) 36-40 ปี
 (5) 41-45 ปี (6) 46-50 ปี (7) 51-55 ปี (8) 56-60 ปี

4. สถานภาพสมรส

- (1) โสด (2) สมรส (3) แยกกันอยู่
 (4) หย่าร้าง (5) คู่สมรสเสียชีวิต (6) อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. วุฒิการศึกษาสูงสุด

- (1)ปริญญาตรี (2)ปริญญาโท (3)ปริญญาเอก

6. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลนี้ (เกิน 6 เดือนนับขึ้นเป็น 1 ปี)

- (1) 1-5 ปี (2) 6-10 ปี (3) 11-15 ปี (4) 16-20 ปี
 (5) 21-25 ปี (6) 26-30 ปี (7) 31-35 ปี (8) 36-40 ปี

7. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานอยู่ในแผนก

- (1) แผนกอายุรกรรม (2) แผนกศัลยกรรม (3) แผนกสูติ-นรีเวชกรรม
 (4) แผนกกุมารเวชกรรม (5) แผนกจักษุกรรม (6) แผนกโสต ศอ นาสิก
 (7) แผนกออโรโธปิดิกส์ (8) แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู
 (9) แผนกอภิบาลผู้ป่วยหนัก (10) แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 (11) แผนกห้องผ่าตัดและวิสัญญี (12) แผนกจิตเวช
 (13) แผนกผู้ป่วยนอก (14) อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. ความคิดที่จะลาออกจากงาน

(1) ไม่มีความคิดที่จะลาออกจากงาน

(2) มีความคิดที่จะลาออกจากงาน

(3) ไม่แน่ใจ

9. เหตุผลที่ท่านยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้

.....

.....

.....



ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจของพยาบาลวิชาชีพ

คำชี้แจง (1) แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้คุณลักษณะความเป็นโรงพยาบาลดึงดูดใจ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อละหนึ่งคำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับลักษณะความเป็นจริงของโรงพยาบาลของท่านมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับลักษณะความเป็นจริงของโรงพยาบาลของท่านมาก

3 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับลักษณะความเป็นจริงของโรงพยาบาลของท่านปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับลักษณะความเป็นจริงของโรงพยาบาลของท่านน้อย

1 หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับลักษณะความเป็นจริงของโรงพยาบาลของท่านน้อยที่สุด

(1) ผู้บริหารทางการพยาบาล หมายถึง ผู้บังคับบัญชาของพยาบาลวิชาชีพ

แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ผู้บริหารระดับสูง หมายถึง ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ผู้บริหารระดับกลาง หมายถึง ผู้ตรวจการพยาบาล/หัวหน้าแผนกการพยาบาล/
ผู้อำนวยการพยาบาล

ผู้บริหารระดับต้น หมายถึง หัวหน้าหอผู้ป่วย

ข้อ	ข้อความ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
1	ผู้บริหารระดับสูงของท่าน...					
	ได้รับการยอมรับจากสังคมภายนอกกว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ					
	มีผลงานเป็นที่ยอมรับในวงการพยาบาล					
	แสดงความคิดเห็นที่มีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อองค์การเมื่อมีโอกาส					
	กำหนดแนวทางการบริหารในด้านต่าง ๆ ของฝ่ายการพยาบาลที่ชัดเจน					
5	กำหนดวิสัยทัศน์นโยบายในการทำงานเหมาะสมและสร้างสรรค์					
6	สามารถปรับเปลี่ยนข้อปฏิบัติต่าง ๆ ภายในหน่วยงานให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยไม่ยึดติดกับข้อปฏิบัติเดิมมากจนเกินไป					
7	ผู้บริหารระดับกลางของท่าน...					
	มีความรอบรู้ในเรื่องการบริหารจัดการภายในแผนกของตน					
	นิเทศงานที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์					
	ร่วมรับผิดชอบผลของการปฏิบัติงานในทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่ประสบความสำเร็จหรือเรื่องที่ล้มเหลว					
10	แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าให้ท่านได้					
11	ผู้บริหารระดับต้นของท่าน...					
	มีความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานของตน					
	มีความรอบรู้ในเรื่องต่าง ๆ					
	นำความรู้มาถ่ายทอดหรือปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงาน					
	มอบหมายงานเหมาะสมกับความรู้ความสามารถ และยอมรับผิดชอบของท่าน					

