8 หรือ 12 ชั่วโมง: รูปแบบใดคือคำตอบของการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตภายใต้ภาวะขาดแคลนพยาบาล?

8-Hour or 12-Hour Shifts: Which Model Best Supports Critical Care Nursing amid the Nursing Shortage?

รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ, Ph.D. (Nursing) [1]
Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing) [1]
พิมพ์วลัญช์ อายุวัฒน์, Ph.D. (Caring Science) [2]
Pimwalunn Aryuwat, Ph.D. (Caring Science) [2]

Received: May 7, 2026 Revised: May 25, 2026 Accepted: June 14, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะขาดแคลนพยาบาลในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย พยาบาล และระบบสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและสภาการพยาบาลได้พยายามหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมีแผนระยะสั้นและระยะยาว โดยแผนระยะยาวเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล เช่น การให้สถาบันการศึกษาผลิตพยาบาลจำนวนมากขึ้นในหลักสูตรพยาบาล 4 ปี การผลิตพยาบาลหลักสูตร 2.5 ปี เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีแผนระยะสั้นเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอย่างเร่งด่วน เช่น การจ้างพยาบาลเกษียณเข้ามาปฏิบัติการพยาบาลในระบบ การมีแนวคิดการปรับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลจาก 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง เป็นต้น โดยเฉพาะการปรับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายและจำเป็นต้องมีการศึกษาอย่างรอบคอบเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสีย อันประกอบด้วย ผู้บริหาร พยาบาลผู้ปฏิบัติ และผู้ป่วย เพื่อให้การกำหนดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย พยาบาล และระบบสุขภาพน้อยที่สุด

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1] Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rungnapha@pnc.ac.th
[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] Instructor, Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

คำสำคัญ: ชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง
การปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ภาวะขาดแคลนพยาบาล

Abstract

The current nursing shortage has significantly affected patients, nurses, and the healthcare system. The Ministry of Public Health and the Thailand Nursing and Midwifery Council have attempted to address this issue through both short-term and long-term strategies. Long-term strategies include increasing the production capacity of nursing graduates through four-year nursing programs and accelerated 2.5-year nursing programs. In addition, short-term strategies have been implemented to urgently reduce the nursing shortage, such as rehiring retired nurses to return to clinical practice and introducing alternative nursing shift patterns, including changing nursing work schedules from 8-hour shifts to 12-hour shifts. In particular, changing nursing shift patterns is considered both challenging and necessary, requiring careful investigation of the potential impacts on all stakeholders, including administrators, nurses, and patients. Such evidence is essential to ensure that the implementation of nursing work schedules minimizes negative consequences for patients, nurses, and the overall healthcare system.

Keywords: Shift hours, 8-Hour shifts, 12-Hour shifts, Nursing shortage

บทนำ

ภาวะขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาที่พบในระบบสุขภาพทั่วโลกและประเทศไทย สำหรับประเทศไทย ภาวะขาดแคลนพยาบาลเกิดจากความต้องการพยาบาลมากกว่าจำนวนพยาบาลที่มีอยู่ในระบบสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการวางแผนอัตรากำลังคนและภารกิจด้านสุขภาพ แต่การผลิตพยาบาลจากสถาบันการศึกษาก็ไม่เพียงพอกับจำนวนพยาบาลที่ลาออก จากสถิติในปี พ.ศ. 2567 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ (ภาพรวมประเทศไทย) มีจำนวน 209,187 คน โดยการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพที่ออกจากระบบหรือลาออกจากระบบเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 4 โดยจำนวนนี้เป็นพยาบาลจบใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานการพยาบาลลาออกในปีแรกและปีที่ 2 ถึงร้อยละ 49 และ 25 ตามลำดับ ซึ่งอายุการทำงานเฉลี่ยของพยาบาลอยู่ที่ 22.5 ปี อัตราการสูญเสียพยาบาลในระบบสุขภาพสูงถึงร้อยละ 4 หรือประมาณ 7,000 คน (อัญชลี แสงชาญชัย, 2567) และดัชนีความเข้มข้นของการขาดแคลนพยาบาลสูงถึงร้อยละ 31 โดยจำนวนการขาดแคลนเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 68 คนต่อโรงพยาบาล ซึ่งพบการขาดแคลนพยาบาลรวมทั้งสิ้นประมาณ 16,000 คน (ทีปกร จิร์ฐิติกุลชัย, 2563) แม้ว่าการผลิตพยาบาลในสถาบันการศึกษาแต่ละปีจะมากถึง 10,000 คน แต่ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลไม่ได้อยู่ที่การผลิตไม่เพียงพอ แต่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การเกษียณอายุการทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน ที่เป็นปัจจัยผลักดันทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถอยู่ในองค์กร

เดิมได้และลาออก ได้แก่ แรงกดดันในองค์กร เช่น ภาระงานหนัก ค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับภาระงาน หรือปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลในหน่วยงาน เป็นต้น (จารีศรี กุลศิริปัญโญ และโชติกา จันทร์หนองแวง, 2568) ส่งผลให้เกิดความอ่อนล้า (fatigue) เครียด (stress) และภาวะหมดไฟ (burnout) และลาออกในที่สุด การลาออกของพยาบาลส่งผลกระทบทั้งต่อบุคลากรในหน่วยงานและส่งผลกระทบระดับองค์กรและระบบสุขภาพ กล่าวคือ องค์กรต้องประสบปัญหาต้นทุนการลาออกเพิ่มขึ้น (increased turnover cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการคัดเลือกและฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้กับพยาบาลใหม่ เป็นต้น นอกจากนี้ยังคงมีต้นทุนแฝง (implicit costs) เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่เหลืออยู่ในหน่วยงานลดลง แต่ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยกลับเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ (วิภาดา คุณาวิกติกุล และชมพูนุท สิงห์มณี, 2568) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเพื่อให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลดีขึ้น ทั้งนี้แนวทางการแก้ไขปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเพิ่มจำนวนพยาบาลในระบบสุขภาพให้มากขึ้นประกอบด้วย มาตรการแก้ไขปัญหาระยะสั้น เช่น การพัฒนาตำแหน่งที่มีคุณค่า (decent job) และระบบการจ้างงานพยาบาลอาวุโสที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ โดยเพิ่มตำแหน่งผู้จัดการคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ประสานคุณภาพ ผู้จัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (case manager) และระบบการจ้างงานแบบบางเวลา (part time) เป็นต้น นอกจากนี้ มาตรการแก้ไขปัญหาระยะยาวเพื่อเพิ่มจำนวนพยาบาลในระบบสุขภาพ ได้แก่ การผลักดันการผลิตพยาบาลเพิ่ม ทั้งหลักสูตรพยาบาลปกติ 4 ปี และ 2.5 ปี เป็นต้น การเพิ่มประสิทธิภาพการกระจาย เช่น บริหารจัดการประสิทธิภาพการโยกย้ายหรือหมุนเวียนงาน (job rotation) เป็นต้น (จารีศรี กุลศิริปัญโญ และโชติกา จันทร์หนองแวง, 2568) นอกจากนี้ การจัดรูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลที่หลากหลายอาจช่วยแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้ เช่น การจัดตารางปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง 10 ชั่วโมง หรือ 12 ชั่วโมง เป็นต้น ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล โดยเฉพาะการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ยังสามารถลดระยะเวลาในการส่งเวร เหลือเพียง 1 ครั้งต่อวัน ทำให้การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเหลือเพียง 1 ครั้งต่อวันเช่นกัน อาจทำให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น มีเวลาในการพักผ่อนหรือวันหยุด ตลอดจนความปลอดภัยในการเดินทางไปทำงานเพิ่มมากขึ้น (ดารณี พิพัฒนกุลชัย, เอื้องพร พิทักษ์สังข์, ราตรี ฉิมฉลอง, และจันทนา นามเทพ, 2564) อย่างไรก็ตาม การปรับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่าเป็นแนวทางที่แก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ หรืออาจทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงมากกว่า ประเด็นการจัดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่าง 8 ชั่วโมง กับ 12 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพ พร้อมแนวทางการแก้ไข รวมถึงมุมมองเกี่ยวกับการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง และ 12 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้บริหารนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการอัตรากำลังทางการพยาบาลต่อไป