ข้อ	ข้อความ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
15	เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน เช่น มีความกระตือรือร้น ตั้งใจ พุ่มเท เสียสละให้กับงาน เป็นต้น					
16	เปิดโอกาสให้ผู้ได้บังคับบัญชาแสดงความคิดเห็น หรือซักถาม ข้อเสนอต่าง ๆ ได้					
17	ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ได้บังคับบัญชา					
18	วางตัวเป็นกลางและให้ความยุติธรรมกับผู้ได้บังคับบัญชาทุกคน					
19	เข้าร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากที่มีสหสาขา เมื่อเกิดปัญหาทางด้านการศึกษาพยาบาล					
20	รักษาผลประโยชน์ให้กับหน่วยงานและผู้ได้บังคับบัญชา					
21	กล้าตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์					
22	ผู้บริหารทุกระดับของท่านมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับทุกคน					
23	ผู้บริหารทุกระดับของท่านเปิดโอกาสให้ท่านเข้าถึงได้ง่าย สะดวก หลายช่องทาง					
24	ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนงานภายในหน่วยงาน					
25	ท่านได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการในฝ่ายต่าง ๆ					
26	ท่านได้มีโอกาสเสนอความคิดเห็นในการประชุมคณะกรรมการฝ่ายต่างๆ					
27	องค์การพยาบาลของท่านมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานกัน					
28	องค์การพยาบาลของท่านแบ่งงานออกเป็นหน่วยงานย่อย ๆ เหมาะสมกับขนาดขององค์การ					
29	องค์การพยาบาลของท่านกำหนดขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งไว้อย่างชัดเจน					
30	ผู้บริหารระดับต้นของท่านได้รับมอบอำนาจในการบริหารจัดการภายในหน่วยงานของตน					
31	ท่านได้รับทราบข้อมูลข่าวสารภายในองค์การได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และครบถ้วน					

ข้อ	ข้อความ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
32	ท่านสามารถติดตามข้อมูลข่าวสารภายในองค์การได้จากช่องทาง การสื่อสารที่หลากหลาย					
33	ท่านสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้บริหารทุกระดับได้					
34	ผู้บริหารระดับกลางชี้แจงนโยบาย แนวทางปฏิบัติของผู้บริหารระดับสูง ลงสู่ผู้ปฏิบัติงานได้อย่างเข้าใจและครบถ้วน					
35	ผู้บริหารระดับกลางรายงานข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความต้องการขีดความสามารถ และปัญหาของผู้ปฏิบัติงานแก่ผู้บริหารระดับสูง					
36	องค์การพยาบาลของท่านมีระบบการตรวจสอบคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพก่อนรับเข้ามาปฏิบัติงาน					
37	องค์การพยาบาลของท่านมีการปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพที่ มาปฏิบัติงานใหม่ ให้ได้รับทราบข้อมูลขององค์การ					
38	องค์การพยาบาลของท่านมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ มาปฏิบัติงานใหม่					
39	องค์การพยาบาลของท่านกำหนดลักษณะงานและคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหน่วยงานไว้อย่างชัดเจน					
40	องค์การพยาบาลของท่านพิจารณาจัดสรรพยาบาลวิชาชีพเหมาะสมกับหน่วยงาน ตามความรู้ ความสามารถ ความถนัด และความสนใจ					
41	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมีความยุติธรรมในการพิจารณาการเลื่อนขั้นหรือเลื่อนตำแหน่งตามผลการประเมินการปฏิบัติงานของท่าน					
42	องค์การพยาบาลของท่านมีการกำหนดบันไดความก้าวหน้าทางวิชาชีพไว้อย่างเป็นระบบชัดเจน					
43	หน่วยงานของท่านจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพได้เหมาะสมกับประเภทและจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลในแต่ละเวร					
44	หน่วยงานของท่านจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพกับบุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพในสัดส่วนที่ทำให้ท่านมีภาระงานอยู่ในปริมาณที่เหมาะสม					