ประเภทการลาออกของพยาบาล

การลาออกของพยาบาล (nurse turnover) ในประเทศไทย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ๆ ได้ดังนี้ (วิภาดา คุณาวิกติกุล และชมพูนุท สิงห์มณี, 2568)

1. การลาออกของพยาบาลด้วยความสมัครใจ (voluntary turnover) หมายถึง การที่พยาบาลตัดสินใจลาออกจากงานด้วยความตั้งใจของตนเอง โดยไม่ได้ถูกบังคับหรือเป็นนโยบายจากองค์กร ซึ่งการลาออกของพยาบาลประเภทนี้อาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล

เช่น การลาออกเพื่อไปทำงานที่อื่นเนื่องจากความพึงพอใจในงานต่ำหรือค่าตอบแทนไม่สอดคล้องกับภาระงาน การเปลี่ยนสายงาน โอกาสก้าวหน้า การศึกษาต่อ สมดุลชีวิตและการทำงาน (work-life balance) หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การแต่งงาน การตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตร เป็นต้น

2. การลาออกของพยาบาลด้วยความไม่สมัครใจ (involuntary turnover) หมายถึง การที่พยาบาลลาออกจากงานโดยไม่ได้เกิดจากความสมัครใจของตนเอง แต่เป็นผลจากการตัดสินใจขององค์กร เช่น การเลิกจ้าง การไม่ต่อสัญญา การให้ออกจากงาน การปลดออกหรือการเกษียณอายุงาน เป็นต้น

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพของประเทศไทย

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพของประเทศไทย สามารถแบ่งได้ 3 ปัจจัยหลัก ๆ ดังนี้ (วิภาดา คุณาวิกติกุล และชมพูนุท สิงห์มณี, 2568)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล โดยสาเหตุที่สำคัญ คือ ภาระงานมาก และค่าตอบแทนน้อย การทำงานเวรกลางคืนอย่างต่อเนื่อง ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ทำให้เกิดปัญหาความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟในการทำงาน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านความไม่สมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและการทำงาน (work-life imbalance) (จารีศรี กุลศิริปัญโญ และโชติกา จันทร์หนองแวง, 2568)

2. ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจในการลาออก การคงอยู่ (retention) และความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาล โดยหากพยาบาลได้รับการสนับสนุนด้านชั่วโมงการทำงาน ค่าตอบแทน และสวัสดิการต่าง ๆ ที่เหมาะสมจากองค์กรจะทำให้เพิ่มการคงอยู่ในงานของพยาบาลได้

3. ปัจจัยระดับระบบสุขภาพ ได้แก่ การโยกย้ายของพยาบาลในภาครัฐไปทำงานในภาคเอกชนหรือต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุของการโยกย้ายงานได้แก่ ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ดีกว่า ภาระงานกับค่าตอบแทนสมเหตุสมผล สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย และงบประมาณและนโยบายของรัฐที่ทำให้จ้างพยาบาลอย่างจำกัด จึงไม่สามารถบรรจุพยาบาลตามจำนวนที่ต้องการ ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบของรัฐขาดความมั่นใจในอาชีพ ส่งผลให้พยาบาลในระบบของรัฐโดยเฉพาะพยาบาลจบใหม่ลาออกมากขึ้น

ผลกระทบของการลาออกของพยาบาล

ผลกระทบของการลาออกของพยาบาล ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ๆ ดังนี้ (วิภาดา คุณาวิกติกุล และชมพูนุท สิงห์มณี, 2568)

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย จำนวนพยาบาลที่ลาออกเพิ่มมากขึ้นทำให้ความต้องการพยาบาลในระบบมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลที่คงอยู่ในระบบต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง เช่น เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือเกิดความผิดพลาดในการบันทึกทางการพยาบาล เป็นต้น อาจส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Gyeltshen et al., 2023)

2. ผลกระทบต่อพยาบาล การลาออกของพยาบาลในระบบที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้จำนวนพยาบาลที่คงอยู่ในระบบลดลงและต้องรับภาระงานเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้พยาบาลได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลานานติดต่อกัน ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย (Peršolja, 2023) ประกอบด้วย ความอ่อนล้าที่สะสมเป็นเวลานาน เนื่องจากการนอนหลับไม่เพียงพอ โดยการทำงานเวรกลางคืนทำให้รบกวนการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและพฤติกรรม

(neuro-behavioral) เกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคที่เกี่ยวข้องกับความเครียดตามมา เช่น ความสม่ำเสมอของรอบประจำเดือนเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้สมรรถนะด้านร่างกาย ความตื่นตัว สติสัมปชัญญะลดลง แต่ความอ่อนล้าและความเครียดสะสมจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น

2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ การปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ส่งผลต่อจิตใจ (psychomotor performance) เกิดภาวะเครียดสะสมเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดความอ่อนล้าด้านอารมณ์ (emotional exhaustion) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะการแยกตัวจากตัวเอง (depersonalization) เพิ่มมากขึ้น และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (Alreshidi & Rayani, 2023; Peršolja, 2023)

3. ผลกระทบต่อองค์กร เมื่อจำนวนพยาบาลคงอยู่ในระบบลดลง ไม่สัมพันธ์กับความต้องการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลต้องสรรหาพยาบาลเพื่อมาทดแทนพยาบาลที่ลาออก ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เช่น ค่าล่วงเวลา (over time) ในระหว่างรอพยาบาลใหม่เข้ามาทำงาน โดยต้นทุนการลาออกของพยาบาล 1 คน สูงถึง 1.2–1.3 เท่า ของเงินเดือนประจำปี

4. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การลาออกของพยาบาลในระบบสุขภาพ จากปัญหาภาระงานที่หนักและค่าตอบแทนน้อย ทำให้พยาบาลลาออกจากโรงพยาบาลรัฐสู่โรงพยาบาลเอกชนหรือต่างประเทศ ทำให้ระบบสุขภาพต้องเผชิญกับการขาดแคลนพยาบาล การแก้ไขปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลอาจไม่ใช่วิธีการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน ซึ่งทำให้ระบบสุขภาพเกิดความไม่มั่นคงในระยะยาวและอาจล้มเป็นโดมิโนในอนาคตได้

แนวทางการแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามหามาตรการเพื่อแก้ไขความท้าทายจากการขาดแคลนพยาบาล ดังนี้ (จารีศรี กุลศิริปัญโญ และโชติกา จันทร์หนองแวง, 2568)

1. การเพิ่มโควตาการผลิตพยาบาล มีการเพิ่มจำนวนนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรปกติ 4 ปี ในสถาบันการศึกษาต่างๆ เช่น โครงการ 9 หมอ ของสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีแผนผลิตบุคลากรสาธารณสุข 9 วิชาชีพ จำนวน 62,000 คน ภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2568–2577) โดยหนึ่งในเป้าหมาย คือ การเพิ่มพยาบาลวิชาชีพ เพื่อลดภาวะขาดแคลนและรองรับระบบสุขภาพปฐมภูมิ 9,820 แห่งทั่วประเทศ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการผลิตพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ 2.5 ปี สำหรับผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาอื่นมาแล้ว โดยให้นักศึกษาพยาบาลมีระยะเวลาเรียนสั้นลงและสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเร็วขึ้น เพื่อให้ทันต่อการแก้ไขปัญหาภาวะขาดแคลนพยาบาล

2. การบรรจุพยาบาลเข้าสู่ตำแหน่งข้าราชการเพิ่มมากขึ้นและเพิ่มตำแหน่งที่มีคุณค่า โดยให้มีระบบการจ้างงานพยาบาลอาวุโสที่เกษียณอายุแล้วแต่ยังคงมีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย ทำให้แก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระยะสั้นได้ และช่วยลดภาระงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้