ข้อ	ข้อความ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
45	องค์การพยาบาลของท่านมีการหมุนเวียนพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานยังหน่วยงานอื่นๆ ภายในแผนกเดียวกัน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้ หรือสามารถช่วยเหลือกันได้ เมื่อหน่วยงานใดเกิดปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอ					
46	ท่านมีกิจกรรมอื่นที่นอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ขณะปฏิบัติงาน					
47	หน่วยงานของท่านจัดตารางการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม และเป็นธรรม					
48	หน่วยงานของท่านเปิดโอกาสให้ท่านแลกเปลี่ยนตารางเวรระหว่างผู้ร่วมงานได้					
49	ท่านได้รับเงินเดือน ค่าจ้างอยู่เวร และค่าล่วงเวลาเหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ					
50	ท่านได้รับเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พตส.) ตามภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม					
51	โรงพยาบาลมีค่าตอบแทนพิเศษเพิ่มเติมที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติงานในแผนกวิกฤต (เช่น ห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน)					
52	โรงพยาบาลมีค่าตอบแทนพิเศษเพิ่มเติมที่เหมาะสมสำหรับผู้ได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติภารกิจพิเศษที่นอกเหนือจากงานประจำ					
53	โรงพยาบาลมีสวัสดิการด้านที่พักอาศัยเพียงพอกับบุคลากร					
54	ท่านและครอบครัวได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม					
55	ท่านได้รับการบริการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี					
56	โรงพยาบาลมีการจัดอาหารให้บุคลากรที่อยู่เวรอย่างเหมาะสมเพียงพอ					
57	โรงพยาบาลมีสวัสดิการตัดชุดที่ใช้ในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากรอย่างเหมาะสม					
58	โรงพยาบาลจัดให้มีกิจกรรมในวันเทศกาลสำคัญอย่างเหมาะสม (เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์)					

ข้อ	ข้อความ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
59	ผู้บริหารระดับสูงจัดให้มีระบบสารสนเทศ และฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับองค์กร					
60	ผู้บริหารระดับกลางถ่ายทอดข่าวสารขององค์กรที่เป็นประโยชน์และจำเป็นเกี่ยวข้องกับท่าน					
61	หัวหน้าหรือผู้ปวยของท่านให้โอกาสท่านได้ไปศึกษาดูงานนอกสถานที่ เพื่อให้ท่านนำมาปรับใช้กับหน่วยงาน					
62	หัวหน้าหรือผู้ปวยของท่านให้โอกาสท่านเข้ารับการฝึกอบรมหรือประชุมสัมมนาเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะ ทั้งที่เป็นแนวความรู้ใหม่ ๆ และความรู้เฉพาะทาง ทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน					
63	หัวหน้าหรือผู้ปวยของท่านสนับสนุนให้ท่านสามารถลาศึกษาต่อในเวลาราชการได้					
64	องค์กรพยายามของท่านให้อิสระในการเลือกสาขาที่เรียน					
65	หัวหน้าหรือผู้ปวยของท่านแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงานของท่านให้ท่านได้รับทราบทุกครั้ง เพื่อให้ท่านสามารถนำข้อมูลที่ได้รับทราบไปปรับปรุงพฤติกรรมการทำงาน					
66	หัวหน้าหรือผู้ปวยของท่านมักมอบหมายให้ท่านได้ทำงานที่สำคัญและท้าทายความสามารถของท่าน					
67	หัวหน้าหรือผู้ปวยของท่านเปิดโอกาสให้ท่านได้ทำงานทางด้านวิชาการ เช่น การไปเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพ / การได้รับเชิญเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการ ทั้งภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน เป็นต้น					
68	หัวหน้าหรือผู้ปวยของท่านให้การยอมรับในตัวท่าน ยกย่องชมเชย เมื่อท่านปฏิบัติงานได้ดีเป็นที่น่าภาคภูมิใจของหน่วยงาน					
69	ท่านทราบบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ และขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลของตนเอง					
70	ท่านมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองในการดูแลผู้ปวยตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การให้ความรู้หรือคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ปวย					