3. การปรับเปลี่ยนสวัสดิการ ค่าตอบแทน และส่งเสริมระบบการจ้างงานแบบบางเวลา (part time) ให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้กับพยาบาลและเพิ่มการคงอยู่ของพยาบาลในระบบมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับพยาบาลที่ออกจากงานแต่ยังสามารถเลือกเวลาที่สะดวกกลับเข้ามาทำงานได้ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลได้ชั่วคราว

4. การปรับรูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาล จาก 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง เพื่อให้ลดจำนวนพยาบาลใน 24 ชั่วโมง ทำให้ลดระยะเวลาการส่งเวร อาจทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Dall'Ora, Griffiths, Emmanuel, Rafferty, & Ewings, 2020) โดยแนวคิดนี้ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่าอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและพยาบาลมากขึ้น

รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล

หัวใจสำคัญของการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาล คือ การทำงานเป็นเวร เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ และเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาวะของพยาบาลและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันมี 2 รูปแบบหลัก ๆ คือ การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง และการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันพบว่า การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง มีทั้งข้อดีและข้อเสีย โดยข้อดี คือ ความผิดพลาดทางการพยาบาลลดลง เนื่องจากชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลไม่นาน ทำให้พยาบาลมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น ลดความอ่อนล้า ส่งผลให้เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น (Bell, Sprajcer, Flenady, & Sahay, 2023) อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง แม้ว่าอาจช่วยลดความอ่อนล้าได้ แต่ก็มีข้อกังวลเกี่ยวกับการส่งมอบงาน (handover) ที่เกิดบ่อยขึ้น และความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยที่อาจลดลง การเปลี่ยนผ่านการดูแลผู้ป่วยบ่อยครั้งมากขึ้น ส่งผลให้สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานลดลง (decreased work-life balance) และภาวะหมดไฟมากขึ้น (Martinez & Tapia, 2024)

2. การปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง เป็นที่ถกเถียงกันว่าการปฏิบัติการพยาบาลในระยะเวลาที่ยาวนานอาจมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล โดยการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

2.1 ข้อดีของการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง มีดังนี้

2.1.1 เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ช่วยลดความผิดพลาดขณะส่งเวร เพราะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มักเกิดในช่วงระหว่างการส่งเวร หากลดจำนวนครั้งของการส่งเวรภายใน 24 ชั่วโมง อาจช่วยลดโอกาสที่ข้อมูลจะสูญหายหรือสื่อสารผิดพลาด นอกจากนี้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง อาจช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) ได้ (Dall'Ora et al., 2020; Martinez & Tapia, 2024) นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง มีจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง เนื่องจากพยาบาลมีการวางแผนล่วงหน้าและมีระยะเวลานานพอในการปฏิบัติการพยาบาล จึงทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่าการทำงานล่วงเวลาแบบไม่ได้วางแผน (Bell et al., 2023)

2.1.2 เพิ่มระยะเวลาการพักผ่อนสำหรับพยาบาล จากการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง มีระยะเวลาการนอนหลับรวมน้อยกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง โดยร้อยละ 10 ของพยาบาล บ่งชี้ว่าการนอนหลับมีการถูกรบกวนเป็นช่วง ๆ (fragmented) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และมีความอ่อนล้าสูงกว่าทั้งในเวรกลางวันและเวรกลางคืน กล่าวคือ รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง ต้องมีการหมุนเวียนการทำงาน 3 เวร (เช้า-บ่าย-ดึก) โดยได้หยุดเพียง 1 วัน ก่อนกลับมาทำงานต่ออีก 2 วัน ในขณะที่รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง จะมีการหมุนเวียนการทำงานเพียง 2 เวร (กลางวัน-กลางคืน) จากนั้นหยุด 2 วัน แล้วกลับมาทำงานเวรกลางคืนอีกครั้ง ก่อนจะหยุด

อีก 2 วัน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง มีระยะเวลาพักฟื้นมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง (Zhang, Dai, Jiao, & Lee, 2023)

2.2 ข้อเสียของการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง มีดังนี้

2.2.1 เพิ่มความอ่อนล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง เพิ่มความอ่อนล้าให้กับพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานพิเศษที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต เช่น ห้องผ่าตัด หรือห้องผู้ป่วยวิกฤต หากต้องดูแลผู้ป่วยติดต่อกันเป็นเวลา 12 ชั่วโมง กลับเพิ่มความอ่อนล้า ทำให้พยาบาลลาป่วยเพิ่มมากขึ้น (Dall'Ora et al., 2020) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลลดลง และส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Dall'Ora et al., 2020; Martinez & Tapia, 2024)

2.2.2 สมรรถนะการรู้คิด (cognitive function) ของพยาบาลลดลง จากการศึกษาพบว่า เมื่อพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลมากกว่า 8 ชั่วโมง และ 10 ชั่วโมง จะมีระดับการรู้คิดเทียบเท่ากับบุคคลที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration [BAC]) ที่ .05% และ .08% ตามลำดับ (Gyeltshen et al., 2023)

2.2.3 การละเลยต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง (Dall'Ora et al., 2020)

2.2.4 โอกาสการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยลดลง เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง และการทับซ้อนของชั่วโมงเป็นเวลานาน ทำให้พยาบาลมีการทบทวนความรู้หรือศึกษาความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยลดลง (Dall'Ora et al., 2020)

การกำหนดชั่วโมงการปฏิบัติงานของพยาบาล

การกำหนดชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะขาดแคลนพยาบาลซึ่งมีสาเหตุมาจากการเกษียณการทำงาน การลาออก หรือสัดส่วนระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในความดูแลเกินอัตราที่กำหนด การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลชั่วคราว เช่น การให้พยาบาลปฏิบัติงานล่วงหน้าเพิ่มเติมจากเวลาปฏิบัติงานปกติ หรือการปรับชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลจาก 8 ชั่วโมง เป็น 12 ชั่วโมง เป็นต้น (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) สำหรับประเทศไทย รูปแบบการกำหนดชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือทุติยภูมิ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ในการปฏิบัติงานจึงใช้แบบออกเป็นเวร (shift) ซึ่งส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น 3 เวรต่อวัน คือ เช้า บ่าย และดึก เวรละ 8 ชั่วโมง (ดารณี พิพัฒนกุลชัย และคณะ, 2564) โดยปกติพยาบาลจะต้องขึ้นเวรประมาณ 32 เวรต่อเดือน หรือ 8 เวรต่อสัปดาห์ หรือ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (การปฏิบัติงานเฉลี่ยของราชการปกติ คือ 20–22 วัน) แต่เนื่องจากภาวะขาดแคลนพยาบาล ทำให้พยาบาลอาจต้องขึ้นเวรควบ 2 เวร คือ 16 ชั่วโมงต่อวัน หากภาวะขาดแคลนพยาบาลอยู่ในขั้นวิกฤต ชั่วโมงการปฏิบัติงานของพยาบาลอาจสูงถึง 54 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลที่สูงเกิน 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนและความอ่อนล้าในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น แต่คุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง (เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, และอภิรดี นันท์ศุภวัฒน์, 2557)

หลักการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาล

การจัดตารางปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของพยาบาล มีหลักการดังนี้ (ดารณี พิพัฒนกุลชัย และคณะ, 2564;

Zhang et al., 2023)