ข้อ	ข้อความ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
71	ท่านสามารถให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่บุคลากรคนอื่น ๆ ได้ ในเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญของท่าน					
72	ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นต่อทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องการดูแลผู้ป่วย					
73	ท่านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ					
74	ท่านสามารถประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องการดูแลผู้ป่วย					
75	ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การยอมรับในบทบาทหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นอิสระของท่าน					
76	ท่านสามารถแสดงศักยภาพในการทำงานได้อย่างเต็มที่					
77	ท่านสามารถนำเสนอโครงการต่างๆ เพื่อนำไปพัฒนาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงาน					
78	ท่านเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ หรือนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกงาน					
79	ท่านและแพทย์มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน					
80	ท่านและแพทย์ร่วมมือกันในการดูแลรักษาผู้ป่วย					
81	ท่านรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์					
82	ท่านมีบทบาทในการร่วมอภิปรายกับทีมแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย					
83	ท่านเต็มใจให้ความช่วยเหลือแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย					
84	แพทย์ยอมรับฟังความคิดเห็นของท่าน					
85	ท่านให้ความเชื่อถือในคำสั่งการรักษาของแพทย์					
86	ท่านรู้สึกว่าคุณเป็นผู้ร่วมงานของแพทย์ไม่ใช่ผู้ใต้บังคับบัญชาของแพทย์					
87	ท่านและแพทย์ต่างให้เกียรติซึ่งกันและกันในการปฏิบัติงาน					

ข้อ	ข้อความ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
88	ท่านและแพทย์มีกิจกรรมอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการทำงานร่วมกัน					
89	ที่ทำงานของท่านมีพื้นที่กว้าง โลง ดูสะอาดตา					
90	ที่ทำงานของท่านมีระบบการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทได้สะดวก					
91	ที่ทำงานของท่านมีระบบการกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องหลักวิธี					
92	ที่ทำงานของท่านมีแสงสว่างเพียงพอ					
93	ที่ทำงานของท่านจัดให้มีสถานที่สำหรับพักผ่อนในระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น ห้องอาหาร ห้องพักผ่อน เป็นต้น					
94	ท่านได้รับความสะดวกสบายในการเดินทางไปทำงาน					
95	ที่ทำงานของท่านมีการจัดสภาพแวดล้อมภายในที่ปลอดภัย เช่น มีการจัดวางอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย การไม่นำอุปกรณ์ที่ชำรุดมาใช้งานต่อ เป็นต้น					
96	ที่ทำงานของท่านมีระบบรักษาความปลอดภัยที่เพียงพอและใช้งานได้					
97	ที่ทำงานของท่านมีการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยเป็นประจำทุกปี					
98	ที่ทำงานของท่านมีอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่มีความทันสมัย เพียงพอและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ					
99	ที่ทำงานของท่านมีการคิดค้นหรือประยุกต์ใช้นวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
100	ที่ทำงานของท่านมีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง					
101	ที่ทำงานของท่านมีการนำผลการวิจัยมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาลให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง					
102	โรงพยาบาลของท่านจัดให้มีการเผยแพร่ผลงานด้านวิชาการ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงาน					
103	ที่ทำงานของท่านมีบรรยากาศการทำงานที่อบอุ่น และเป็นกันเอง					
104	ท่านมีความสุขในการทำงาน					



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	พันตรีหญิง ชฎานี อรุณโชติ
วันเดือนปีเกิด	7 กรกฎาคม 2521
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	4 ซอยอินทามระ 51 ถนนสุทธิสาร แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลค่ายจักรพงษ์ อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2539	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนศรียานุสรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
พ.ศ. 2543	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
พ.ศ. 2556	การศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) สาขาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