1. จัดตารางปฏิบัติการพยาบาลล่วงหน้าประมาณ 6 สัปดาห์ โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลแบบออกเป็นเวร (shift) ซึ่งส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น 3 เวรต่อวัน คือ เช้า บ่าย และดึก เวรละ 8 ชั่วโมง ต่อเนื่องเพื่อให้มีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยแต่ละหน่วยงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้จัดตารางปฏิบัติการพยาบาล จะต้องทำหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนและตัดสินใจในการบริหารอัตรากำลังให้เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ โดยผู้จัดตารางปฏิบัติการพยาบาลจะต้องเป็นกลางและไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย และต้องพยายามแก้ไขความขัดแย้งเกี่ยวกับการมอบหมายตารางปฏิบัติการพยาบาลผ่านการหาฉันทามติ จึงทำให้ตารางปฏิบัติการพยาบาลแต่ละวันมีการเปลี่ยนแปลงเสมอ เป้าหมายคือ การสร้างสมดุลระหว่างความพึงพอใจของบุคลากรรายบุคคลและการลดต้นทุนด้านกำลังคน

2. จัดตารางปฏิบัติการพยาบาลโดยมีวันหยุดอย่างน้อย 3 วัน ระหว่างการเปลี่ยนเวรการทำงาน หากจัดวันหยุดน้อยกว่านี้จะทำให้ระยะเวลาการนอนหลับรวมสั้นลงและเพิ่มความอ่อนล้าของพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการนอนหลับ และนำมาพิจารณาในการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาลให้กับพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารในการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาล

ผู้บริหารจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการกำหนดการปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง หรือ 12 ชั่วโมง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Peršolja, 2023)

1. ผู้บริหารควรตระหนักและเฝ้าระวังข้อผิดพลาดทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความผิดพลาดทางคลินิก ซึ่งสาเหตุมาจากการจัดตารางปฏิบัติการพยาบาลไม่เหมาะสม เช่น การจัดตารางปฏิบัติการพยาบาลที่ยาวนานต่อเนื่อง ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ และส่งผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจตามมา

2. ผู้บริหารควรพิจารณาคุณลักษณะของตารางปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การหมุนเวียนเวร (shift rotations) เวรกลางคืน (night shifts) การกลับมาทำงานอย่างรวดเร็ว (quick returns) การเปลี่ยนแปลงตารางปฏิบัติการพยาบาล (roster changes) การทำงานล่วงเวลา (overtime) ความยาวของเวร (length of shift) รูปแบบเวลาการทำงานที่แตกต่างกัน (differing work schedules) การจัดรูปแบบงาน (work arrangements) และรูปแบบของตารางปฏิบัติการพยาบาล (roster patterns) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถรบกวนนาฬิกาชีวิต 24 ชั่วโมง ตามธรรมชาติของร่างกาย (circadian rhythm) ทำให้พยาบาลเกิดผลกระทบด้านร่างกายและส่งผลให้เกิดโรคตามมา

3. ผู้บริหารควรตระหนักเกี่ยวกับระยะเวลาขั้นต่ำระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาล จำนวนวันหยุดขั้นต่ำต่อสัปดาห์ และจำนวนชั่วโมงการทำงานสูงสุดต่อสัปดาห์ที่กฎหมายกำหนดไว้ โดยตารางปฏิบัติการพยาบาลที่ยาวนานเกินกฎหมายกำหนดเป็นสาเหตุทำให้พยาบาลเกิดความอ่อนล้าจากการปฏิบัติงาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

4. ผู้บริหารควรจัดให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดตารางปฏิบัติการพยาบาล การมีเวลาพัก และการมีทางเลือกเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างฉันทามติ อย่างไรก็ตาม การให้สิทธิในการเลือกตารางปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนถึงความเป็นอิสระในการทำงาน (workplace autonomy) อาจเป็นประเด็นที่ท้าทายและอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแผนตารางปฏิบัติการพยาบาลบ่อยครั้งสำหรับพยาบาล

สรุป

การปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง และการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับจำนวนและประเภทผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล การที่แต่ละโรงพยาบาลจะกำหนดว่าพยาบาลควรมีการปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง หรือการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละหน่วยงาน โดยผู้บริหารจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบคอบเกี่ยวกับผลกระทบของการปฏิบัติการพยาบาล 8 ชั่วโมง หรือการปฏิบัติการพยาบาล 12 ชั่วโมง ได้แก่ ผลกระทบต่อผู้ป่วย พยาบาล และระบบสุขภาพ ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจึงควรมีการผสมผสานระบบและพัฒนาการส่งเวรที่มีคุณภาพ ซึ่งอาจเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับพยาบาล เพื่อลดจำนวนการลาออกของพยาบาลที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ข้อเสนอเพื่อการแก้ปัญหากำลังคนทางการพยาบาล การจัดเวรพยาบาลรูปแบบเวร 12 ชั่วโมง*. สืบค้นจาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2026/02/4.1.1-Nurse-Shifts-V4.pdf

จารีศรี กุลศิริปัญโญ, และโชติกา จันทร์หนองแวง. (2568). ทางเลือก ทางรอด : การผลิตพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (2.5 ปี) เพื่อการบริการด้านสุขภาพในยุคขาดแคลนพยาบาล. *วารสารสถาบันวิชาการป้องกันประเทศ*, *16*(1), 112–123.

ดารณี พิพัฒนกุลชัย, เอื้องพร พิทักษ์สังข์, ราตรี ฉิมฉลอง, และจันทนา นามเทพ. (2564). การศึกษาลักษณะครอนอไทป์ และความต้องการรูปแบบการจัดตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *วารสารสภาการพยาบาล*, *36*(4), 131–145.

ทีปกร จิร์ฐิติกุลชัย. (2563). การจัดเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงพื้นที่เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากร. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, *14*(3), 243–273.

เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, และอภิรดี นันท์ศุภวัฒน์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์การในโรงพยาบาลทั่วไป. *พยาบาลสาร*, *41*(4), 58–69.

วิภาดา คุณาวิกติกุล, และชมพูนุท สิงห์มณี. (2568). ต้นทุนการลาออกของพยาบาลไทย: บทบาทพยาบาลและกลยุทธ์การจัดการ. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, *52*(4), 308–318.

อัญชลี แสงชาญชัย. (2567). การขาดแคลนพยาบาล : ปัญหาสาธารณสุขไทยและข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารบัณฑิตศึกษาวิชาการ*, *2*(2), 26–36.

Alreshidi, S. M., & Rayani, A. M. (2023). The correlation between night shift work schedules, sleep quality, and depression symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *19*, 1565–1571. doi:10.2147/NDT.S421092

Bell, T., Sprajcer, M., Flenady, T., & Sahay, A. (2023). Fatigue in nurses and medication administration errors: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(17–18), 5445–5460. doi:10.1111/jocn.16620

Dall'Ora, C., Griffiths, P., Emmanuel, T., Rafferty, A. M., & Ewings, S. (2020). 12-hr shifts in nursing: Do they remove unproductive time and information loss or do they reduce education and discussion opportunities for nurses? A cross-sectional study in 12 European countries. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(1–2), 53–59. doi:10.1111/jocn.14977

Gyeltshen, D., Gyaltshen, K., Dorji, N., Yangdon, K., Wangchuk, N., & Drakpa, L. (2023). Nurses' napping practices and their effects on sleepiness, fatigue, well-being, and quality of nursing care. *Nursing Practice Today*, *10*(2), 138–146. doi:10.18502/npt.v10i2.12834

Martinez, J. T., & Tapia, J. (2024). Exploring the impact of shift duration on nurses' perceived stress and quality of working hours: A comparative study of 8-hour versus 12-hour shifts. *International Journal of Research and Innovation in Applied Science*, *9*(12), 254–272. doi:10.51584/IJRIAS.2024.912025

Peršolja, M. (2023). Effects of nurses' schedule characteristics on fatigue: An integrative review. *Nursing Management*, *54*(4), 28–37. doi:10.1097/01.NUMA.0000921904.11222.11

Zhang, X., Dai, X., Jiao, J., & Lee, S. Y. (2023). Impact of sleep-wake features on fatigue among female shift work nurses. *Annals of Medicine*, *55*(1), 2210843. doi:10.1080/07853890.2023.2210843